



**HAL**  
open science

**Évaluation du ressenti des médecins généralistes sur le  
questionnement systématique de leurs patients  
concernant la sexualité : étude qualitative par entretiens  
semi-dirigés auprès de médecins généralistes des  
Alpes-Maritimes**

Clémence Teillant

► **To cite this version:**

Clémence Teillant. Évaluation du ressenti des médecins généralistes sur le questionnement systématique de leurs patients concernant la sexualité : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02988465

**HAL Id: dumas-02988465**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02988465>**

Submitted on 4 Nov 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.



**UNIVERSITÉ NICE CÔTE D'AZUR**  
**Faculté de Médecine**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**D.E.S. DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement

Le 5 Octobre 2020 à Nice

Par TEILLANT Clémence

Née le 17 Août 1993 à Nice

**Évaluation du ressenti des médecins généralistes sur le questionnement  
systématique de leurs patients concernant la sexualité**  
Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins  
généralistes des Alpes-Maritimes

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur MARCOTTE Olivier

Composition du jury :

Président du jury : Monsieur le Professeur DELOTTE Jérôme

Assesseurs : Monsieur le Professeur BENOIT Michel  
Monsieur le Docteur DURAND Matthieu

Invité d'honneur : Monsieur le Docteur BENOIST Pascal



**Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice**

**Doyen**

**Pr. BAQUÉ Patrick**

**Vice-doyens**

**Pédagogie**

**Pr. ALUNNI Véronique**

**Recherche**

**Pr. DELLAMONICA Jean**

**Etudiants**

**M. JOUAN Robin**

**Chargé de mission projet Campus**

**Pr. PAQUIS Philippe**

**Conservateur de la bibliothèque**

**Mme AMSELLE Danièle**

**Directrice administrative des services**

**Mme CALLEA Isabelle**

**Doyens Honoraires**

**M. RAMPAL Patrick**

**M. BENCHIMOL Daniel**



### Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

#### PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)



### Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

#### MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence ( 48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



**Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice**

**PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

**MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS**

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

**PROFESSEURS AGRÉGÉS**

Mme LANDI Rebecca Anglais

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)  
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)  
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

**MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)  
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)  
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIÈRE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## Remerciements

---

**À Monsieur le Professeur Jérôme Delotte**, je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de présider ce jury. Recevez mon profond respect.

**À Monsieur le Professeur Michel Benoit**, je vous remercie d'avoir accepté de siéger parmi ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

**À Monsieur le Docteur Matthieu Durand**, je vous suis également très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir ici l'expression de ma gratitude et mes sincères remerciements.

**À Monsieur le Docteur Pascal Benoist**, je vous remercie pour l'enthousiasme manifesté pour participer à ce travail de thèse. Merci de nous avoir fait part de votre expertise afin de nous aiguiller dans l'élaboration de cette thèse.

**À Olivier**, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse alors que tu n'en avais jamais dirigé alors, d'autant plus quand je t'ai proposé de le faire sur ce sujet délicat qu'est l'abord de la sexualité en médecine générale. Merci pour ton enseignement, tes conseils et ta disponibilité malgré tes journées chargées.

**Aux médecins généralistes** qui ont accepté de participer à cette thèse.

**À Gaëlle et Sébastien**, pour m'avoir fait découvrir et apprécier la médecine générale quand, externe, on nous décourageait de choisir cette spécialité. Vous m'avez permis de choisir cette spécialité avec sérénité, recevez toute mon admiration.

**À tous les soignants** que j'ai pu rencontrer pendant mon internat et qui m'ont permis d'évoluer.

**À mes parents.** Maman, tu es un roc, malgré toutes les épreuves que tu as traversées. Merci pour ton soutien indéfectible durant toutes ces années, ton réconfort et ta bienveillance, tu es mon modèle. Papa, merci pour ta disponibilité à toute épreuve et pour la fierté que je lis dans ton regard chaque fois que tu dis que « ton fillou est médecin ».

A l'amour que vous me portez et aux sacrifices que vous avez faits.

**À Dany et Julien,** votre soutien de grands frères m'est précieux. Même si vous vous êtes un peu éloignés, je sais que vous serez toujours là.

**À Julie,** à toutes ces années de médecine passées ensemble. Merci pour ta présence constante, ton écoute et tes conseils en traumatisme ! Nos soirées à décompresser devant un moelleux au chocolat Picard sont de très bons souvenirs. Tu fais partie de ma famille, de celle qu'on choisit.

**À Cecilia,** je suis heureuse de te savoir parmi mes proches pour clôturer ces études qui nous ont fait nous rencontrer. On a traversé cette épreuve que sont les ECN ensemble et je garde malgré cette année difficile les agréables souvenirs de nos journées de révisions à Valbonne. Merci d'avoir embelli ces années par ta bonne humeur et merci pour ta relecture de ce travail. Tu es une amie précieuse.

**À Marianne,** merci d'être toujours là depuis toutes ces années, merci pour ton aide dans la préparation et l'organisation de cette thèse.

**À Ariane,** merci pour tes bons conseils, ta présence dans les bons et les mauvais moments. Je suis heureuse de te compter parmi mes amies (et surtout parmi celles qui aiment le gorgonzola). Je te souhaite le meilleur.

**À Madalina,** tu es la bonne surprise de mon internat, d'une super chef tu es devenue une très bonne amie.

À Ratana, Audrey, Biquet, Marie-Luce et Jean-Pierre, Arielle.

