



HAL
open science

Comment aborder la sexualité des patients en médecine générale? Étude comparative de deux techniques d'approche

David Françoise

► To cite this version:

David Françoise. Comment aborder la sexualité des patients en médecine générale? Étude comparative de deux techniques d'approche. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02500670

HAL Id: dumas-02500670

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500670v1>

Submitted on 6 Mar 2020

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

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

UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE

Année : 2020

N° : 2020LARE005M

THESE POUR DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

COMMENT ABORDER LA SEXUALITE DES PATIENTS
EN MEDECINE GENERALE ?
ETUDE COMPARATIVE DE DEUX TECHNIQUES D'APPROCHE

Présentée et soutenue publiquement le 03/03/2020 à 18h30

à La Réunion

Par David FRANCOISE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Monsieur le Docteur Olivier HEYE

Monsieur le Docteur Gregory REIX

Monsieur le Docteur Florian LEGRAND

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Patrick GAILLARD

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	4
LISTE DES ANNEXES.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS.....	7
I. INTRODUCTION.....	8
II. MATERIEL ET METHODE.....	10
A. Type d'étude.....	10
B. Recrutement : lieu et critère de sélection.....	10
C. Calcul du nombre de sujets nécessaires.....	11
D. Expérimentateur.....	11
E. Méthode d'intervention.....	11
F. Constitution et randomisation des deux groupes.....	11
G. Déroulement de l'intervention.....	12
H. Elaboration du questionnaire.....	12
I. Questionnaires.....	12
J. Anonymat.....	14
K. Ethique.....	14
L. Analyse des données.....	14
III. RESULTATS.....	15
A. Diagramme de flux.....	15
B. Caractéristiques de l'échantillon et comparaison des deux groupes.....	15
C. Résultats principaux.....	17
D. Résultats secondaires.....	17
IV. DISCUSSION.....	34
A. Comparaison de l'échantillon.....	34
B. Choix des interventions.....	35
C. Résultats.....	35

D. Forces et limites de l'étude	41
E. Suite de l'étude et perspective	43
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	46

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Fig. 1 : Diagramme de flux.....	15
Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude.....	16
Tableau 2 : Acceptabilité de la méthode	17
Tableau 3 : Déclaration de surprise ; Ressenti en fonction de la méthode utilisée.....	17
Tableau 4 : Déclaration de gêne ; Ressenti en fonction de la méthode utilisée.....	18
Tableau 5 : Liste des thèmes des réponses sur la présence de la gêne ou de la surprise.	19
Tableau 6 : Discussion à la suite de l'intervention en fonction de la méthode.....	20
Tableau 7 : Impact de la surprise et la gêne sur la discussion sur la sexualité	21
Tableau 8 : Modification de la relation médecin-patient en fonction du groupe de randomisation.....	21
Tableau 9 : Modification de la relation médecin-patient en fonction de la surprise ou gêne ressenties.....	22
Tableau 10 : Abord systématique de la sexualité en fonction du groupe de randomisation	23
Fig. 2 : Patients pensant que le médecin traitant devrait aborder systématiquement la sexualité en consultation en fonction des groupes d'âge.....	23
Tableau 11 : Réponse à la question « Diriez-vous qu'un médecin généraliste devrait systématiquement poser une question sur la sexualité a ses patients ? » en fonction de la surprise et de la gêne ressenties.....	24
Tableau 12 : Réponse à la question « Diriez-vous que le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié pour les questions qui touchent à la sexualité ? » en fonction du groupe de randomisation	24
Tableau 13 : Professionnel de santé que les patients déclarent vouloir consulter en cas de difficulté d'ordre sexuel en fonction du groupe de randomisation	25
Fig. 3 : Quel professionnel de santé iriez-vous consulter en cas de difficulté d'ordre sexuel en fonction du sexe du patient ?.....	25
Tableau 14 : Discussion engagée sur la sexualité en fonction de de la présence de question sur la sexualité.....	26

Tableau 15 : Résultats principal et secondaires en fonction du sexe des patients	28
Tableau 16 : Résultats principal et secondaires en fonction du motif de consultation des patients	29
Tableau 17 : Résultats principal et secondaires en fonction du groupe d'âge des patients	30
Tableau 18 : Résultats principal et secondaires en fonction du nombre de consultations des patients	31
Tableau 19 : Résultats principal et secondaires en fonction du statut de médecin traitant du médecin remplacé	32
Tableau 20 : L'acceptabilité en fonction de divers critères	33
Tableau 21 : Comparaison de la population de l'étude avec la population de l'Hérault en 2016	34

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire médecin	46
Annexe 2 : Questionnaire patient.....	47
Annexe 3 : Résultats de sous-groupe : Femme	48
Annexe 4 : Résultats de sous-groupe : Homme	49
Annexe 5 : Résultats de sous-groupe : 18-29 ans	50
Annexe 6 : Résultats de sous-groupe : 30-44 ans	51
Annexe 7 : Résultats de sous-groupe : 45-59 ans	52
Annexe 8 : Résultats de sous-groupe : 60-74 ans	53

LISTE DES ABREVIATIONS

DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

IFOP : Institut français d'opinion publique

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation mondiale de la santé

RDV : Rendez-vous

I. INTRODUCTION

Les troubles de la sexualité concernent au moins 40 % des hommes et des femmes de manière occasionnelle (1,2). Cependant, la sexualité reste difficile à aborder lors d'une consultation en médecine générale (3,4). Le patient, comme le médecin semblent retenus par la crainte de choquer ou d'aborder un sujet trop intime (5-7). Une partie des patients n'évoque pas leurs troubles de la sexualité, ne sachant pas à quel professionnel de santé s'adresser (8,9) et s'il est admis de parler de sexualité avec le médecin généraliste.

La médecine générale est une spécialité médicale qui permet au professionnel de santé de prendre en charge le suivi durable, le bien-être et les soins de santé généraux de la population. Comme le définit le Conseil national de l'ordre des médecins, le médecin généraliste contribue à la promotion de la santé, à la prestation de soins et à la prévention des maladies. Il « intègre les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. » (10)

La santé sexuelle telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est " un état de complet bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. De plus, elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (11)". La santé sexuelle est une partie essentielle de la santé en général (12,13), et le médecin généraliste a son rôle à jouer dans la prise en charge des troubles de la sexualité d'après l'avis des patients (14) et des médecins (15,16).

Seize pourcents des patients de plus de 70 ans et 27.6 % de la population générale ressentent le besoin d'aborder leur sexualité en consultation de médecine générale et regrettent l'absence de l'évocation de celle-ci (1,6). Néanmoins les patients pensent que la question, si elle doit être amenée, doit venir du médecin (17).

Les patientes attribuent la question de la sexualité et de ses soins aux gynécologues et trouvent que le contexte de soin primaire n'est pas adapté à l'évocation de la sexualité (17). En France, il y a de moins en moins de gynécologues exerçant en libéral ou en exercice mixte. En 2015, le Conseil national de l'Ordre des médecins observait une diminution de 31,3 % de leurs effectifs. Soixante-six pourcents des bassins de vie ne recensent aucun spécialiste en gynécologie en exercice libéral ou mixte (18).

Lors de l'abord de la sexualité au cours d'une consultation, la gêne ressentie par le patient ou le médecin est causée par certains tabous sociétaux ou religieux que peuvent avoir les patients ou les médecins (5,19). Lors de l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale, 36 % des patients ont ressenti de la surprise et 7 % un ressenti négatif à une question directe sur leur sexualité (19).

La sexualité devrait être abordée de façon systématique lors des consultations. Comment le médecin généraliste peut-il remplir sa mission de soin si une partie des informations concernant la santé de ses patients lui reste inaccessible ? L'abord systématique de la sexualité permet aux patients de savoir qu'ils peuvent s'adresser au médecin généraliste pour des questions de sexualité et ainsi d'oser en parler lorsque cela devient nécessaire.

A ma connaissance et après recherche bibliographique, il n'existe pas d'étude explorant sous quelle forme l'abord de la sexualité par le médecin généraliste lors d'une consultation, contribuerait au mieux à une bonne communication médecin-patient.

L'objectif principal de mon étude est d'identifier le type d'interrogatoire le plus acceptable pour le patient pour aborder systématiquement la sexualité en consultation de médecine générale. Deux types d'interrogatoires sont testés : question à thème unique ou question à thèmes multiples (dont la sexualité).

Les objectifs secondaires de mon étude sont :

- D'analyser l'influence du type d'interrogatoire sur la gêne du patient face à l'abord de la sexualité par le médecin généraliste
- D'analyser l'influence du type d'interrogatoire sur la surprise du patient face à l'abord de la sexualité par le médecin généraliste
- D'évaluer quel type de question entraîne l'impact le plus positif sur le déroulement de la consultation (évolution de la relation médecin-patient et discussion sur la sexualité) et sur la capacité du médecin généraliste à remplir sa mission de soin, de prévention et de promotion de la santé.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Type d'étude

Cette étude a pour objectif d'identifier le type d'interrogatoire le plus acceptable pour le patient lors de l'abord systématique de la sexualité en consultation de médecine générale.

Une étude quantitative, transversale, descriptive, déclarative, monocentrique au sein d'un cabinet de médecine générale de l'Hérault a été réalisée.

B. Recrutement : lieu et critères de sélection

Les patients ont été recrutés dans un cabinet de médecine générale situé à Saint Drézéry. C'est un village de 2 450 habitants, situé en semi-rural, à trente minutes de Montpellier dans l'Hérault.

La patientèle du cabinet est diversifiée autant dans les âges que dans les niveaux sociaux et culturels.

La population de l'étude a été recrutée sur la période de septembre à octobre 2019. Sur cette période, tous les patients répondant aux critères d'inclusion ont été inclus dans l'étude.

Les critères d'inclusions étaient :

- patients consultant au cabinet
- patients majeurs (sans limite d'âge maximum)
- patients non accompagnés

Les critères d'exclusions étaient :

- motif de consultation en rapport avec la sexualité.
- patients mineurs
- patients majeurs sous protection judiciaire
- patients accompagnés

C. Calcul du nombre de sujets nécessaires

Lors de l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale avec une question à thème unique, 7 % des patients avait réagi de façon négative (19). Pour notre étude nous avons émis l'hypothèse que la proportion de patients trouvant la méthode à thème unique acceptable serait de 95 % et la proportion de patients trouvant la méthode à thèmes multiples acceptable de 100 %. Le risque de première espèce α a été fixé à 5 % et la puissance à 80 %. Le calcul a été réalisé sur le site biostaTGV (20) dans le cas de comparaison de deux proportions binomiales.

Avec ces données le nombre de sujets nécessaires a été calculé à 154, avec deux groupes d'étude de 77 patients chacun.

D. Expérimentateur

J'ai été le seul expérimentateur de cette étude. Je travaillais dans le cabinet où les patients ont été recrutés en remplacement régulier depuis deux ans.

E. Méthode d'intervention

Deux groupes d'interventions ont été constitués.

Les patients du premier groupe étaient abordés sur leur sexualité par une question à thème unique. « Avez-vous des questions sur le thème de la sexualité ? ».

Les patients du second groupe ont été abordés sur leur sexualité par une question à thèmes multiples dont la sexualité. « Avez-vous des questions sur le thème du sommeil, de l'alimentation ou de la sexualité ? ». Les thèmes du sommeil et de l'alimentation ont été choisis pour rester dans deux des domaines de prévention habituels de la médecine générale.

Dans la suite les deux groupes seront dénommés comme suit :

Pour le groupe ayant eu une question à thème unique : Groupe « unique »

Pour le groupe ayant eu une question à thème multiple : Groupe « multiple »

F. Constitution et randomisation des deux groupes

La randomisation des sujets dans les deux groupes a été réalisée par l'alternance du type de questionnement un jour sur deux. Je travaillais 4 jours par semaines au moment de l'étude avec un samedi sur 3. Les groupes de randomisation ont été répartis comme suit :

Groupe « unique » : les lundis et mercredis des semaines paires et les mardis et vendredis des semaines impaires.

Groupe « multiple » : les mardis et les vendredis des semaines paires et les lundis et les mercredis des semaines impaires.

Les samedis les groupes alternaient une fois sur deux.