À toute ma famille, proche ou éloignée. À Roxane, Fanny et Jean, Josiane et Patrice, Zézé et Nadette, Marraine, Parrain. Et à ceux qui ne sont plus là.

À **Mémé**, pour ta générosité et ces doux souvenirs d'enfance. Merci pour tes encouragements durant toutes ces années. Je regrette tant que tu ne sois pas là aujourd'hui pour voir l'aboutissement de ce travail. J'espère que tu es fière de moi.

**À Adrien, ma plus belle rencontre de P1. Tu es la meilleure chose qui pouvait m'arriver. Merci pour ton amour, ton soutien, ton calme et ta patience. Merci de toujours m'encourager dans ma vie personnelle et professionnelle.**

**Je t'aime.**

## Table des matières

<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>15</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>16</b>
<b>Matériel et méthodes.....</b>	<b>19</b>
<b>1. Choix de la méthodologie.....</b>	<b>19</b>
<b>2. Population étudiée .....</b>	<b>19</b>
2.1. Critères d'inclusion.....	19
2.2. Recrutement.....	19
<b>3. Réalisation de l'étude .....</b>	<b>19</b>
3.1. Première étape : la consultation .....	20
3.2. Deuxième étape : l'entretien.....	20
<b>4. Choix de la question.....</b>	<b>20</b>
<b>5. Analyse des données.....</b>	<b>22</b>
<b>6. Saturation théorique.....</b>	<b>22</b>
<b>7. Obligations légales de recherche en santé.....</b>	<b>22</b>
<b>Résultats.....</b>	<b>23</b>
<b>1. Caractéristiques des médecins inclus .....</b>	<b>23</b>
<b>2. Lieu et durée des entretiens.....</b>	<b>23</b>
<b>3. Habitudes d'abord de la sexualité par les médecins .....</b>	<b>24</b>
<b>4. Freins et représentations quant à l'abord de la sexualité .....</b>	<b>25</b>
4.1. Aperçu schématique des résultats.....	25
4.2. Gêne du médecin .....	25
4.3. Crainte du retour des patients.....	25
4.4. Minimisation des plaintes et des troubles sexuels .....	26
4.5. Supposent que le patient viendra en parler .....	26
4.6. Ne relève pas de la médecine générale .....	26
4.7. Méconnaissance sur la suite de la prise en charge.....	27
<b>5. Ressenti des médecins concernant la consultation .....</b>	<b>27</b>
5.1. Aperçu schématique des résultats.....	27
5.2. Vécu des médecins de la consultation .....	28
5.3. Retour des médecins sur la question posée .....	28
5.4. Impression des médecins sur la perception de la question par les patients .....	29
<b>6. Bénéfices d'aborder la sexualité avec les patients .....</b>	<b>30</b>
6.1. Aperçu schématique des résultats.....	30
6.2. Mieux connaître ses patients.....	31
6.3. Une aide dans des situations délicates .....	32
6.4. Améliore la relation médecin-patient.....	33
6.5. Avantages de l'abord systématique.....	33
6.6. Limites de l'abord systématique .....	34
<b>7. Conditions nécessaires pour permettre un meilleur abord .....</b>	<b>36</b>
7.1. Aperçu schématique des résultats.....	36
7.2. Poser la question au bon moment.....	36
7.3. Dans un contexte favorable.....	38
<b>8. Perspectives d'amélioration.....</b>	<b>39</b>

<b><i>Discussion</i></b> .....	<b>40</b>
1. Discussion des résultats et points forts de l'étude .....	40
2. Limites méthodologiques de l'étude .....	41
3. Perspectives de travail .....	42
<b><i>Conclusion</i></b> .....	<b>43</b>
<b><i>Bibliographie</i></b> .....	<b>44</b>
<b><i>Annexes</i></b> .....	<b>48</b>
<b><i>Serment d'Hippocrate</i></b> .....	<b>52</b>
<b><i>Résumé</i></b> .....	<b>53</b>
<b><i>Abstract</i></b> .....	<b>54</b>

## Liste des abréviations

---

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CBS : Communication Brève relative à la Sexualité

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

CPP : Comité de Protection des Personnes

MSU : Maître de Stage des Universités

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

## Introduction

---

La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé des patients, telle que la définit l'OMS : c'est un « état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. » (1)

C'est une problématique actuelle de santé publique française qui s'inscrit dans la première stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 visant notamment à promouvoir la santé sexuelle par l'information, l'éducation, la communication et la formation à une santé sexuelle, ainsi qu'informer sur les dysfonctionnements et les troubles sexuels, les prévenir, les dépister et les prendre en charge. (2)

La santé sexuelle est un sujet global qui couvre aussi bien les questions de prévention des IST et leur vaccination, les moyens de contraception que l'éducation des jeunes à la sexualité, les violences sexuelles et les dysfonctions sexuelles. (2)

Les dysfonctions sexuelles masculines regroupent (3, 4) :

- **Les troubles du désir** : insuffisance de désir, baisse de la libido, ou excès de désir.
- **Les troubles de l'érection** : incapacité à obtenir et/ou à maintenir une érection suffisante pour permettre une activité sexuelle satisfaisante, pendant au moins 3 mois.
- **Les troubles de l'éjaculation** : qui regroupent l'éjaculation prématurée, l'éjaculation rétrograde, l'anéjaculation, l'éjaculation retardée, l'éjaculation douloureuse.

Les dysfonctions sexuelles féminines concernent (3, 4, 5) :

- **Les troubles du désir sexuel** : ils correspondent soit à une insuffisance/absence de désir (anaphrodisie) ou à un désir sexuel hypo-actif, soit à un excès de désir ou une exagération des besoins sexuels (hypersexualité ou nymphomanie).
- **Les dyspareunies** : ce sont des rapports sexuels douloureux ou difficiles. Il existe 3 types de dyspareunies : superficielles (douleur à l'entrée du vagin), de présence, ou profondes (douleurs au fond du vagin).
- **Le vaginisme** : il correspond à la contracture douloureuse et involontaire des muscles du périnée empêchant l'acte de pénétration. Le vaginisme primaire, souvent d'origine

psychologique, diffère du vaginisme secondaire, qui doit lui faire rechercher une cause organique.

- **Les troubles du plaisir sexuel** ou troubles de l'orgasme : le plaisir orgasmique est une acquisition issue d'un processus d'évolution s'échappant de la nécessité d'une dimension purement reproductrice. On différencie l'anorgasmie, l'orgasme insatisfaisant et l'orgasme retardé.

La forte prévalence de ces dysfonctions sexuelles en France – de 35 à 65% en fonction de l'âge et du sexe (6), 31,6% pour la dysfonction érectile (7) – justifie que l'on s'y intéresse.

Cela est d'autant plus le cas lorsque ces dysfonctions impactent la qualité de vie des patients (6, 7, 8) et qu'elles peuvent être associées à des problématiques sous-jacentes plus sévères.

Prenons l'exemple chez l'homme de la dysfonction érectile, qui peut être un symptôme révélateur à la fois d'affections cardio-vasculaires, de diabète, de dépression, d'hypertrophie bénigne de prostate ou de cancer de prostate. (9) L'étude de Montorsi de 2003 montrait que 49% des patients ayant une atteinte des artères coronaires documentée par angiographie présentaient une dysfonction érectile de manière concomitante. (10)

Malgré les conséquences délétères de ces dysfonctions sexuelles, peu de patients consultent pour ces motifs, les minimisent et apprennent à vivre avec ou considèrent leurs troubles comme étant une normalité due à l'âge. (7, 11, 12, 13, 14) Selon l'enquête de Costa de 2018, seuls 22,2% des hommes souffrant de dysfonction érectile consultent et 36,9% sont traités pour. (7)

Néanmoins, lorsque la question leur est posée, les patients considèrent la sexualité comme un élément important de leur santé et souhaiteraient de la part de leurs médecins une attitude plus proactive en prenant l'initiative d'aborder ce thème. (6, 7, 12, 14-20) Ils reconnaissent le médecin généraliste comme interlocuteur privilégié (14, 17), surtout pour les patients hommes (6, 7), ainsi que la prise en charge des troubles sexuels comme faisant partie de leurs compétences. (17, 21)

Malgré tout, les médecins généralistes n'abordent toujours pas spontanément le sujet de la sexualité avec leurs patients. (6, 14, 22-25)

Nous avons cherché à savoir pourquoi.

De précédents travaux réalisés ont retrouvé plusieurs freins à cet abord : sujet tabou, différence de culture et/ou de genre, manque de temps, manque de connaissances et/ou de formation, méconnaissance de la prise en charge adéquate ou encore le manque de référent. (13, 14, 25-29)

Des études ont alors évoqué l'intérêt de l'abord systématique (14, 26, 30-32) pour dépister ces troubles à l'aide de questions courtes. (18, 33, 34)

La communication brève relative à la sexualité, développée par l'OMS dès 2010, a pour but de donner des indications sur la mise en œuvre de techniques de *counseling* par les soignants, en vue de traiter les problèmes de santé sexuelle dans le cadre des soins de santé primaire. (34)

Ces lignes directrices encouragent les praticiens à réaliser du *counseling*, c'est-à-dire des consultations systématiques organisées dans le cadre des soins de santé primaire en vue de traiter les problèmes émotionnels, psychologiques et sociaux qui influencent la santé et le bien-être des personnes. (35)

La plupart des approches incluent les composantes suivantes : se rendre disponible, intervenir, personnaliser l'approche, proposer des solutions. (34)

À notre connaissance, aucun travail n'a été fait sur la pertinence d'un dépistage systématique des troubles sexuels.

De la même manière que cela a été exploré avec les violences faites aux femmes (36), une systématisation de la question concernant la sexualité des patients pourrait avoir un bénéfice, tant d'un point de vue somatique et psychologique pour les patients qu'en termes de santé publique.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le ressenti des médecins généralistes concernant l'abord systématique de la sexualité auprès de leurs patients, sous forme d'une intervention brève.

Les objectifs secondaires étaient :

- Connaître leurs habitudes d'abord concernant la sexualité
- Identifier des pistes afin d'améliorer l'abord de la sexualité

## Matériel et méthodes

---

### 1. Choix de la méthodologie

Notre choix s'est porté sur une méthode de recherche qualitative, étant celle qui s'adapte le mieux à notre sujet. En effet, la recherche qualitative permet d'analyser des données subjectives.

Elle s'adapte parfaitement à l'exploration des comportements et expériences personnelles vécues.