G. Déroulement de l'intervention

Pour ne pas interférer avec le motif principal de la consultation, il a été décidé de poser la question en fin de consultation. Ainsi l'expérimentateur abordait la question de la sexualité une fois une proposition de soin faite et avant les parties administratives : feuille de soin et règlement des honoraires.

La réalisation du règlement a permis de laisser du temps entre l'intervention (question sur la sexualité) et le questionnaire. Après les formalités administratives la participation à l'étude était proposée au patient et son consentement recueilli à l'oral. Le questionnaire était remis par l'expérimentateur. Puis le patient était conduit dans un lieu à l'écart des autres patients et de l'expérimentateur afin de remplir le questionnaire. Une boîte de recueil opaque et fermée était à sa disposition pour rendre le questionnaire.

Les questions ont été posées par l'expérimentateur sur un ton neutre. Le but étant de ne pas induire une gêne en miroir chez le patient.

H. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré conjointement avec le directeur de thèse.

Il a été testé sur une journée de consultation avec une observation des patients lors du remplissage et recueil de leurs impressions à la fin du remplissage.

Ces tests préliminaires ont permis de modifier certaines questions qui n'étaient pas bien comprises.

I. Questionnaires

Deux questionnaires ont été mis en place, l'un pour le médecin et l'autre pour le patient. Les questionnaires étaient les mêmes pour les deux groupes de randomisation.

1. Questionnaire médecin_(Annexe 1) :

Eléments recueillis :

- le groupe d'intervention : question à thème unique ou multiple,
- les motifs de consultation,
- s'il y a eu ou non un abord de la sexualité à la suite de la question,
- le type de relation entre l'investigateur et le patient, à savoir si l'investigateur remplaçait son médecin traitant ou pas.

L'abord de la sexualité à la suite de la consultation a été comptabilisé tant que le patient posait une question ou évoquait quelque chose sur le plan de la sexualité. L'abord de la sexualité à la suite de la consultation n'était pas comptabilisé s'il ne faisait qu'éviter la question en changeant de sujet rapidement. Si le patient répondait à la question par « Sur le plan de la sexualité tout va bien. » ou réponse équivalente, nous considérons que la sexualité n'avait pas été abordée.

2. Questionnaire patient_(Annexe 2) :

Le questionnaire patient était élaboré en quatre parties.

La première partie recueillait les éléments suivants :

- La première question vérifiait que la question sur la sexualité avait bien été entendue par le patient.
- La 2^{ème} et la 3^{ème} question exploraient le sentiment de gêne et de surprise.
- La 4^{ème} question explorait l'acceptabilité du questionnement de la sexualité.
- La 5^{ème} question explorait les raisons des éventuelles surprise ou gêne ressenties, et l'éventuelle inacceptabilité de l'abord de la sexualité.

La deuxième partie du questionnaire patient explorait les attentes du patient par rapport à la problématique de la sexualité. Cette partie correspondait aux questions 6 à 9.

La troisième partie visait à déterminer quel rapport entretenait le patient interrogé avec sa sexualité. En particulier la question 10 nous permettait de faire le lien entre le fait que le patient ait abordé le thème de la sexualité alors qu'une question en ce sens lui avait été posée lors de la consultation. Cette partie s'étendait de la question 10 à la question 13.

La dernière partie, recueillait les caractéristiques socio-démographiques du patient. Cette partie s'étend de la question 14 à la question 16 et clôturait le questionnaire patient.

J. Anonymat

L'anonymat a été garanti dans cette étude par l'absence de recueil d'information identifiable comme la date de naissance ou le nom.

Les questionnaires patients et médecin étaient agrafés ensemble. Un numéro était attribué à la liasse.

Pour ne pas inclure deux fois le même patient, une trace a été laissée dans les dossiers médicaux des patients inclus dans l'étude. Il indiquait leur participation à l'étude sans spécifier de quel échantillon il s'agissait (question à thème unique ou à thèmes multiples).

K. Ethique

Une déclaration auprès du délégué à la protection des données a été réalisée.

S'agissant d'une étude sur l'organisation des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles, l'avis du Comité de Protection des Personnes n'était pas nécessaire pour notre étude. Informations vérifiées par l'intermédiaire d'un questionnaire du site internet du Département de Médecine Générale de Strasbourg disponible à l'adresse <http://mediamed.unistra.fr/dmg/recherche-2/ethique-et-procedures-reglementaires/>

L. Analyse des données

Les statistiques ont été réalisées par tableaux de contingence avec le logiciel Excel® version 2019. Les analyses multivariées ont été réalisées par l'investigateur sur les sites internet BiostatTGV et stats.pvalue.io durant la période d'octobre 2019 à janvier 2020.

L'analyse des données qualitatives nominales a été réalisée avec le test de χ^2 . Lorsque les caractéristiques des résultats ne correspondaient pas aux critères de validité du test de χ^2 , c'est le test exact de Fisher qui a été utilisé.

Les questions laissées sans réponse ont été considérées comme « Ne se prononce pas ».

Le seuil de significativité était fixé à 5 %.

III. RESULTATS

A. Diagramme de flux

Cent soixante-treize personnes ont été incluses de septembre 2019 à octobre 2019. Quatre-vingt-cinq personnes ont été randomisées dans le groupe à « thème unique » et 88 dans le groupe à « thèmes multiples ».

Deux personnes ont refusé de remplir le questionnaire dans le groupe à « thèmes multiples » (Manque de temps évoqué pour les deux refus).

Au total 171 questionnaires ont été distribués soit 85 dans le groupe à « thème unique » et 86 dans le groupe à « thèmes multiples ».

Tous les questionnaires distribués ont été récupérés.

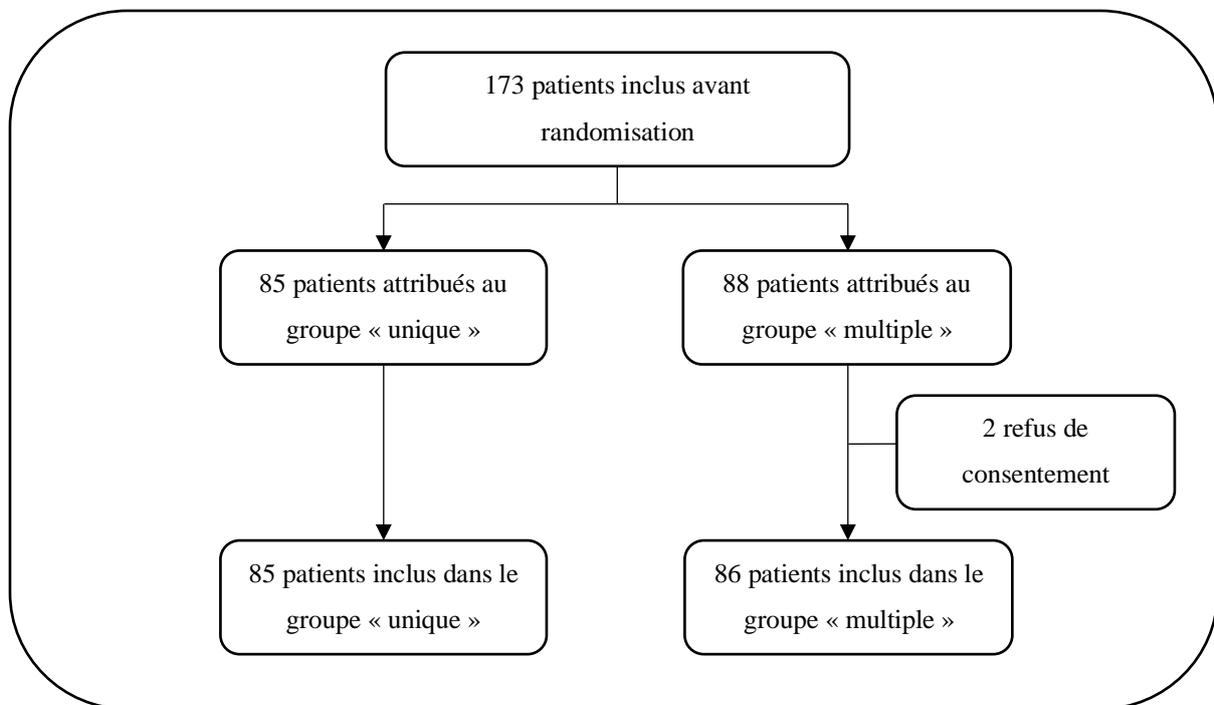


Fig. 1 : Diagramme de flux

B. Caractéristiques de l'échantillon et comparaison des deux groupes

Parmi les 171 patients inclus, 64 (37,4 %) étaient des hommes et 107 (62,6 %) étaient des femmes.

L'âge minimum des participants est de 18 ans, le maximum est de 83 ans, avec une moyenne à 41,7 ans.

Quatre-vingt-un virgule neuf pourcents des patients de l'étude se déclaraient en couple ou marié/pacsé.

Quatre-vingt-un virgule deux pourcents des patients inclus avaient un motif de consultation aigu et 18,8 % un motif chronique.

Quatre-vingt-quatre virgule trois pourcents des patients de l'étude se déclaraient satisfaits sur le plan sexuel.

	POPULATION TOTALE		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Sexe							0,83
Femme	107	62,6 %	52	61,2 %	55	64,0 %	
Homme	64	37,4 %	33	38,8 %	31	36,0 %	
Age	41,7	+/-15,9	40,2	+/-14,9	43,232558	+/-16,8	0,22
Groupe d'âge							0,44
18-29 ans	47	27,5 %	26	30,6 %	21	24,4 %	
30-44 ans	55	32,2 %	26	30,6 %	29	33,7 %	
45-59 ans	43	25,1 %	24	28,2 %	19	22,1 %	
60-74 ans	22	12,9 %	8	9,4 %	14	16,3 %	
75-89 ans	4	2,3 %	1	1,2 %	3	3,5 %	
Situation familiale							0,86
Célibataire	19	11,1 %	10	11,8 %	9	10,5 %	
En couple	87	50,9 %	44	51,8 %	43	50,0 %	
Marié/Pacsé	53	31,0 %	27	31,8 %	26	30,2 %	
Divorcé/Veuf	11	6,4 %	4	4,7 %	7	8,1 %	
Autre	1	0,6 %		0,0 %	1	1,2 %	
Motif de consultation							0,56
Aigue	138	81,2 %	71	83,5 %	67	78,8 %	
Chronique	32	18,8 %	14	16,5 %	18	21,2 %	
Nb de consultations précédentes avec le médecin							0,21
Moins de 5	124	72,9 %	64	75,3 %	60	70,6 %	
De 5 à 20	41	24,1 %	17	20,0 %	24	28,2 %	
Plus de 20	5	2,9 %	4	4,7 %	1	1,2 %	
Médecin traitant							0,93
OUI (son remplaçant)	33	19,3 %	16	18,9 %	17	19,8 %	
NON	138	80,7 %	69	81,2 %	69	80,2 %	
Satisfaction sexuelle							0,33
OUI	134	84,3 %	63	80,8 %	71	87,7 %	
NON	25	15,7 %	15	19,2 %	10	12,3 %	
Ne se prononce pas	12	NI	7	NI	5	NI	

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude

Les deux groupes de l'étude ne semblaient pas significativement différents sur les points suivants : le sexe, l'âge, le groupe d'âge, la situation familiale, le motif de consultation, le

nombre de consultations avant l'étude avec le médecin consulté, le choix de leur médecin traitant et leur satisfactions sexuelle.