En médecine générale, elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants de soin. (37, 38)

Nous avons réalisé des entretiens individuels, choisis plutôt que les *focus groups*, étant donné qu'ils permettent d'aborder des sujets plus délicats. (37)

Le but de l'étude étant de recueillir le ressenti des médecins, l'entretien structuré ne convenait pas et nous avons choisi l'entretien semi-dirigé afin de laisser la possibilité à de nouveaux concepts d'émerger pendant l'entretien, tout en déterminant au préalable les thèmes à aborder.

### 2. Population étudiée

#### 2.1. Critères d'inclusion

Nos critères d'inclusion étaient les médecins généralistes des Alpes-Maritimes, quel que soit leur âge, leur lieu d'exercice ou leur statut : installé ou remplaçant. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

#### 2.2. Recrutement

Des médecins ont d'abord été contactés via des *mailing-lists* (groupes de pairs et réseau de médecins remplacés/remplaçants) pour avoir un panel le plus varié possible. 30 médecins ont ainsi été contactés. Devant le peu de réponses obtenues, un échantillonnage en « boule de neige » aussi appelé échantillonnage en chaîne (38) a été réalisé via notre réseau de connaissances puis par des médecins suggérés par les premiers participants.

Les médecins étaient contactés par téléphone ou par courriel. Après qu'ils ont accepté de participer, le travail s'est réalisé en deux temps.

### 3. Réalisation de l'étude

Nous nous sommes appuyés sur l'expertise d'un sexologue, le Dr Benoist Pascal, afin de définir la méthodologie la plus adaptée et la plus pertinente au vu des objectifs choisis pour notre étude.

### 3.1. Première étape : la consultation

Nous avons demandé aux médecins généralistes d'aborder la question de la sexualité avec cinq de leurs patients, venant seuls à la consultation et âgés de plus de 18 ans, qui se présentaient de manière consécutive.

Ceci permettait, dans l'idéal, de ne pas choisir les patients à qui poser la question.

Le critère de l'âge a été choisi car la prise en charge des troubles de la sexualité des adolescents a déjà été le sujet de travaux dédiés (39, 40, 41) et fait l'objet de plusieurs guides et recommandations. (42, 43)

Il a été demandé aux médecins d'aborder le sujet une fois que le motif initial de la consultation était réglé.

Les médecins devaient l'aborder à l'aide d'une question courte, rapide, qui puisse être posée facilement en fin de consultation. La question était la suivante : **En réfléchissant à votre vie sexuelle sur les six derniers mois, comment évaluez-vous votre satisfaction ?**

Une fiche à remplir leur était proposée (*Annexe 1*) dont les données n'étaient pas analysées mais qui leur permettrait de se souvenir des consultations si l'entretien avait lieu à distance.

### 3.2. Deuxième étape : l'entretien

Dans un deuxième temps, un entretien d'environ 20 minutes était réalisé à leur cabinet pour recueillir leur vécu concernant les dites consultations.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'une application dictaphone intégrée au smartphone.

Après transcription des verbatims, les enregistrements audio ont été supprimés.

Les retranscriptions d'entretien n'ont pas été retournées aux participants pour validation. (44)

Les entretiens étaient partiellement structurés par le guide d'entretien ; ce dernier a été réalisé en fonction des objectifs de l'étude. Des questions de relance étaient prévues si le médecin ne les développait pas spontanément (37, 44). Il a été utilisé comme trame et s'adaptait aux réponses des médecins.

Le guide d'entretien a été testé, puis, comme cela est autorisé en recherche qualitative, le guide d'entretien a été modifié afin de mieux répondre aux objectifs de l'étude. (44) (*Annexe 2*)

## 4. Choix de la question

La question a été choisie en accord avec le Dr Benoist au vu des objectifs de notre travail ; en effet, cette question simple est fréquemment utilisée lors des consultations de sexologie en médecine de ville.

La question choisie est la question introductive du New Sexual Satisfaction Scale (NSSS) de Stulhofer et al. : *Thinking about your sex life during the last six months, please rate your satisfaction with the following aspects.* (45)

S'en suit alors une liste de 20 situations (12 dans la *short-form*) qui n'ont pas été utilisées dans le cadre de notre thèse.

Nous avons réalisé la traduction de cette question en français, la plus proche possible de la question initiale, étant donné qu'il n'existe pas de version française de ce questionnaire : En réfléchissant à votre vie sexuelle sur les six derniers mois, comment évaluez-vous votre satisfaction ?

Notre but n'étant pas de valider un outil de dépistage, nous voulions proposer aux médecins un cadre afin de rendre les entretiens reproductibles, et ceci avec une question déjà validée, c'est le cas de notre question qui a été validée dans différentes langues et différents contextes cliniques. (46-49)

Le choix de cette question s'est fait selon plusieurs critères.

Tout d'abord, nous voulions une question globale sur la sexualité qui dépasse les sujets habituellement abordés en consultations (tels que les IST ou la contraception) et qui puisse évaluer la satisfaction et le plaisir sexuels, établis par Masters et Johnson dans les années 1960 comme la finalité de la sexualité humaine. (50)

Plusieurs questionnaires validés existent en français mais sont spécifiquement attachés à une problématique particulière, comme *l'International Index of Erectile Function* (IIEF) ou le *Premature Ejaculation Profile* (PEP). (51)

De plus, nous souhaitions une question universelle – hommes ou femmes, patients en couple ou seuls – et nous avons donc éliminé les questionnaires orientés tels que le *Sexual Health Inventory for Men* (SHIM), le *Male Sexual Health Questionnaire* (MSHQ) et le *Female Sexual Function Index* (FSFI). (51)

Enfin, nous souhaitions une question ouverte et non fermée pour permettre le dialogue. Pour cette raison, les questions telles que « Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? » - « Y a-t-il des problèmes sexuels ou soucis dont vous aimeriez parler avec moi en consultation ? » (18), ne convenaient pas.