C. Résultats principaux

1. Acceptabilité

La quasi-totalité (97,5 %) des patients du groupe à « thème unique » et la totalité des patients du groupe à « thèmes multiples » (à l'exception des patients ne se prononçant pas sur la question) ont considéré la question comme acceptable. La différence observée entre les groupes n'était pas significative ($p = 0,25$). Cf. *tableau 2*

	POPULATION TOTALE		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Acceptabilité de la méthode							0,25
OUI	159	98,8 %	78	97,5 %	81	100,0 %	
NON	2	1,2 %	2	2,5 %	0	0,0 %	

Tableau 2 : Acceptabilité de la méthode

D. Résultats secondaires

1. Surprise

Dans le groupe « multiple » 43,4 % des patients déclaraient ne pas avoir ressenti de surprise. Ils étaient 23,5 % dans le groupe « unique ». La répartition des réponses « Un peu » était équivalente entre les deux groupes. Elle se situait à 54,2 % dans le groupe « multiple » et 58,9 % dans le groupe « unique ». Les patients du groupe « multiple » déclaraient ressentir significativement ($p < 0,01$) moins de surprise que les patients du groupe « unique ». Cf. *tableau 3*

	POPULATION TOTALE		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Surprise ressentie							< 0,001
Pas du tout	56	33,3 %	20	23,5 %	36	43,4 %	
Un peu	95	56,5 %	50	58,8 %	45	54,2 %	
Beaucoup	17	10,1 %	15	17,6 %	2	2,4 %	

Tableau 3 : Déclaration de surprise ; Ressenti en fonction de la méthode utilisée

2. Gêne

Quatre-vingt-quatre virgule cinq pourcents des patients du groupe « multiple » déclaraient n'avoir pas ressenti de gêne, 14,3 % un peu de gêne et 1,2 % beaucoup de gêne. Dans le groupe « unique » 71,8 % ne déclarait pas de gêne, 27,1 % déclaraient un peu de gêne et pour finir également 1,2 % des patients déclaraient beaucoup de gêne. Cette différence n'était pas significative ($p = 0,072$). Cf. tableau 4

	POPULATION TOTALE		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Gêne ressentie							0,072
Pas du tout	132	78,1 %	61	71,8 %	71	84,5 %	
Un peu	35	20,7 %	23	27,1 %	12	14,3 %	
Beaucoup	2	1,2 %	1	1,2 %	1	1,2 %	

Tableau 4 : Déclaration de gêne ; Ressenti en fonction de la méthode utilisée

3. Raisons évoquées pour surprise ou gêne

Dix-huit patients dans le groupe « unique » et 17 dans le groupe « multiple » ne s'étaient pas exprimé sur la raison de leur ressenti de surprise et/ou de gêne.

Neuf patients du groupe « unique » et 2 patients du groupe « multiple » ont répondu sans apporter de justification à leurs réponses sur les questions d'acceptabilité, de gêne et de surprise.

Patient 46 « *Juste étonnée de la question.* »

Patient 95 : « *Je n'ai pas trouvé ça inacceptable, au contraire ça a pu me permettre d'expliquer quelques difficultés* »

Deux patientes ont trouvé inacceptable la question à thème unique. L'une car ce n'était pas le sujet de sa consultation et l'autre car l'expérimentateur est un homme et que sa sexualité ne concerne pas son médecin.

Patient 28 : « *Car ma consultation ne concernait pas un problème d'ordre sexuel.* »

Patient 33 : « *C'est un homme qui me l'a posée, Ma sexualité ne concerne pas mon médecin.* »

Parmi ceux qui se sont exprimés 31,3 % du groupe « unique » et 48,4 % du groupe « multiple » ont évoqué le manque d'habitude comme raison de leur ressenti.

Patient 89 : « *La question m'a surprise car elle n'est jamais posée mais je trouve cela très bien de pouvoir en parler* »

Patient 153 : « *C'est inhabituel de la part d'un médecin traitant* »

Les deux autres raisons le plus données étaient que « Ce n'était pas le sujet de la consultation » à respectivement 16,7 % et 12,9 % des groupes « unique » et « multiple » et le fait que « C'est la première fois que le sujet était évoqué par un médecin généraliste » à respectivement 16,7 % et 9,7 % des groupes « unique » et « multiple ».

Patient 4 : « *Surprise car pas le sujet de la consultation mais acceptable* »

Patient 136 : « *Elle m'a surpris car c'est la première fois que l'on me pose cette question chez le médecin.* »

Cinq personnes ont déploré le fait que la question n'était pas intégrée à la consultation. Quatre (8,3 %) dans le groupe « unique » et 1 (3,2 %) dans le groupe « multiple ».

Patient 157 : « *La question sortait du processus/déroulement de la visite.* »

Patient 54 : « *Car inappropriée à la fin de la consultation* »

	POPULATION TOTALE		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Thème des réponses libres sur la raison du ressenti							0,33
Question inhabituelle	30	38,0 %	15	31,3 %	15	48,4 %	
Ce n'était pas le sujet de la consultation	12	15,2 %	8	16,7 %	4	12,9 %	
Renouvelle son sentiment précédemment recueilli	11	13,9 %	9	18,8 %	2	6,5 %	
C'est la première demande de la sorte (sur ce sujet)	11	13,9 %	8	16,7 %	3	9,7 %	
La question n'est pas intégrée à la consultation	5	6,3 %	4	8,3 %	1	3,2 %	
J'en parle avec Gynéco/Sexologue	5	6,3 %	2	4,2 %	3	9,7 %	
Sujet tabou/Intime	3	3,8 %	1	2,1 %	2	6,5 %	
C'est mon premier RDV	1	1,3 %		0,0 %	1	3,2 %	
Je suis trop âgé	1	1,3 %	1	2,1 %		0,0 %	

Tableau 5 : Liste des thèmes des réponses sur la présence de la gêne ou de la surprise (RDV= Rendez-vous ; par ordre de fréquence des réponses sur la globalité des résultats)

4. Discussion sur la sexualité

Vingt et un virgule deux pourcents des patients ont abordé la sexualité à la suite de la question dans le groupe « unique » et 18,6 % dans le groupe « multiple ».

La différence observée était non significative ($p = 0,82$). Cf. *tableau 6*

	POPULATION TOTALE		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Discussion sur la sexualité							0,82
OUI	34	19,9 %	18	21,2 %	16	18,6 %	
NON	137	80,1 %	67	78,8 %	70	81,4 %	
Discussion sur au moins un sujet proposé							0,001
OUI	56	32,7 %	18	21,2 %	38	44,2 %	
NON	115	67,3 %	67	78,8 %	48	55,8 %	

Tableau 6 : Discussion à la suite de l'intervention en fonction de la méthode

Dans le groupe « multiple » l'ouverture de la discussion s'était faite à 16 reprises autour de la sexualité, à 22 reprises (47,8 %) autour du sommeil et à 8 reprises (17,4 %) autour de l'alimentation. Parmi ces discussions, 4 patients ont abordé deux des trois sujets et deux patients ont abordé les trois soit un total de 38 patients du groupe « multiple » qui ont discuté d'un sujet proposé. Cf. *tableau 6*

Toutes thématiques de discussions confondues, il y avait eu significativement plus de discussions à la fin de la consultation dans le groupe « multiple ».

Parmi les patients ayant discuté de sexualité à la suite de la question, 39,4 % n'avaient pas ressenti de surprise, 48,5 % un peu de surprise et 12,1 % beaucoup de surprise. Pour les patients n'ayant pas discuté de sexualité 31,9 % n'avaient pas ressenti de surprise, 58,5 % en avaient ressenti un peu et 9,6 % beaucoup. Les différences observées n'étaient pas significatives ($p = 0,57$). Cf. *tableau 7*

Concernant la gêne respectivement pour les patients ayant discuté sexualité et les patients n'ayant pas discuté sexualité 82,4 % et 77 % n'avaient pas ressenti de gêne, 17,6 % et 21,5 % en avaient ressentie un peu et 0 % et 1,5 % en avaient ressentie beaucoup. Les différences observées n'étaient pas significatives. Cf. *tableau 7*

DISCUSSION SUR LA SEXUALITE							
	POPULATION TOTAL		OUI		NON		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Surprise							0,57
Pas du tout	56	33,3 %	13	39,4 %	43	31,9 %	
Un peu	95	56,5 %	16	48,5 %	79	58,5 %	
Beaucoup	17	10,1 %	4	12,1 %	13	9,6 %	
Gêne							0,88
Pas du tout	132	78,1 %	28	82,4 %	104	77,0 %	
Un peu	35	20,7 %	6	17,6 %	29	21,5 %	
Beaucoup	2	1,2 %	0	0,0 %	2	1,5 %	

Tableau 7 : Impact de la surprise et la gêne sur la discussion sur la sexualité

5. Evolution de la relation médecin-patient

Dans le groupe « multiple », 26,9 % des patients déclaraient une amélioration de leur relation avec le médecin et surtout aucun ne déclarait d'évolution négative de son ressenti de la relation médecin-patient.

Dans le groupe « unique » seulement 18,8 % des patients déclaraient avoir ressenti une amélioration de sa relation avec le médecin et 4,7 % des patients déclaraient une dégradation de leur relation avec le médecin.

Les différences observées entre les deux groupes n'étaient pas significatives ($p = 0,093$).

Cf. tableau 8

Huit patients dans le groupe « multiple » et aucun patient dans le groupe « unique » ont répondu « Ne se prononce pas » ou n'ont pas répondu.

	POPULATION TOTALE		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Modification de la relation médecin-patient							0,093
Positivement	37	22,7 %	16	18,8 %	21	26,9 %	
NON	122	74,8 %	65	76,5 %	57	73,1 %	
Négativement	4	2,5 %	4	4,7 %	0	0,0 %	

Tableau 8 : Modification de la relation médecin-patient en fonction du groupe de randomisation

Dans les patients ayant répondu que la question avait modifié de façon positive leur relation avec le médecin de l'étude, 5 (13,5 %) ont déclaré avoir ressenti beaucoup de surprise et près de la moitié des patients (48,6 %) ont déclaré avoir ressenti un peu de surprise. Pour les

patients n'ayant pas déclaré de modification de leur relation avec le médecin : 30,6 % ne déclaraient pas de surprise, 61,2 % un peu de surprise et 8,3 % beaucoup de surprise. Les différences observées avec les patients ne déclarant pas de modification de leur relation avec le médecin n'étaient pas significatives. Cf. tableau 9

Les patients ayant déclaré le moins de gêne étaient aussi les patients à ressentir une plus grande modification positive de la relation médecin-patient. Seul 18,9 % des patients notant une évolution positive de leur relation médecin-patient ont ressenti de la gêne. En comparaison 22,9 % des patients n'ayant pas ressenti de modification et 50 % des patients ayant ressenti une modification négative ont aussi ressenti de la gêne. La différence observée n'était significative. Cf. tableau 9

		Modification de la relation médecin-patient								
		POPULATION TOTALE		POSITIVEMENT		PAS DE MODIFICATION		NEGATIVEMENT		
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	p value
Surprise	Pas du tout	52	32,1 %	14	37,8 %	37	30,6 %	1	25,0 %	0,096
	Un peu	93	57,4 %	18	48,6 %	74	61,2 %	1	25,0 %	
	Beaucoup	17	10,5 %	5	13,5 %	10	8,3 %	2	50,0 %	
Gêne	Pas du tout	126	77,3 %	30	81,1 %	94	77,0 %	2	50,0 %	< 0,001
	Un peu	35	21,5 %	7	18,9 %	26	21,3 %	2	50,0 %	
	Beaucoup	2	1,2 %	0	0,0 %	2	1,6 %	0	0,0 %	

Tableau 9 : Modification de la relation médecin-patient en fonction de la surprise ou gêne ressenties

Les patients ayant répondu « OUI négativement » ont déclaré pour deux d'entre eux ne pas avoir ressenti de gêne et pour les deux autres, un peu de gêne. Concernant la surprise, un patient n'a pas ressenti de surprise, un autre a été un peu surpris et les deux derniers beaucoup de surprise.

6. Entente de la question de la sexualité par les patients

Seuls 2 patients sur la globalité de l'étude ont déclaré ne pas avoir été questionnés sur leur sexualité. Les patients étaient donc 98,8 % à avoir entendu et compris la question sur la sexualité.

Ces deux patients étaient du groupe « multiple ». Pour l'un de ces deux patients la discussion s'était orientée sur le sommeil. L'autre patient a discuté aucun des sujets.

Dans le groupe « unique » tout le monde a déclaré avoir été questionné sur sa sexualité lors de la consultation.

7. Abord systématique de la sexualité

Près de la moitié des patients estimaient que la sexualité devrait être abordée de façon systématique. Cf. *tableau 10*

	POPULATION TOTALE		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Abord systématique de la sexualité en consultation							0,56
OUI	77	55,0 %	49	53,3 %	28	58,3 %	
NON	63	45,0 %	43	46,7 %	20	41,7 %	

Tableau 10 : Abord systématique de la sexualité en fonction du groupe de randomisation

Il n'a pas été retrouvé de différence significative ($p = 0.56$) en fonction des groupes d'âge.