## 5. Analyse des données

Nous avons réalisé une analyse thématique encore appelée analyse de contenu. (52)

L'analyse thématique est une analyse descriptive qui permet de construire un panorama au sein duquel les grandes tendances du phénomène étudié se matérialisent sous forme d'un arbre thématique. (52)

Les entretiens ainsi que l'analyse ont été réalisés par le chercheur qui n'avait pas d'expérience préalable en analyse qualitative.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits, mot-à-mot, puis les verbatims ont été décontextualisés et découpés en unités de sens, également appelés « codes ». (38, 52)

En analyse thématique nous ne réalisons pas d'analyse des signes paralinguistiques. (52)

La démarche de thématisation était celle d'une thématisation en continu : les thèmes émergents sont identifiés, notés et organisés progressivement au fur et à mesure du codage. (44, 52)

Pour faciliter la création et l'organisation des thèmes, le logiciel NVivo a été utilisé. (44)

L'apparition de nouveaux thèmes était consignée dans le relevé de thèmes ainsi que dans un journal de thématisation. (52, 53)

L'analyse du relevé de thèmes et du journal de bord a permis dans un deuxième temps de repérer les ensembles thématiques saillants, les axes thématiques et les regroupements afin de construire l'arbre thématique. (52)

## 6. Saturation théorique

En méthodologie qualitative, on ne peut pas appliquer de formule de calcul préalable pour connaître la taille de l'échantillon à étudier ; elle est déterminée par la réalisation de l'étude elle-même. Au fur et à mesure de l'analyse il arrive un moment où le recueil de tout nouvel entretien n'apporte plus aucune donnée nouvelle : on parle alors de « saturation des données ». (38)

Dans notre étude, le nombre final d'entretien a été de 11 et la saturation a été atteinte au bout de dix entretiens : un dernier entretien a été réalisé afin de confirmer la saturation des données.

## 7. Obligations légales de recherche en santé

Notre étude ne relevant pas du champ d'application de la loi Jardé, et notre travail ne comportant pas de recueil de données sensibles, ni l'accord du comité d'éthique ni celui du CPP, n'ont été requis. (54)

Néanmoins, les médecins ont signé un consentement les informant de l'enregistrement audio des entretiens et de l'anonymisation des données, étant donnée la possibilité de voir leurs paroles citées dans notre étude. (*Annexe 3*)

## Résultats

### 1. Caractéristiques des médecins inclus

Les caractéristiques socio-démographiques des médecins inclus sont présentées dans le tableau ci-dessous :

	Sexe	Âge	Lieu d'exercice	Durée d'exercice	Installé / remplaçant	Patientèle	MSU
<b>M1</b>	H	41	Péri-urbain	13 ans	Installé	Âgée	oui
<b>M2</b>	H	39	Péri-urbain	10 ans	Installé	VIH (30%), communauté gay	oui
<b>M3</b>	F	52	Péri-urbain	16 ans	Installé	Variée	oui
<b>M4</b>	F	41	Péri-urbain	10 ans	Installé	Jeunes actifs, femmes et enfants	oui
<b>M5</b>	F	28	Péri-urbain	1 an	Installé	Variée	non
<b>M6</b>	H	44	Péri-urbain	15 ans	Installé	Variée	non
<b>M7</b>	F	41	Péri-urbain	8 ans	Installé	Femmes (80%) et enfants	non
<b>M8</b>	H	41	Péri-urbain	11 ans	Installé	Âgée	non
<b>M9</b>	F	44	Urbain	7 ans	Installé	Variée	oui
<b>M10</b>	H	40	Urbain	9 ans	Installé	Variée	oui
<b>M11</b>	F	48	Urbain	19 ans	Installé	Âgée, 80% de femmes	oui

La moyenne d'âge était de 41,7 ans. La répartition hommes / femmes a été de 5 hommes pour 6 femmes. 100% des médecins étaient installés, 72,7% l'étaient en zone péri-urbaine.

Les caractéristiques de patientèle sont notées telles que décrites par les médecins interrogés. Notons des patientèles assez diverses et variées et chez plusieurs médecins une prépondérance de femmes dans leur patientèle.

### 2. Lieu et durée des entretiens

Nous avons réalisé au total 11 entretiens. Les entretiens ont duré entre 12 et 30 minutes. Ils ont été réalisés au cabinet pour dix d'entre eux et par visioconférence pour l'un d'entre eux.

Dans un premier temps, nous parlerons des habitudes d'abord de la sexualité. Dans un deuxième temps, nous décrirons les freins et les représentations antérieures des médecins généralistes.

Nous explorerons ensuite le ressenti des médecins concernant la consultation, les bénéfices à aborder la sexualité ainsi que les conditions nécessaires pour le faire.

Enfin, nous parlerons des perspectives d'amélioration.

### 3. Habitudes d'abord de la sexualité par les médecins

La plupart des médecins interrogés abordent la sexualité principalement à la demande du patient (M1,M2,M3, M5,M7,M8,M10,M11).