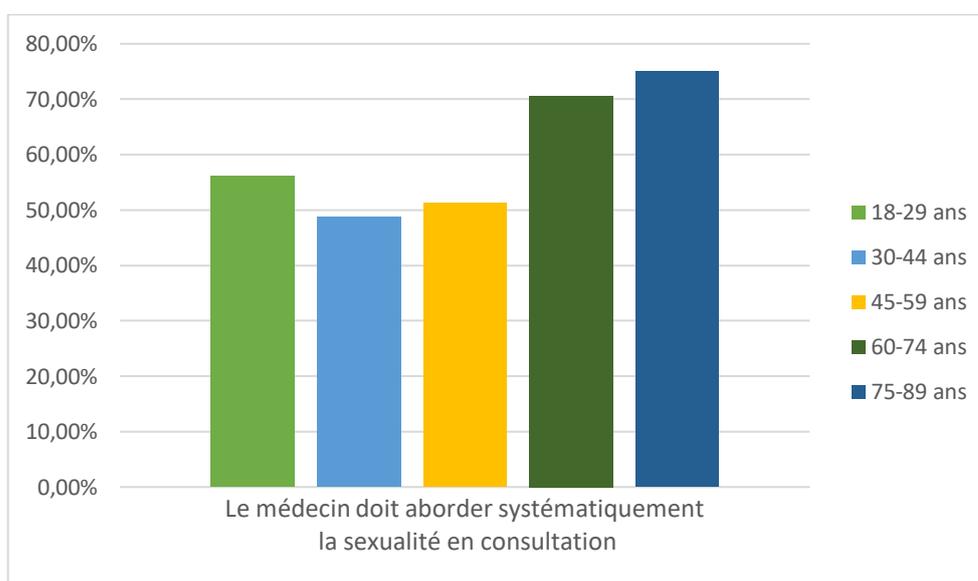


Fig. 2 : Patients pensant que le médecin traitant devrait aborder systématiquement la sexualité en consultation en fonction des groupes d'âge.

Les patients pensant que le médecin généraliste devrait poser une question sur la sexualité de façon systématique ressentaient significativement moins de surprise que ceux pensant que le médecin généraliste ne devrait pas poser de question sur la sexualité de façon systématique.

Il n'y avait pas de relation significative entre l'avis des patients sur le fait qu'un médecin généraliste doivent poser systématiquement une question sur la sexualité et la gêne ressentie lorsque l'on pose une question sur la sexualité aux patients. Cf. *tableau 11*

ABORD SYSTEMATIQUE DE LA SEXUALITE EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE								
		POPULATION TOTALE		OUI		NON		
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	p value
Surprise								0,017
	Pas du tout	51	37,2 %	35	46,7 %	16	25,8 %	
	Un peu	70	51,1 %	35	46,7 %	35	56,5 %	
	Beaucoup	16	11,7 %	5	6,7 %	11	17,7 %	
Gêne								0,71
	Pas du tout	105	76,1 %	60	78,9 %	45	72,6 %	
	Un peu	31	22,5 %	15	19,7 %	16	25,8 %	
	Beaucoup	2	1,4 %	1	1,3 %	1	1,6 %	

Tableau 11 : Réponse à la question « Diriez-vous qu'un médecin généraliste devrait systématiquement poser une question sur la sexualité à ses patients ? » en fonction de la surprise et de la gêne ressenties

8. Le médecin généraliste comme interlocuteur privilégié.

Trois quarts des patients déclaraient que le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié pour les questions qui touchent à la sexualité. Il n'existait pas de différence significative entre les groupes « unique » ou « multiple », entre les femmes et les hommes ou en fonction des groupes d'âge sur ce point. Cf. *tableau 12*

A la question « Quel professionnel de santé envisageriez-vous de consulter en cas de difficulté d'ordre sexuel », 23,1 % des patients répondaient un médecin généraliste. Cf. *tableau 13*

		POPULATION TOTALE		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	p value
MG interlocuteur privilégié pour les problèmes sexuels								0,73
	OUI	128	82,1 %	64	83,1 %	64	81,0 %	
	NON	28	17,9 %	13	16,9 %	15	19,0 %	

Tableau 12 : Réponse à la question « Diriez-vous que le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié pour les questions qui touchent à la sexualité ? » en fonction du groupe de randomisation (MG = Médecin généraliste)

	POPULATION TOTALE		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Quel PS en cas de difficulté sexuelle							
Ce médecin	106	62,0 %	54	63,5 %	52	60,5 %	0.83
Gynécologue	80	46,8 %	36	42,4 %	44	51,2 %	0.25
Sexologue	60	35,1 %	31	36,5 %	29	33,7 %	0.71
Un autre médecin généraliste	40	23,4 %	18	21,2 %	22	25,6 %	0.5
Sage-Femme	31	18,1 %	18	21,2 %	13	15,1 %	0.30
Psychologue/Psychiatre	29	17,0 %	17	20,0 %	12	14,0 %	0.29
Urologue	22	12,9 %	6	7,1 %	16	18,6 %	0.024
Autre	9	5,3 %	2	2,4 %	7	8,1 %	0.17
Je ne souhaite pas en parler	8	4,7 %	3	3,5 %	5	5,8 %	0.72

Tableau 13 : Professionnel de santé que les patients déclarent vouloir consulter en cas de difficulté d'ordre sexuel en fonction du groupe de randomisation (PS = Professionnel de santé ; Plusieurs réponses possibles)

En cas de difficulté sexuelle les patients masculins envisageaient de consulter, par ordre décroissant de pourcentage de réponses : le médecin de l'étude, un sexologue, un autre médecin généraliste, un urologue, un psychologue ou psychiatre, un autre professionnel de santé, un gynécologue et une sage-femme. *Cf. fig. 3*

Concernant les femmes, en cas de difficulté sexuelle elles envisageaient de consulter par ordre décroissant de pourcentage de réponse : un gynécologue, le médecin de l'étude, un sexologue, une sage-femme, un autre médecin généraliste, un psychologue, un urologue et une autre profession. *Cf. fig. 3*

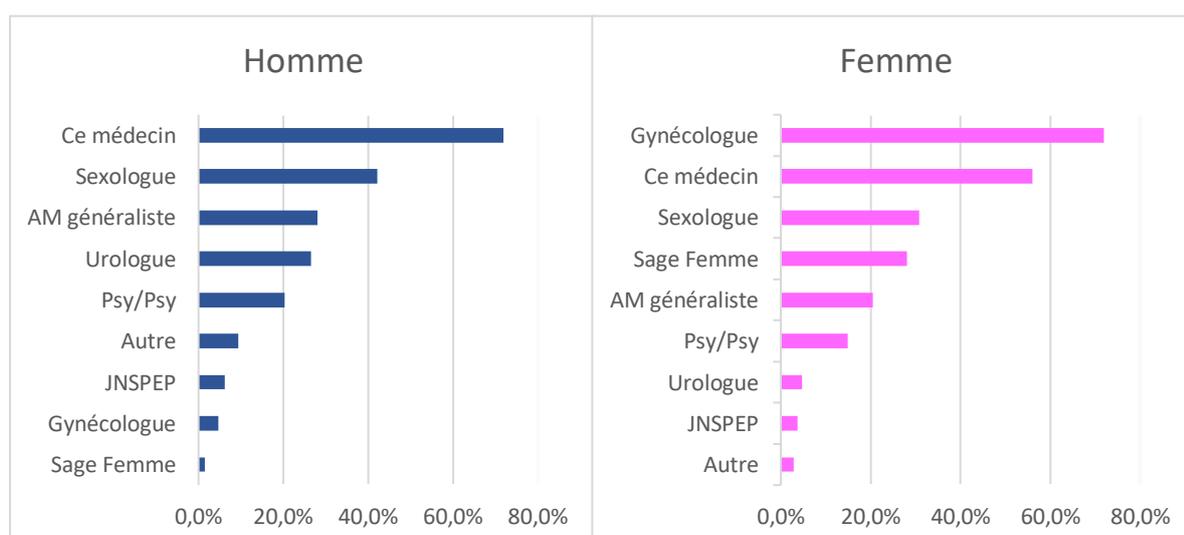


Fig. 3 : Quel professionnel de santé iriez-vous consulter en cas de difficulté d'ordre sexuel en fonction du sexe du patient ? (Plusieurs réponses possibles)

9. Les patients abordent-ils la sexualité si l'occasion leur est donnée ?

Les deux groupes confondus, les patients ayant des questions sur la sexualité étaient 19,4 % à aborder le sujet à la suite de la question de l'étude. Chez les patients n'ayant pas de questions sur la sexualité ils étaient deux fois moins nombreux que ceux ayant des questions à avoir abordé le sujet à la suite de la question de l'étude. Cette différence était significative. Cf. tableau 14

	POPULATION TOTALE		A DES QUESTIONS		N'A PAS DE QUESTIONS		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Discussion sur le thème de la sexualité							0,008
OUI	32	19,4 %	13	34,2 %	19	15,0 %	
NON	133	80,6 %	25	65,8 %	108	85,0 %	

Tableau 14 : Discussion engagée sur la sexualité en fonction de de la présence de question sur la sexualité

10. Analyse en sous-groupes

a. En fonction du sexe

L'analyse en sous-groupe pour les femmes apporte les mêmes résultats sur le plan de la significativité que l'analyse globale. La surprise ressentie à l'abord de la sexualité était significativement ($p < 0,01$) moins importante pour les femmes dans le groupe « multiple » que dans le groupe « unique ». Par ailleurs il y avait une tendance ($p = 0,055$) à avoir plus de gêne ressentie dans le groupe « unique » par rapport au groupe « multiple » chez les femmes. Cf. annexe 3

Pour le sous-groupe des hommes, aucune relation significative n'a été retrouvé en fonction de la méthode utilisée. Cf. annexe 4

b. En fonction de l'âge

L'analyse du sous-groupe des 18-29 ans avait montré que ses patients du groupe « multiple » ressentaient moins de gêne que les patients du groupe « unique ». On ne retrouvait pas de différence significative au niveau de l'acceptabilité, de la surprise, de la modification du rapport médecin-patient et de la discussion sur le thème de la sexualité. Cf. annexe 5

L'analyse du sous-groupe des patients de 30 à 44 ans avait montré les mêmes résultats que le dans la globalité de l'étude soit une surprise ressentie moins importante ($p = 0,021$) dans le groupe « multiple » que dans le groupe « unique » lors de l'abord de la sexualité. Aucune

différence n'avait été montrée pour l'acceptabilité, l'évolution de la relation médecin-patient et la discussion sur le thème de la sexualité. *Cf. annexe 6*

Les analyses du sous-groupe de 45-59 ans confirmait les résultats sur le plan de la surprise avec moins de surprise ($p = 0.015$) dans le groupe « multiple » que dans le groupe « unique ». Aucune différence n'avait été montrée pour l'acceptabilité, la gêne, l'évolution de la relation médecin-patient et la discussion sur le thème de la sexualité. *Cf. annexe 7*

Les analyses du sous-groupe de 60-74 ans n'avait pas montré de résultats significatifs. *Cf. annexe 8*

L'analyse du sous-groupe des plus de 75 ans n'avait pu être réalisée par manque d'effectif ($n = 4$).

11. Critères influençant le ressenti des patients lors de l'abord de la sexualité de façon globale.

a. Sexe

Les hommes ressentait moins de surprise à l'évocation de leur sexualité si l'on ne tient pas compte des groupes d'intervention.