M3 : « C'est rarement moi qui l'aborde, ce sont eux. Moi je m'adapte au motif de consultation du patient. »

M5 : « Essentiellement quand ils me posent la question. Ça venait jamais de moi. »

Certains médecins l'abordent également dans des contextes précis :

- Recherche des effets secondaires des médicaments (M1,M6)

M6 : « Soit en première intention en disant que ça peut donner ce type d'effets secondaires et voilà, soit après l'avoir prescrit a posteriori en demandant s'il n'y a pas d'effets secondaires. »

- Lors de dépistages d'IST (M2,M5)

M2 : « Dans le cadre des bilans, au moment des bilans je demande s'ils ont eu des rapports sexuels non protégés et souvent ça déclenche sur leur activité sexuelle. »

- Lors de consultations de gynécologie, pour ceux qui en réalisent (M4,M7,M9,M11)

M7 : « Les femmes c'est différent, en gynéco, on passe par l'examen gynéco et ça fait partie des questions systématiques. »

M11 : « c'est aussi un moment d'échange avec les patientes : si elles ont des relations sexuelles, si elles ont des problèmes de ce côté-là. »

- Quand le médecin perçoit un blocage avec un patient (M6,M9).

M6 : « Je l'évoque lorsqu'il s'agit de patients dont on sent un état de détresse psychologique et où en poussant la discussion, cette question-là arrive. »

La totalité des médecins ne posait jamais de questions en lien avec la sexualité parmi leurs questions systématiques lors d'une consultation avec un nouveau patient (M1-M11).

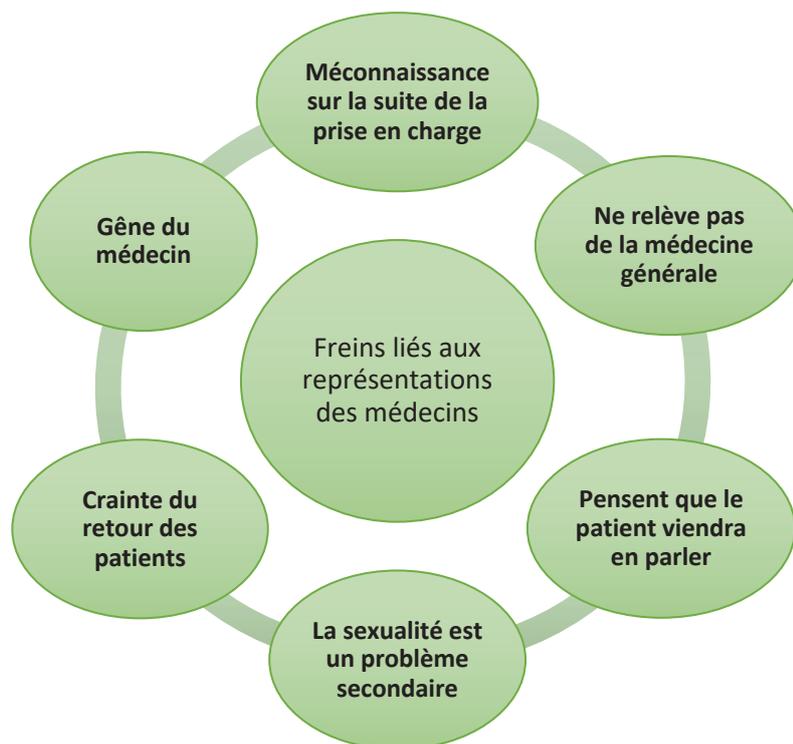
M1 : « C'est vrai que les habitudes sexuelles ça fait pas partie de mes questions. »

M6 : « J'avoue que sur la sexualité non c'est pas une habitude que j'ai. »

M10 : « Spontanément c'est pas une question que j'aborde, ça fait pas partie des critères de santé publique qui me viennent à l'esprit, ça va plutôt être la mammographie, le frottis, Hemocult...».

#### 4. Freins et représentations quant à l'abord de la sexualité

##### 4.1. Aperçu schématique des résultats



##### 4.2. Gêne du médecin

Parmi les médecins interrogés, quelques-uns avouent être gênés d'aborder la sexualité avec leurs patients (M3,M5,M6,M10) ; soit par crainte d'être intrusif, soit parce qu'ils perçoivent ce thème comme un sujet tabou.

M3 : « Parce que c'est gênant. »

M5 : « Je pensais que ça me regardait pas. »

M6 : « Probablement aussi par gêne. »

##### 4.3. Crainte du retour des patients

D'autres médecins redoutent l'éventuelle réaction que pourrait avoir le patient si le médecin abordait ce sujet : peur que le patient pense que le médecin émet un jugement, peur que cela passe pour de la curiosité malsaine ou encore peur que le patient se braque (M1,M4,M10,M11).

M1 : « Est-ce que c'est quand même du médical ou bien c'est une sorte de voyeurisme malsain ou je sais pas, enfin moi-même j'ai peur d'être jugé dans mon attitude. »

M4 : « J'avais peur que ce soit perçu comme de la curiosité mal placée. »

#### 4.4. Minimisation des plaintes et des troubles sexuels

Il existait également certaines représentations de la part des médecins qui ne considèrent pas la sexualité comme un élément important de la prise en charge médicale, mais plutôt comme un problème secondaire (M1,M2,M5,M8,M9).