Pour l'acceptation, la gêne, la modification de la relation médecin-patient et la discussion sur le thème de la sexualité, aucune différence significative n'avait été retrouvée. Cf. *tableau 15*

	POPULATION TOTALE		FEMME		HOMME		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Acceptation							0,53
OUI	159	98,8 %	100	98,0 %	59	100,0 %	
NON	2	1,2 %	2	2,0 %		0,0 %	
Surprise							0,008
Pas du tout	56	33,3 %	36	34,0 %	20	32,3 %	
Un peu	95	56,5 %	54	50,9 %	41	66,1 %	
Beaucoup	17	10,1 %	16	15,1 %	1	1,6 %	
Gêne							0,28
Pas du tout	132	78,1 %	79	74,5 %	53	84,1 %	
Un peu	35	20,7 %	26	24,5 %	9	14,3 %	
Beaucoup	2	1,2 %	1	0,9 %	1	1,6 %	
Evolution de la relation médecin-patient							1
Positivement	37	22,7 %	23	23,0 %	14	22,2 %	
Pas d'évolution	122	74,8 %	74	74,0 %	48	76,2 %	
Négativement	4	2,5 %	3	3,0 %	1	1,6 %	
Discussion sur le thème de la sexualité							1
OUI	34	19,9 %	21	19,6 %	13	20,3 %	
NON	137	80,1 %	86	80,4 %	51	79,7 %	

Tableau 15 : Résultats principal et secondaires en fonction du sexe des patients

b. Motif de consultation

Aucune différence significative n'avait été retrouvée sur le plan de l'acceptation, la gêne, la surprise, la modification de la relation médecin malade et la discussion sur le thème de la sexualité sur l'échantillon total en comparant les consultations aiguës et les consultations chroniques. Cf. *tableau 16*

	POPULATION TOTALE		MOTIF DE CONSULTATION AIGUE		MOTIF DE CONSULTATION CHRONIQUE		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Acceptation							0,53
OUI	158	98,8 %	129	98,5 %	29	100,0 %	
NON	2	1,3 %	2	1,5 %	0	0,0 %	
Surprise							0,67
Pas du tout	55	32,9 %	43	31,6 %	12	38,7 %	
Un peu	95	56,9 %	78	57,4 %	17	54,8 %	
Beaucoup	17	10,2 %	15	11,0 %	2	6,5 %	
Gêne							0,28
Pas du tout	131	78,0 %	108	79,4 %	23	71,9 %	
Un peu	35	20,8 %	27	19,9 %	8	25,0 %	
Beaucoup	2	1,2 %	1	0,7 %	1	3,1 %	
Evolution de la relation médecin-patient							1
Positivement	37	22,7 %	30	22,6 %	7	23,3 %	
Pas d'évolution	122	74,8 %	99	74,4 %	23	76,7 %	
Négativement	4	2,5 %	4	3,0 %		0,0 %	
Discussion sur le thème de la sexualité							0,46
OUI	34	20,0 %	26	18,8 %	8	25,0 %	
NON	136	80,0 %	112	81,2 %	24	75,0 %	

Tableau 16 : Résultats principal et secondaires en fonction du motif de consultation des patients

c. Groupes d'âge

Dans une analyse sur l'ensemble de l'échantillon, le groupe des plus de 75 ans engageait plus la conversation sur le thème de la sexualité avec 75 % des patients qui parlaient sexualité. Le deuxième groupe était le groupe des 45-59 ans avec 27,9 % des patients engageant la conversation sur le thème de la sexualité. Le troisième groupe était celui des 60-74 ans avec 27,3 % de discussion puis le groupe des 30-44 ans avec 16,4 % de discussion et enfin le groupe des 18-29 ans avec 8,5 % de discussion sur le thème de la sexualité. Ces différences étaient significatives ($p < 0.01$).

Cinquante pourcents des plus de 75 % ans déclaraient avoir des questions sur la sexualité. Treize virgule six pourcents des 60-74 ans, 31 % des 45-59 ans, 18,9 % des 30-44 ans et 22,7 % des 18-29 ans déclaraient avoir des questions sur la sexualité. Cette différence n'était pas significative ($p = 0,29$).

Les patients qui avaient ressenti le moins de surprise sont les deux extrêmes de l'échantillon soit les plus de 75 ans et les 18-29 ans, ensuite c'étaient les 45-59 ans puis les 60-

74 ans. Pour finir, ceux qui ont ressenti le plus de gêne étaient les 30-44 ans. Cette différence n'était pas significative (p = 0.058).

Pour l'acceptation, la gêne et la modification de la relation médecin-patient, aucune différence significative n'avait été retrouvée. Cf. *tableau 17*

	POPULATION TOTALE		18-29 ANS	30-44 ANS	45-59 ANS	60-74 ANS	PLUS DE 75 ANS	p value
	Nb	%	Nb (%)					
Acceptation								0,66
OUI	159	98,8 %	41 (97,6 %)	54 (100 %)	39 (97,5 %)	21 (100 %)	4 (100 %)	
NON	2	1,2 %	1 (2,4 %)	0	1 (2,5 %)	0	0	
Surprise								0,058
Pas du tout	56	33,3 %	22 (47,8 %)	10 (18,2 %)	16 (37,2 %)	6 (28,6 %)	2 (66,7 %)	
Un peu	95	56,5 %	19 (41,3 %)	38 (69 %)	22 (51,7 %)	15 (71,4 %)	1 (33,3 %)	
Beaucoup	17	10,1 %	5 (10,9 %)	7 (12,7 %)	5 (11,6 %)	0	0	
Gêne								0,32
Pas du tout	132	78,1 %	36 (78,3 %)	40 (72,7 %)	37 (86,1 %)	16 (76,2 %)	3 (75 %)	
Un peu	35	20,7 %	10 (21,7 %)	15 (27,3 %)	5 (11,6 %)	4 (19,1 %)	1 (25 %)	
Beaucoup	2	1,2 %	0	0	1 (2,3 %)	1 (4,8 %)	0	
Evolution de la relation médecin-patient								0,61
Positivement	37	22,7 %	8 (17,8 %)	14 (26,4 %)	11 (26,2 %)	3 (15,8 %)	1 (25 %)	
Pas d'évolution	122	74,8 %	34 (75,6 %)	39 (73,6 %)	30 (71,4 %)	16 (84,2 %)	3 (75 %)	
Négativement	4	2,5 %	3 (6,7 %)	0	1 (2,4 %)	0	0	
Discussion sur le thème de la sexualité								0,008
OUI	34	19,9 %	4 (8,5 %)	9 (16,4 %)	12 (27,9 %)	6 (27,3 %)	3 (75 %)	
NON	137	80,1 %	43 (91,5 %)	46 (83,6 %)	31 (72,1 %)	16 (72,7 %)	1 (25 %)	

Tableau 17 : Résultats principal et secondaires en fonction du groupe d'âge des patients

d. Nombre de consultations précédant le questionnaire

Aucune différence significative n'avait été démontrée sur le plan de l'acceptation, la gêne, la surprise, la modification de la relation médecin-patient et la discussion sur le thème de la sexualité sur l'échantillon total en comparant le nombre de consultations que le médecin de l'étude avait eu par le passé avec les patients. Cf. *tableau 18*

	POPULATION TOTALE		MOINS DE 5		DE 5 A 20		PLUS DE 20		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Acceptation									0,47
OUI	159	98,8 %	116	99,1 %	38	97,4 %	5	100,0 %	
NON	2	1,2 %	1	0,9 %	1	2,6 %		0,0 %	
Surprise									0,38
Pas du tout	56	33,3 %	37	30,3 %	18	43,9 %	1	20,0 %	
Un peu	95	56,5 %	73	59,8 %	19	46,3 %	3	60,0 %	
Beaucoup	17	10,1 %	12	9,8 %	4	9,8 %	1	20,0 %	
Gêne									0,3
Pas du tout	132	78,1 %	95	77,2 %	34	82,9 %	3	60,0 %	
Un peu	35	20,7 %	27	22,0 %	6	14,6 %	2	40,0 %	
Beaucoup	2	1,2 %	1	0,8 %	1	2,4 %		0,0 %	
Evolution de la relation médecin-patient									0,65
Positivement	37	22,7 %	26	21,8 %	9	23,1 %	2	40,0 %	
Pas d'évolution	122	74,8 %	89	74,8 %	30	76,9 %	3	60,0 %	
Négativement	4	2,5 %	4	3,4 %		0,0 %		0,0 %	
Discussion sur le thème de la sexualité									0,07
OUI	34	20,0 %	22	17,7 %	9	22,0 %	3	60,0 %	
NON	136	80,0 %	102	82,3 %	32	78,0 %	2	40,0 %	

Tableau 18 : Résultats principal et secondaires en fonction du nombre de consultations des patients

e. Remplaçant du médecin traitant des patients ou remplaçant d'un médecin généraliste.

La gêne ressentie, l'évolution de la relation médecin-patient et les discussions sur le thème de la sexualité avaient montré une différence significative entre les patients dont j'étais le remplaçant de leur médecin traitant et les patients dont j'étais le remplaçant d'un médecin généraliste qui n'est pas leur médecin traitant. Cf. tableau 19

	POPULATION TOTAL		MEDECIN TRAITANT				p value	
			OUI (REMPLOCANT)		NON			
	Nb	%	Nb	%	Nb	%		
Acceptation							0,36	
	OUI	159	98,8 %	31	96,9 %	128	99,2 %	
	NON	2	1,2 %	1	3,1 %	1	0,8 %	
Surprise							0,23	
	Pas du tout	56	33,3 %	10	30,3 %	46	34,1 %	
	Un peu	95	56,5 %	17	51,5 %	78	57,8 %	
	Beaucoup	17	10,1 %	6	18,2 %	11	8,1 %	
Gêne							0,018	
	Pas du tout	132	78,1 %	22	66,7 %	110	80,9 %	
	Un peu	35	20,7 %	9	27,3 %	26	19,1 %	
	Beaucoup	2	1,2 %	2	6,1 %	0	0,0 %	
Evolution de la relation médecin-patient							0,019	
	Positivement	37	22,7 %	13	41,9 %	24	18,2 %	
	Pas d'évolution	122	74,8 %	18	58,1 %	104	78,8 %	
	Négativement	4	2,5 %	0	0,0 %	4	3,0 %	
Discussion sur le thème de la sexualité							< 0,001	
	OUI	34	19,9 %	15	45,5 %	19	13,8 %	
	NON	137	80,1 %	18	54,5 %	119	86,2 %	

Tableau 19 : Résultats principal et secondaires en fonction du statut de médecin traitant du médecin remplacé

12. Critères améliorant l'acceptabilité

Les patients qui ont trouvé la question posée acceptable déclaraient significativement moins de surprise et de gêne que les patients ayant qualifié la question qui leur avait été posée de non acceptable. *Cf tableau n°20*

Pas de relation significative n'était retrouvée en fonction du groupe d'âge, du statut de médecin traitant, du nombre de consultation ou de la situation familiale. *Cf tableau n°20*

	POPULATION TOTAL		ACCEPTABILITE				p value	
			OUI		NON			
			Nb	%	Nb	%		Nb
Surprise							< 0,01	
	Pas du tout	54	33,8 %	54	34,2 %	0	0,0 %	
	Un peu	92	57,5 %	92	58,2 %	0	0,0 %	
	Beaucoup	14	8,8 %	12	7,6 %	2	100,0 %	
Gêne								< 0,01
	Pas du tout	127	78,9 %	127	79,9 %	0	0,0 %	
	Un peu	32	19,9 %	31	19,5 %	1	50,0 %	
	Beaucoup	2	1,2 %	1	0,6 %	1	50,0 %	
Groupe d'âge								0,66
	18-29 ans	42	26,1 %	41	25,8 %	1	50,0 %	
	30-44 ans	54	33,5 %	54	34,0 %	0	0,0 %	
	45-59 ans	40	24,8 %	39	24,5 %	1	50,0 %	
	60-74 ans	21	13,0 %	21	13,2 %	0	0,0 %	
	75-89 ans	4	2,5 %	4	2,5 %	0	0,0 %	
Médecin traitant								0,36
	Oui (Remplaçant)	32	19,9 %	31	19,5 %	1	50,0 %	
	Non	129	80,1 %	128	80,5 %	1	50,0 %	
Nombre de consultation								0,47
	Moins de 5	117	72,7 %	116	73,0 %	1	50,0 %	
	De 5 à 20	39	24,2 %	38	23,9 %	1	50,0 %	
	Plus de 20	5	3,1 %	5	3,1 %	0	0,0 %	
Situation familial								1
	Célibataire	17	10,6 %	17	10,7 %	0	0,0 %	
	En couple	80	49,7 %	79	49,7 %	1	50,0 %	
	Marié/Pacsé	52	32,3 %	51	32,1 %	1	50,0 %	
	Veuf/Divorcé	11	6,8 %	11	6,9 %	0	0,0 %	
	Autre	1	0,6 %	1	0,6 %	0	0,0 %	

Tableau 20 : L'acceptabilité en fonction de divers critères

IV. DISCUSSION

A. Comparaison de l'échantillon

D'après un recensement de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) réalisé en 2016(21), dans la population de l'étude le groupe des 30-44 ans a été surreprésenté en comparaison avec la population de l'Hérault et le groupe des plus de 75 ans est sous représenté. Cf. tableau 21

	POPULATION DE L'HERAULT		POPULATION DE L'ETUDE		
	Nb	%	Nb	%	p value
Groupe d'âge					< 10-3
18-29 ans	214 883	19,0 %	47	27,5 %	
30-44 ans	207 970	18,4 %	55	32,2 %	
45-59 ans	214 840	19,0 %	43	25,2 %	
60-74 ans	193 960	17,1 %	22	12,9 %	
75-89 ans	110 542	9,8 %	4	2,3 %	
Sexe					0,006
Femme	590 571	52,1 %	107	62,6 %	
Homme	541 910	47,9 %	64	37,4 %	

Tableau 21 : Comparaison de la population de l'étude avec la population de l'Hérault en 2016

Sur le plan de la représentation des sexes, les femmes sont surreprésentées dans notre étude en comparaison avec la population héraultaise avec 62,6 % de femme dans la population de notre étude en comparaison à 52,1 % dans la population héraultaise.

La surreprésentation des femmes (62,6 %) est cohérente avec la proportion de 55 % de femmes en consultation de médecine générale (22) retrouvée dans une étude publiée en 2004 par la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Quatre-vingt-un virgule neuf pourcents des patients de l'étude se déclarent en couple ou marié/pacsé. Parmi cela 31 % se déclarent marié/pacsé alors que la moyenne des couples mariés dans l'Hérault (21) est de 40,9 %.

Quatre-vingt-un virgule deux pourcents des patients inclus ont un motif de consultation aigu et 18,8 % un motif chronique. D'après une étude de la DREES(22) de 2002, le recours au médecin généraliste était dans le cadre des affections aigues de 36 % et dans le cadre des affections chroniques de 51 %. Les 13 % restant sont des recours autres ou des affections en

cours d'exploration. Cette différence avec la population générale est significative ($p < 10^3$) et peut s'expliquer par le statut de remplaçant de l'expérimentateur.

Quatre-vingt-quatre virgule trois pourcents des patients de l'étude se déclarent satisfaits sur le plan sexuel. C'est relativement éloigné de la moyenne retrouvée par l'Institut français d'opinion publique (IFOP) (23) en 2013 pour qui la satisfaction des français sur le plan sexuel s'élève à 68 %.

B. Choix des interventions

Le choix des questions s'est fait en concordance avec mon directeur de thèse et la bibliographie(24). Les questions initialement décidées étaient pour le groupe « unique » : « Comment va votre sexualité ? » et pour le groupe « multiple » : « Avez-vous des questions sur l'alimentation, le sommeil ou la sexualité ? ».

Ces questions ont été testées durant une journée de consultation dont les résultats n'ont pas été inclus dans l'étude. A l'issue de cette journée, il a été décidé de changer la question du groupe « unique » pour deux raisons. La question du groupe « unique » ne correspondait pas à la question du groupe « multiple ». Là où la question du groupe « multiple » restait très générale sur le plan de la sexualité, la question du groupe « unique » était accès sur la sexualité des patients par l'utilisation du pronom possessif « votre ». La seconde raison était que le fait de poser la question en l'état était tellement pourvoyeur de gêne pour moi que je ne l'imaginai pas l'utiliser en pratique clinique quotidienne. La comparer à l'autre méthode était donc peu pertinent.

Au vu de ces deux constats les questions ont donc été modifiées pour dans le groupe « unique » : « Auriez-vous des questions sur le thème de la sexualité ? » et pour le groupe « multiple » : « Auriez-vous des questions sur le thème de l'alimentation, le sommeil ou la sexualité ? »

C. Résultats

1. Résultat principal.

Pas de différence significative d'acceptabilité de la méthode « unique » par rapport à la méthode « multiple » n'a pu être démontrée par cette étude.

La question sur la sexualité est très largement acceptable pour les patients, 97.5 % et 100 %.

Les deux patientes qui ont qualifié d'inacceptable la question l'on fait car l'expérimentateur était un homme pour l'une et car ce n'était pas le sujet de la consultation pour l'autre. Le genre de l'expérimentateur n'a été évoqué par aucun autre patient quand 12 autres patients ont évoqué l'incongruité de la question avec leurs motifs de consultation.

Pourtant il semble plus difficile pour les patients de faire part de problèmes génitaux à un médecin d'un autre sexe (25).

2. Résultats secondaires

a. Une moindre surprise augmenterait l'acceptabilité

L'étude a montré significativement moins de surprise dans le groupe « multiple » que dans le groupe « unique ». Ce résultat a été retrouvé aussi dans l'analyse en sous-groupe chez les hommes et dans le groupe d'âge des 30-44 ans dans le groupe « multiple ». Un taux de surprise plus bas a aussi été retrouvé chez les patients qui pensent qu'un médecin généraliste devrait poser systématiquement des questions à ses patients sur la sexualité.

Une moindre surprise semble permettre une meilleure acceptabilité d'une question sur la sexualité

Deux des raisons les plus abordées pour justifier la surprise ressentie sont pour un total de plus de la moitié des raisons fournies :

- _Le caractère inhabituel de la question
- _Le fait que c'était la première demande du genre chez les patients

Les critères entraînant le moins de surprise à l'abord de la sexualité sont :

- _Une question à thèmes multiples
- _Le fait que le patient soit un homme
- _Le patient doit avoir entre 30 et 44 ans
- _Le médecin pose de temps en temps des questions sur la sexualité.
- _Le patient estime que le médecin généraliste devrait poser systématiquement la question sur la sexualité à ses patients.

Cela dit, il n'y a pas de relation significative entre la surprise ressentie et le fait que les patients poursuivent la discussion sur le thème de la sexualité dans cette étude. La surprise n'a pas montré de lien avec la modification de la relation médecin-patient.

Au total, dans le cadre de notre étude, il y a un intérêt à diminuer la surprise ressentie lors de l'abord de la sexualité puisqu'une moindre surprise entraîne une meilleure acceptabilité.

b. La gêne entraverait une relation de qualité

La gêne ressentie par une question à thématiques multiples semblait moindre par rapport à une question à thématique unique, mais la différence n'est pas significative.

Une moindre gêne ressentie serait prédictive d'une amélioration de la relation médecin-patient et d'une meilleure acceptabilité.

La diminution de la gêne n'est pas corrélée avec une discussion plus fréquente sur la sexualité par les patients.

Seul le statut de médecin traitant du médecin remplacé par l'expérimentateur à montrer une baisse de la gêne ressentie.

Aucun autre des critères étudiés n'a montré une baisse de la gêne dans cette étude que ce soit le sexe, le type de motif de consultation, le groupe d'âge ou le nombre de consultations précédemment réalisées.

c. L'abord de la sexualité n'est pas facilité par une méthode de questionnement

Les patients n'abordaient pas plus la sexualité avec l'utilisation d'une méthode ou d'une autre. Sur ce point, les deux méthodes n'ont pas montré de différence significative.

d. Evolution de la relation médecin-patient

Aucune différence significative n'a pu être démontrée par cette étude sur l'amélioration de la relation médecin-patient par l'une ou l'autre des méthodes.

Sur ce critères l'étude a manqué de puissance pour réussir à démontrer une différence significative entre les deux méthodes. La p value étant tout de même inférieure à 0,1 cela pourrait nous indiquer qu'une étude plus puissante aurait peut-être démontré une différence entre les méthodes.

Cependant seul la méthode « unique » a eu des patients indiquant une dégradation de la relation médecin-patient nous incitant à choisir plutôt la méthode « multiple » sur ce point.

e. Temps de consultation supplémentaire

En posant la question de la sexualité, 20 % des patients ont discuté de ce sujet alors qu'en proposant trois sujets dont la sexualité, les patients ont été 44,2 % à engager la conversation sur un des trois sujets au minimum. On peut donc en déduire que la méthode multiple entrainera des discussions plus fréquentes en fin de consultation et donc une durée de consultation plus importante que la méthode simple.

f. Ressenti du médecin

Je vais aborder ici mon ressenti personnel et non quantifiable sur l'utilisation des deux méthodes.

Pour la méthode « unique », au début de l'étude, j'ai ressenti un malaise à poser une question sur la sexualité aux patients. J'abordais rarement ce sujet en consultation sans avoir une raison basée sur un effet secondaire d'un traitement. Au cours de l'étude je me suis senti de plus en plus à l'aise comme si la raison principale de mon malaise était l'absence d'habitude à aborder le sujet de la sexualité, un peu comme pour les patients. Néanmoins j'ai été soulagé que l'étude se termine car j'appréhendais à chaque inclusion le malaise que pouvait me renvoyer certains patients.

Pour la méthode « multiple », le fait d'avoir englobé la sexualité avec deux autres sujets, m'a rendu tout de suite plus à l'aise et mon malaise était bien moindre avec cette méthode.

Finalement, j'ai personnellement préféré utiliser la méthode « multiple » car elle était, pour moi, moins pourvoyeuse d'appréhension de la réaction des patients.

g. Quelle est la meilleure méthode à utiliser pour aborder la sexualité en consultation de médecin générale ?

En se basant sur les résultats de l'étude et dans une optique uniquement d'abord de la sexualité de façon systématique en médecine générale, il faudrait probablement utiliser la méthode « unique » soit une question à thème unique. Cette méthode entraine autant de gêne, de discussion sur le thème de la sexualité, de modification de la relation médecin-patient et moins de discussion à la fin de la consultation que la méthode « multiple ». Elle entraine néanmoins plus de surprise ce qui baisse l'acceptabilité mais cette surprise n'a pas d'effet négatif sur l'abord de la sexualité ou la relation médecin-patient.

Toutefois, en médecine générale la prise en charge des patients se fait sur un plan général avec tous les aspects de sa vie à prendre en compte. Dans cette optique, la philosophie derrière la proposition de discussion sur la sexualité dans le groupe « multiple » en abordant la sexualité

mais aussi l'alimentation et le sommeil, permet tout en abordant la sexualité autant que dans le groupe « unique » d'aborder d'autres sujets qui préoccupent les patients.

De plus on peut suspecter un manque de puissance de l'étude avec les résultats en fonction de la méthode pour la gêne et l'évolution de la relation médecin-patient avec une p value respectivement $p = 0,072$ et $p = 0,093$.

3. Autres résultats

a. A qui les patients préfèrent parler sexualité ?

Les réponses sont très différentes entre les hommes et les femmes.

Dans le cadre des hommes, le professionnel de santé à qui les patients s'adresseraient en majorité est le médecin de l'étude suivi par un sexologue, en troisième position les médecins généralistes puis les urologues. Ces résultats laissent penser que les patients préfèrent s'orienter vers un professionnel de santé qui a déjà évoqué le sujet de la sexualité avec eux. En seconde intention ils se tournent vers le spécialiste de la sexualité. Alors que les patients masculins sont 87,3 % à considérer le médecin généraliste comme un interlocuteur privilégié, ils ne sont que 28,1 % à vouloir se tourner vers un médecin généraliste en cas de difficultés d'ordre sexuel.

Ces résultats concordent avec la thèse du docteur Laura DUSZ en 2017 intitulée « L'abord de la sexualité en médecine générale » (5). Ses résultats montraient comme interlocuteurs privilégiés en matière de sexualité, le médecin traitant pour 52,7 % des patients puis le gynécologue pour 48 % des patients et enfin le sexologue pour 23,3 % des patients. La principale différence était le résultat sur le médecin traitant avec 52,7 % pour docteur DUSZ et 28,1 % dans mes résultats. Cela peut s'expliquer par une formulation différente, car pour notre étude je ne reprends pas le principe de médecin traitant mais juste celui de médecin généraliste. Le médecin conduisant l'étude étant remplaçant, la réponse « un autre médecin généraliste » inclus forcément le médecin traitant des patients mais pas de façon explicite.

Les femmes se tourneraient en majorité vers un gynécologue ce qui confirme les résultats dans la littérature (17). En seconde position, avant les sexologues et les sages-femmes, arrive le médecin de l'étude. Puis ensuite les médecins généralistes.

Comme pour les hommes, le fait d'avoir évoqué la sexualité en consultation a fait doubler le nombre de patientes qui parleraient de difficultés sexuelles à un médecin généraliste. Cela explique la place des gynécologues et des sages-femmes dans le précédent classement, puisqu'il s'agit de professionnels de santé dont la pratique est centrée sur la santé sexuelle féminine.