M1 : « C'était pas vraiment un problème de santé, comme ça je dirais déjà, je l'avais pas considéré comme étant un problème vraiment important à dépister. »

M5 : « Je pense que aussi je jugeais pas ça très important. »

#### 4.5. Supposent que le patient viendra en parler

Certains médecins n'envisageaient pas de prendre l'initiative d'initier le dialogue, partant du principe que si un patient avait un problème, il viendrait de fait en parler à son médecin (M3,M1,M10).

M3 : « Après y a de notre part aussi, de ma part, où je me dis, un patient qui a besoin de parler me parlera. »

M9 : « J'aurais plutôt tendance à dire que oui, il faudrait attendre que les patients en parlent.»

M10 : « Mais c'est vrai que c'est pas une question qui me venait parce que, par méconnaissance probablement, je me disais que ceux qui avaient des troubles vraiment importants ils me poseraient la question. »

#### 4.6. Ne relève pas de la médecine générale

Pour quelques-uns, la sexualité n'a pas lieu d'être abordée au cours d'une consultation de médecine générale. Aussi, ils n'arriveraient pas en tant que généralistes à justifier l'abord de ce thème-là s'ils devaient le faire, a contrario de la question sur les violences sexuelles prise comme exemple par un des médecins (M4,M7).

M7 : « Parce qu'ils viennent pour de la médecine générale. Cela ne s'y prête pas si c'est pas leur motif de consultation. »

M4 : « Les violences on recherche quelque chose de l'ordre du danger, du traumatisme et qui du coup j'ai l'impression que ça se justifie plus dans une consultation médicale, alors que parler de la sexualité (...) si on me questionne pourquoi la question de la sexualité... oui en fait oui ... je sens qu'il y a un petit chemin à faire. »

#### 4.7. Méconnaissance sur la suite de la prise en charge

Pour finir, les médecins déclarent manquer de formation et ne pas savoir comment organiser la suite de la prise en charge s'ils sont confrontés à un trouble sexuel (M1,M2,M4).

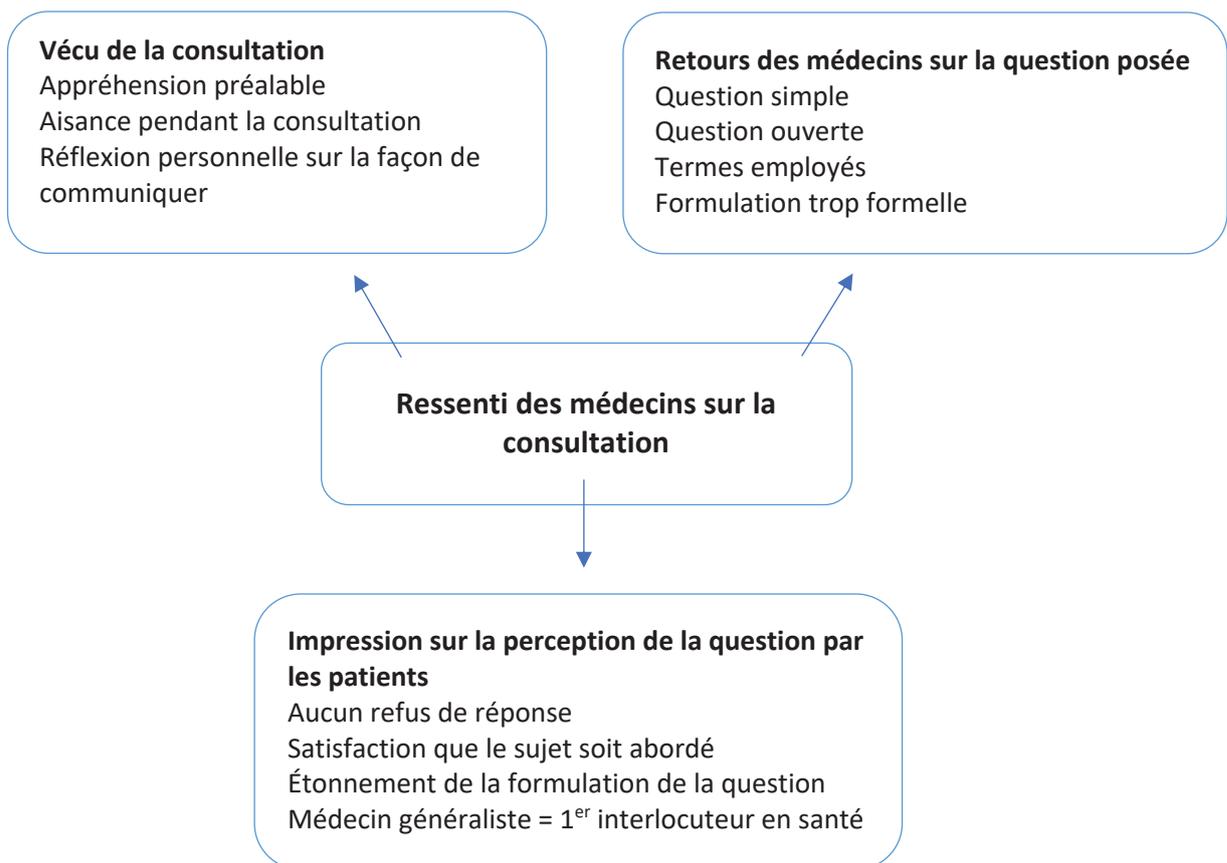
M2 : « Je pense parfois ressentir qu'il y a une difficulté avec ça mais si je l'aborde après je sais pas trop ce que je vais en faire... »