La différence de classement des professionnels vers lesquels s'orientent les patients selon leur genre peut s'expliquer par la disponibilité en premier recours de certains professionnels de santé. Un gynécologue ou une sage-femme étant consultables en première intention dans le parcours de soin contrairement à un urologue.

b. Critères favorisant la discussion

Les deux facteurs influençant le nombre de discussion sur la sexualité en prenant en compte toute la population de l'étude sont : l'âge et le statut de médecin traitant du médecin que remplace l'expérimentateur.

En fonction de l'avancée dans l'âge, les patients engagent plus la discussion sur le thème de la sexualité. Etant donnée l'absence de différence d'acceptabilité, de gêne et de surprise en fonction des groupes d'âge, j'émet deux hypothèses sur ces résultats. Tout d'abord la présence plus importante de dysfonction sexuelle avec l'âge peut amener plus de patients à saisir l'opportunité de discuter de sexualité quand l'occasion leur est donnée. Une plus grande proportion de patients déclarent ne pas être satisfait de leur vie sexuelle dans les groupes d'âge les plus élevés. Néanmoins allant contre cette hypothèse, les groupes les plus âgés déclarent avoir autant de questions sur la sexualité que les groupes les moins âgés. Deuxièmement les patients les plus âgés sont peut-être plus à l'aise avec leur sexualité.

Le statut de médecin traitant du médecin que remplace l'expérimentateur augmente le nombre de discussions sur la sexualité en le faisant passer de 14 % quand le médecin remplacé par l'expérimentateur n'est pas le médecin traitant du patient à 45 % quand le médecin remplacé par l'expérimentateur est le médecin traitant. Les résultats seraient intéressants à confirmer en prenant des expérimentateurs effectivement médecins traitant de certains des patients. De plus la gêne diminue et il y a une meilleure évolution de la relation médecin-patient avec 42 % des patients qui ressentent une amélioration de la relation médecin-patient quand l'expérimentateur est le remplaçant de leur médecin traitant.

D. Forces et limites de l'étude

1. Discussion de la méthode.

Le choix de l'utilisation d'un questionnaire a été fait dans l'optique de comparer de façon chiffrée les deux méthodes et devant le nombre important de patients à inclure dans chacun des groupes.

Des entretiens semi dirigés auraient aussi pu être une possibilité dans la réalisation de cette étude, permettant plus de liberté dans les réponses des patients sur leur ressenti et leurs émotions. Cette utilisation d'entretiens semi dirigés est toutefois plus chronophage que l'utilisation de questionnaires et permet donc moins d'inclusions de patients dans le cadre de consultations en médecine générale et dans le temps qui nous était imparti.

Lorsque les patients engageaient la conversation sur la sexualité à la fin de la consultation, j'ai essayé de répondre au mieux à leurs interrogations ou à leurs demandes. J'ai fait cela dans l'optique d'éviter aux patients le sentiment de n'avoir posé une question sur la sexualité que dans le cadre de ma thèse et non parce que je m'intéresse à leur bien-être. Cette façon de procéder a pu engendrer, en fonction des patients, une augmentation ou diminution des différents paramètres étudiés dans l'étude. Le sens de ce biais est donc incertain.

La façon de présenter la question sur l'acceptabilité, aurait pu être différente. Le terme acceptabilité est très connoté. Je pense que pour le patient, il est difficile de qualifier l'acte ou les propos d'un médecin comme étant inacceptable. Le vocabulaire utilisé : « inacceptable », a pu réduire le nombre de réponses allant dans ce sens. Le terme d'inapproprié aurait, après réflexion, été plus à propos.

2. Force de l'étude

a. Type d'étude

La randomisation m'a permis d'avoir un équilibre entre les deux groupes et de les rendre similaires.

b. Les tests préliminaires

Le questionnaire et les questions des deux méthodes ont été testés durant une journée de consultation. Ces tests ont entraîné des modifications du questionnaire et des questions pour une plus grande compréhension par les patients.

c. Méthode de recrutement

Le recrutement direct par le médecin participant à l'étude, a permis d'avoir sur la période de l'étude, un recueil quasiment exhaustif des patients répondant aux critères d'inclusion, diminuant le biais de recrutement. Seuls 2 patients sur 173 ont refusé de répondre aux questionnaires. Toutefois ce mode de recrutement a forcément entraîné un biais de désirabilité. Les patients appréciant le médecin sont orientés à donner les réponses qu'ils pensent attendues et non leur réel ressenti. Ce biais a été contrebalancé par l'absence d'explication aux patients de la comparaison de deux méthodes dans le cadre de l'étude. Cela permet de maintenir les résultats similaires entre les deux groupes mais diminue probablement le ressenti de l'acceptabilité, de la surprise et de la gêne et améliore la modification de la relation médecin-patient d'une façon globale.

d. Mode de collecte des résultats

La récupération d'informations par l'intermédiaire d'un questionnaire rempli de façon anonyme a permis de limiter le biais de désirabilité.

e. L'originalité du sujet

De nombreuses études sur le ressenti des patients ou des médecins lors de l'abord de la sexualité en consultation ont été réalisées. Néanmoins une seule étude a été retrouvée avec une partie expérimentale et aucune n'a été retrouvée sur la comparaison expérimentale de méthodes d'abord de la sexualité.

3. Limites de l'étude

a. Etude monocentrique à un seul investigateur

L'étude est monocentrique et a été réalisée par un seul médecin. Ce qui apporte trois problèmes en rapport avec les caractéristiques du médecin :

_Les résultats d'un seul médecin remplaçant ont été étudiés. De plus le taux de consultation pour motif aigu bien plus important que celui de la population des médecins installés. Les résultats ne sont pas forcément transposables.

_Le médecin de l'étude est jeune ce qui peut expliquer le pourcentage plus important de patients de 30-44 ans et la sous-représentation des patients de plus de 75 ans. Les résultats ne sont pas transposables pour des médecins plus âgés.

_Le médecin de l'étude est un homme. Certaines études montrent que les patientes sont plus enclines à discuter sexualité avec un médecin de sexe féminin(26). Cette caractéristique explique la différence de résultats retrouvée sur la propension des patients à discuter avec le médecin de l'étude en fonction de leur sexe.

b. Biais de sélection

La population de l'étude n'est pas représentative de la population de l'Hérault. Cela limite la possibilité de généralisation des résultats de l'étude.

Lors du report des réponses dans le tableau des résultats, j'ai constaté que certains patients n'avaient pas répondu à toutes les questions même lorsque la case « ne se prononce pas » était disponible. La présence de données manquantes représente un biais de sélection.

c. Ajustement de la p value

La p value n'a pas été ajusté. Ayant des comparaisons multiples la p value aurait dû être ajusté afin de garantir un risque alpha à 0.05. La significativité des résultats secondaires ne peut être affirmée.

E. Suite de l'étude et perspective

Après la fin de l'étude, une patiente est venue me consulter pour un problème sexuel. Elle a précisé que c'était parce que j'avais posé la question en consultation et que son avis, recueilli par le questionnaire, avait changé depuis. Je n'ai pas eu de précision sur les dites modifications mais cela laisse supposer qu'une étude sur le ressenti au plus long terme des patients pourrait amener des résultats différents par rapport à cette présente étude.

L'abord de la sexualité par une question à thématiques multiples nous est apparu plus intéressante à utiliser. Les résultats obtenus mériteraient d'être confirmés pour d'autres médecins avec des caractéristiques différentes (sexe, installation, âge).

BIBLIOGRAPHIE

1. Buvat J, Ratajczyk J, Lemaire A. Les problèmes d'érection: une souffrance encore trop souvent cachée. *Andrologie*. 1 mars 2002;12(1):73.
2. Bajos N, Bozon M, Belter N. Enquête sur la sexualité en France. 1er ed. Paris, France: La découverte; 2008. (Hors Collection Social).
3. Lemaire A, Colson M-H, Alexandre B, Bosio-leGoux B, Klein P. Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent ? D'après une enquête française de l'ADIRS. *Sexologies*. janv 2009;18(1):32-7.
4. Rosen RC, Fisher WA, Eardley I, Niederberger C, Nadel A, Sand M, et al. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Curr Med Res Opin*. mai 2004;20(5):607-17.
5. Dusz L. Abord de la sexualité en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2017.
6. Pradon J. «Doit-on parler systématiquement de sexualité en consultation de médecine générale avec les plus de 70 ans indépendants ?»: recherche de l'existence d'une position commune des patients de plus de 70 ans indépendants et de leur médecin traitant sur l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
7. Dyer K, das Nair R. Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. *J Sex Med*. 1 nov 2013;10(11):2658-70.
8. Fortoul L, Escande J. Comment améliorer l'abord de la sexualité des adolescents en consultation de médecine générale: point de vue des adolescents [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
9. Waline M. Aborder la sexualité avec un adolescent en médecine générale [Thèse d'exercice]. Dijon; 2016.
10. Les référentiels métiers [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/cabinet-carriere/referentiels-metiers>
11. Organisme Mondial de la Santé. Constitution de l'OMS [Internet]. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
12. Jønler M, Moon T, Brannan W, Stone NN, Heisey D, Bruskewitz RC. The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life. *Br J Urol*. mai 1995;75(5):651-5.
13. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *J Am Med Assoc*. 10 févr 1999;281(6):537-44.

14. Bartoli S. Aborder la sexualité en médecine générale: Attentes, opinions et représentations des hommes [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2015.
15. Baurain M. Parlons sexualité ! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients ? [Internet] [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Nice; 2018 [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01956357>
16. Andrade J. Dysfonction sexuelle et parcours de soin. La place du sexologue. Enquête auprès de 105 médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecin de Créteil]: Université Paris Val de Marne; 2008.
17. Sarkadi A, Rosenqvist U. Contradictions in the medical encounter: female sexual dysfunction in primary care contacts. *Fam Pract.* avr 2001;18(2):161-6.
18. Le breton_Lerouillois G. Atlas de la Démographie Médical en France. *Cons Natl Ordre Médecins.* 1 janv 2015;322.
19. 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.* 12 août 2017;26(3).
20. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 8 déc 2019]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=etudes/sujets#>
21. INSEE. Evolution et structure de la population en 2016 – Département de l'Hérault (34) [Internet]. 2016 [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-34#graphique-POP_G2
22. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de-typologie>
23. Phillip D. Enquête multi-pays sur la satisfaction sexuelle [Internet]. IFOP; 2013 [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/enquete-multi-pays-sur-la-satisfaction-sexuelle/>
24. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard Operating Procedures for Taking a Sexual History. *J Sex Med.* janv 2013;10(1):26-35.
25. Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? *Rev Médicale Suisse.* 28 juill 2010;6:1444-7.
26. Lechevallier P. Suivi gynécologique par le médecin généraliste : influence d'une campagne d'information par affiche sur la disposition des femmes de l'Hérault à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste. [Thèse d'exercice]. Montpellier; 2019.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire médecin

Fiche N° :

Questionnaire Médecin

- **Méthode utilisée** Choix simple Choix multiple
- **Thème du/des motifs de consultation**

- **Engage la conversation sur la sexualité** OUI NON NSP
- **Etes-vous le Médecin traitant du patient ?** OUI NON NSP

Ce questionnaire va vous demander votre avis sur une partie de la consultation que vous venez d'avoir.
Ce questionnaire est anonyme. Merci d'y répondre le plus honnêtement possible.

1. Le médecin vous a-t-il interrogé sur votre sexualité ? OUI NON NSP
2. Diriez-vous que cette question vous a gêné(e) ? Pas du tout Un peu Beaucoup
3. Diriez-vous que cette question vous a surpris(e) ? Pas du tout Un peu Beaucoup
4. Au total, qualifieriez-vous cette question sur la sexualité d'acceptable ? OUI NON NSP
5. Si la question vous a surpris(e) ou gêné(e) ou que vous l'avez trouvée inacceptable pourriez-vous expliquer pourquoi ?

-
6. Diriez-vous que la question que vous a posée le médecin a modifié votre rapport avec ce médecin ? OUI positivement OUI négativement NON NSP
7. Combien de consultations au total estimez-vous avoir eu avec ce médecin ? Moins de 5 De 5 à 20 Plus de 20
8. D'une façon générale, diriez-vous qu'un médecin généraliste est un interlocuteur privilégié pour les questions qui touchent à la sexualité ? OUI NON NSP
9. Diriez-vous qu'un médecin généraliste devrait poser systématiquement une question sur leur sexualité à ses patients ? OUI NON NSP
10. Estimez-vous avoir des questions sur la sexualité ? OUI NON NSP
11. Diriez-vous que vous êtes satisfait(e) de votre vie sexuelle ? OUI NON NSP
12. Avec qui avez-vous déjà parlé de sexualité ? (Plusieurs réponses possible)
- Famille
- Compagne/Compagnon
- Ami(e)
- Ce médecin
- Un autre médecin généraliste
- Un autre médecin Précisez : _____
- Autre personne Précisez : _____
- Je n'en parle pas
13. En cas de difficulté d'ordre sexuel avec quel professionnel de santé voudriez-vous en parler ? (Plusieurs réponses possible)
- Ce médecin
- Un autre médecin généraliste
- Un urologue
- Un gynécologue
- Un sexologue
- Un psychologue ou un psychiatre
- Une sage-femme
- Un autre professionnel de santé
- Je ne souhaiterais pas en parler

Information patient

14. Vous êtes : Un homme Une femme Autre
15. Quel est votre âge ? _____
16. Quelle est votre situation familiale ? (Plusieurs réponses possible)
- Célibataire En couple Marié(e)
- Divorcé(e) Veuf(ve) Autre _____

Annexe 3 : Résultats de sous-groupe : Femme

Sous-groupe : Femme	POPULATION TOTAL		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Acceptation							0,23
OUI	100	98,0 %	47	95,9 %	53	100,0 %	
NON	2	2,0 %	2	4,1 %	0	0,0 %	
Surprise							< 0,001
Pas du tout	54	50,9 %	27	51,9 %	27	50,0 %	
Un peu	36	34,0 %	11	21,2 %	25	46,3 %	
Beaucoup	16	15,1 %	14	26,9 %	2	3,7 %	
Gêne							0,055
Pas du tout	79	74,5 %	34	65,4 %	45	83,3 %	
Un peu	26	24,5 %	17	32,7 %	9	16,7 %	
Beaucoup	1	0,9 %	1	1,9 %	0	0,0 %	
Evolution de la relation médecin-malade							0,31
Positivement	23	23,0 %	11	21,2 %	12	25,0 %	
Pas d'évolution	74	74,0 %	38	73,1 %	36	75,0 %	
Négativement	3	3,0 %	3	5,8 %	0	0,0 %	
Discussion sur le thème de la sexualité							0,38
OUI	21	19,6 %	12	23,1 %	9	16,4 %	
NON	86	80,4 %	40	76,9 %	46	83,6 %	

Annexe 4 : Résultats de sous-groupe : Homme

Sous-groupe : Homme	POPULATION TOTAL		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Acceptation							1
OUI	59	100,0 %	31	100,0 %	28	100,0 %	
NON	0	2,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	
Surprise							0,59
Pas du tout	41	66,1 %	23	69,7 %	18	62,1 %	
Un peu	20	32,3 %	9	27,3 %	11	37,9 %	
Beaucoup	1	1,6 %	1	3,0 %	0	0,0 %	
Gêne							0,48
Pas du tout	53	84,1 %	27	81,8 %	26	86,7 %	
Un peu	9	14,3 %	6	18,2 %	3	10,0 %	
Beaucoup	1	1,6 %	0	0,0 %	1	3,3 %	
Evolution de la relation médecin-malade							0,23
Positivement	14	22,2 %	5	15,2 %	9	30,0 %	
Pas d'évolution	48	76,2 %	27	81,8 %	21	70,0 %	
Négativement	1	1,6 %	1	3,0 %	0	0,0 %	
Discussion sur le thème de la sexualité							0,66
OUI	13	20,3 %	6	18,2 %	7	22,6 %	
NON	51	79,7 %	27	81,8 %	24	77,4 %	

Annexe 5 : Résultats de sous-groupe : 18-29 ans

Sous-groupe : 18-29 ans	POPULATION TOTAL		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Acceptation							1
OUI	41	97,6 %	23	95,8 %	18	100,0 %	
NON	1	2,4 %	1	4,2 %	0	0,0 %	
Surprise							0,13
Pas du tout	22	47,8 %	11	42,3 %	11	55,0 %	
Un peu	19	41,3 %	10	38,5 %	9	45,0 %	
Beaucoup	5	10,9 %	5	19,2 %	0	0,0 %	
Gêne							0,028
Pas du tout	36	78,3 %	17	65,4 %	19	95,0 %	
Un peu	10	21,7 %	9	34,6 %	1	5,0 %	
Beaucoup	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	
Evolution de la relation médecin-malade							0,37
Positivement	8	17,8 %	4	15,4 %	4	21,1 %	
Pas d'évolution	34	75,6 %	19	73,1 %	15	78,9 %	
Négativement	3	6,7 %	3	11,5 %	0	0,0 %	
Discussion sur le thème de la sexualité							1
OUI	4	8,5 %	2	7,7 %	2	9,5 %	
NON	43	91,5 %	24	92,3 %	19	90,5 %	

Annexe 6 : Résultats de sous-groupe : 30-44 ans

Sous-groupe : 30-44 ans	POPULATION TOTAL		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Acceptation							1
OUI	54	100,0 %	26	100,0 %	28	100,0 %	
NON	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	
Surprise							0,021
Pas du tout	38	69,1 %	20	76,9 %	18	62,1 %	
Un peu	10	18,2 %	1	3,8 %	9	31,0 %	
Beaucoup	7	12,7 %	5	19,2 %	2	6,9 %	
Gêne							0,078
Pas du tout	40	72,7 %	16	61,5 %	24	82,8 %	
Un peu	15	27,3 %	10	38,5 %	5	17,2 %	
Beaucoup	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	
Evolution de la relation médecin-malade							0,24
Positivement	14	26,4 %	5	19,2 %	9	33,3 %	
Pas d'évolution	39	73,6 %	21	80,8 %	18	66,7 %	
Négativement	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	
Discussion sur le thème de la sexualité							0,72
OUI	9	16,4 %	5	19,2 %	4	13,8 %	
NON	46	83,6 %	21	80,8 %	25	86,2 %	

Annexe 7 : Résultats de sous-groupe : 45-59 ans

Sous-groupe : 45-59 ans	POPULATION TOTAL		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Acceptation							1
OUI	39	97,5 %	20	95,2 %	19	100,0 %	
NON	1	2,5 %	1	4,8 %	0	0,0 %	
Surprise							0,015
Pas du tout	22	51,2 %	14	58,3 %	8	42,1 %	
Un peu	16	37,2 %	5	20,8 %	11	57,9 %	
Beaucoup	5	11,6 %	5	20,8 %	0	0,0 %	
Gêne							0,8
Pas du tout	37	86,0 %	21	87,5 %	16	84,2 %	
Un peu	5	11,6 %	2	8,3 %	3	15,8 %	
Beaucoup	1	2,3 %	1	4,2 %	0	0,0 %	
Evolution de la relation médecin-malade							0,71
Positivement	11	26,2 %	5	20,8 %	6	33,3 %	
Pas d'évolution	30	71,4 %	18	75,0 %	12	66,7 %	
Négativement	1	2,4 %	1	4,2 %	0	0,0 %	
Discussion sur le thème de la sexualité							0,84
OUI	12	27,9 %	7	29,2 %	5	26,3 %	
NON	31	72,1 %	17	70,8 %	14	73,7 %	

Annexe 8 : Résultats de sous-groupe : 60-74 ans

Sous-groupe : 60-74 ans	POPULATION TOTAL		GROUPE "UNIQUE"		GROUPE "MULTIPLE"		p value
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Acceptation							1
OUI	21	100,0 %	8	100,0 %	13	100,0 %	
NON	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	
Surprise							0,63
Pas du tout	15	71,4 %	5	62,5 %	10	76,9 %	
Un peu	6	28,6 %	3	37,5 %	3	23,1 %	
Beaucoup	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	
Gêne							0,76
Pas du tout	16	76,2 %	7	87,5 %	9	69,2 %	
Un peu	4	19,0 %	1	12,5 %	3	23,1 %	
Beaucoup	1	4,8 %	0	0,0 %	1	7,7 %	
Evolution de la relation médecin-malade							0,55
Positivement	3	15,8 %	2	25,0 %	1	9,1 %	
Pas d'évolution	16	84,2 %	6	75,0 %	10	90,9 %	
Négativement	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	
Discussion sur le thème de la sexualité							0,62
OUI	6	25,0 %	3	37,5 %	3	21,4 %	
NON	16	66,7 %	5	62,5 %	11	78,6 %	

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

**COMMENT ABORDER LA SEXUALITE DES PATIENTS EN MEDECINE GENERALE ?
ETUDE COMPARATIVE DE DEUX TECHNIQUES D'APPROCHE**

Résumé

Introduction : L'abord systématique de la sexualité en médecine générale permet aux patients entre autres de savoir qu'ils peuvent consulter leur médecin traitant pour des questions du domaine de la santé sexuelle. L'objectif de l'étude est de déterminer quel type d'interrogatoire est le plus acceptable pour le patient lors de l'abord de la sexualité par le médecin généraliste. L'objectif secondaire est de déterminer l'influence du type d'interrogatoire sur la surprise, la gêne du patient et sur le déroulement de la consultation.

Méthode : Une étude quantitative, transversale, descriptive, déclarative, monocentrique a été réalisée. Un groupe a reçu une question à thème unique et l'autre groupe une question à thèmes multiples. L'étude a été menée par le biais de questionnaire autoadministré au sein d'un cabinet de médecine générale situé à Saint Drézéry, Hérault, France par un médecin remplaçant homme. Le taux de patients évaluant la démarche du médecin comme acceptable était le critère de jugement principal.

Résultats : 171 patients ont été inclus dans l'étude dont 85 pour le groupe « thème unique » et 86 pour le groupe « thèmes multiples ». Les deux groupes étaient statistiquement similaires. 97,5 % des patients du groupe « thème unique » et 100 % des patients du groupe « thèmes multiples » ont déclaré considérer la question comme acceptable ($p = 0,25$).

Conclusion : L'étude n'a pas permis de démontrer une différence significative entre les deux méthodes en ce qui concerne l'acceptabilité. La méthode « thèmes multiples » semble entraîner moins de gêne chez le patient. Elle permet au médecin de se sentir plus à l'aise et elle entraîne un taux de discussion sur la sexualité équivalent. Dans ce sens, la question « thèmes multiples » paraît la plus appropriée. Nous pourrions envisager de recueillir les ressentis des patients à plus long terme pour confirmer ces résultats.

Discipline : Médecine générale

Mots-Clés : Sexualité, Médecine générale, Santé sexuelle, Communication, Relation médecin-patient

**HOW ABOUT PATIENT SEXUALITY IN GENERAL MEDICINE?
COMPARATIVE STUDY OF TWO APPROACH TECHNIQUES**

Abstract

Background : The systematic approach to sexuality in general medicine allows patients, among other things, to know that they can consult their doctor for questions in the area of sexual health. The objective of the study is to determine what type of questioning is most acceptable to the patient during the onset of sexuality by the general practitioner. The secondary aim is to assess the influence of the kind of interrogation on the surprise, the discomfort of the patient and on the course of the consultation.

Method : A quantitative, transversal, descriptive, declarative, monocentric study was carried out. One group received a single themed question and the other group received a multi-themed question. The study was carried out using a self-administered questionnaire in a general practice located in Saint Drézéry, Hérault, France, by a male substitute doctor. The rate of patients who rated the physician's approach as acceptable was the primary outcome.

Results : 171 patients were included in the study, including 85 for the "single theme" group and 86 for the "multiple themes" group. The two groups were statistically similar. 97.5 % of patients in the "single theme" group and 100 % of patients in the "multiple themes" group declared that they considered the question acceptable ($P = 0.25$).

Conclusion : The study failed to demonstrate a significant difference between the two methods in terms of acceptability. The "multiple themes" method seems to cause less discomfort for the patient. It makes the doctor feel more comfortable and leads to an equivalent rate of discussion about sexuality. In this sense, the question "multiple themes" seems the most appropriate. We may consider collecting patient feedback over the long- term to confirm these results.

Discipline : general practice

Keywords : Sexuality, General practice, Sexual Health, Communication, Physician-patient relations