M4 : « Peut-être que j'ai un peu peur de pas savoir apporter de solution au problème qu'on va me présenter. »

M4 : « Tout ce qui est troubles sexuels chez les hommes, ça je sais que je suis pas à l'aise, mais peut-être plus par manque de connaissances. »

### 5. Ressenti des médecins concernant la consultation

#### 5.1. Aperçu schématique des résultats



## 5.2. Vécu des médecins de la consultation

Dans l'ensemble, les médecins se sont sentis à l'aise pendant ces consultations (M3,M4,M6,M7, M8,M9,M10), et ce malgré une appréhension initiale qui s'est vite dissipée (M3,M9).

M3 : « Avant de commencer j'étais pas à l'aise, après avoir commencé, sans problème. »

M9 : « Bizarrement oui, alors qu'honnêtement j'étais pas sûre d'y arriver. »

Un des médecins a reconnu ne pas avoir été à l'aise pendant la consultation.

M6 : « Honnêtement, non pas tellement. »

Notamment lorsqu'il s'agit de changer de sujet par rapport au motif de consultation.

M6 : « Parce qu'en fait, j'en ai une qui est venue pour une fracture d'orteil, et du coup quand la consultation n'est pas du tout orientée sur ça, ça m'a pas mis à l'aise (...) quand c'est pas du tout le motif de consultation, je trouve que c'est un petit peu plus difficile. »

Pour certains, cela a également permis une sorte de remise en question sur leurs propres façons de communiquer sur la sexualité avec leurs patients (M4,M6).

M4 : « Parler de sexualité j'ai l'habitude en fait, même si je la pose pas dans ces termes-là, oui je demande les rapports est-ce qu'il y en a, est-ce qu'ils sont douloureux ou pas, s'il y a du plaisir, je pose souvent ça ... j'arrive à en parler mais au final je me questionne est-ce que j'arrive vraiment à en parler, est-ce que c'est pas un sentiment que j'ai... peut-être que je pose des questions qui sont pas si ouvertes que ça. »

M6 : « Je pense que c'est le fait de parler de la sexualité. Peut-être parce que j'en parle pas si facilement. »

## 5.3. Retour des médecins sur la question posée

Les médecins ont réagi différemment sur la question qui leur avait été proposée.

Plusieurs d'entre eux l'ont trouvée facile à énoncer et pensent d'ailleurs la réutiliser à l'avenir (M1,M3,M6,M7).

M1 : « Elle vient facilement, on la dit facilement, elle encadre, elle englobe suffisamment de choses pour que chacun puisse parler ou pas, justement, c'est bien aussi quoi, c'est pas trop intrusif, je trouve qu'elle est bien. »

M3 : « Non elle est très simple, je l'utiliserai comme ça. »

M6 : « Je l'ai gardée d'ailleurs parce qu'elle est très simple et elle met à l'aise le patient. »

Une des caractéristiques appréciées de la question était la formulation ouverte (M7,M9,M11).

M9 : « Non elle est bien, c'est ce qui te laisse le plus d'ouverture. Si tu poses une question fermée, t'auras des réponses fermées. »

Pour certains, le côté trop formel de la question pouvait être gênant (M2,M4).

M2 : « Je pense que cette question-là, très neutre, je la garderai pour les patients avec qui j'ai moins d'affinités. »

M4 : « Je sais pas, le mot "satisfaction" ... je sais qu'en la posant y a un truc qui n'arrivait pas à me convaincre, ça faisait pas naturel, sur les 6 derniers mois... ça fait un peu trop questionnaire d'enquête. »

Aussi, certains médecins ont été incommodés par un terme utilisé : celui de « satisfaction » (M4,M5).

M4 : « Je sais pas, le mot "satisfaction" ... je sais qu'en la posant y a un truc qui n'arrivait pas à me convaincre, ça faisait pas naturel, sur les 6 derniers mois... ça fait un peu trop questionnaire d'enquête. »

M5 : « Moi je t'avoue ce qui m'a un peu dérangé, c'est le mot "satisfaction". »

M5 : « Ça ramène un côté un petit peu... ça enlève le côté médical de la chose. »

#### 5.4. Impression des médecins sur la perception de la question par les patients

Sur la totalité des consultations réalisées, les médecins n'ont essuyé aucun refus de réponse de la part des patients.

Les patients n'ont pas paru gênés d'en parler et ont même apprécié que le médecin aborde le sujet (M2,M4-M11).

M5 : « Mais dès qu'ils en parlent ils ont accueilli la question très bien. »

M6 : « À aucun moment il n'y a eu de refus. Je pense à certains patients âgés, ça leur faisait du bien y compris de dire, beh il y a plus, et justement ... »

M8 : « J'ai même senti que j'ai eu une dame qui a été soulagée que je pose la question. »

Certains ont néanmoins semblé surpris que leur médecin aborde ce sujet (M3,M4,M5).

M3 : « Et après j'ai eu des patients hommes qui étaient très étonnés de la question : "Docteur, on ne m'a jamais posé de questions comme ça". »

M4 : « Lui m'a dit qu'il était assez étonné, qu'il comprenait l'objet de la question, mais que ce serait peut-être plus facile avec un médecin qu'il connaissait pas. »

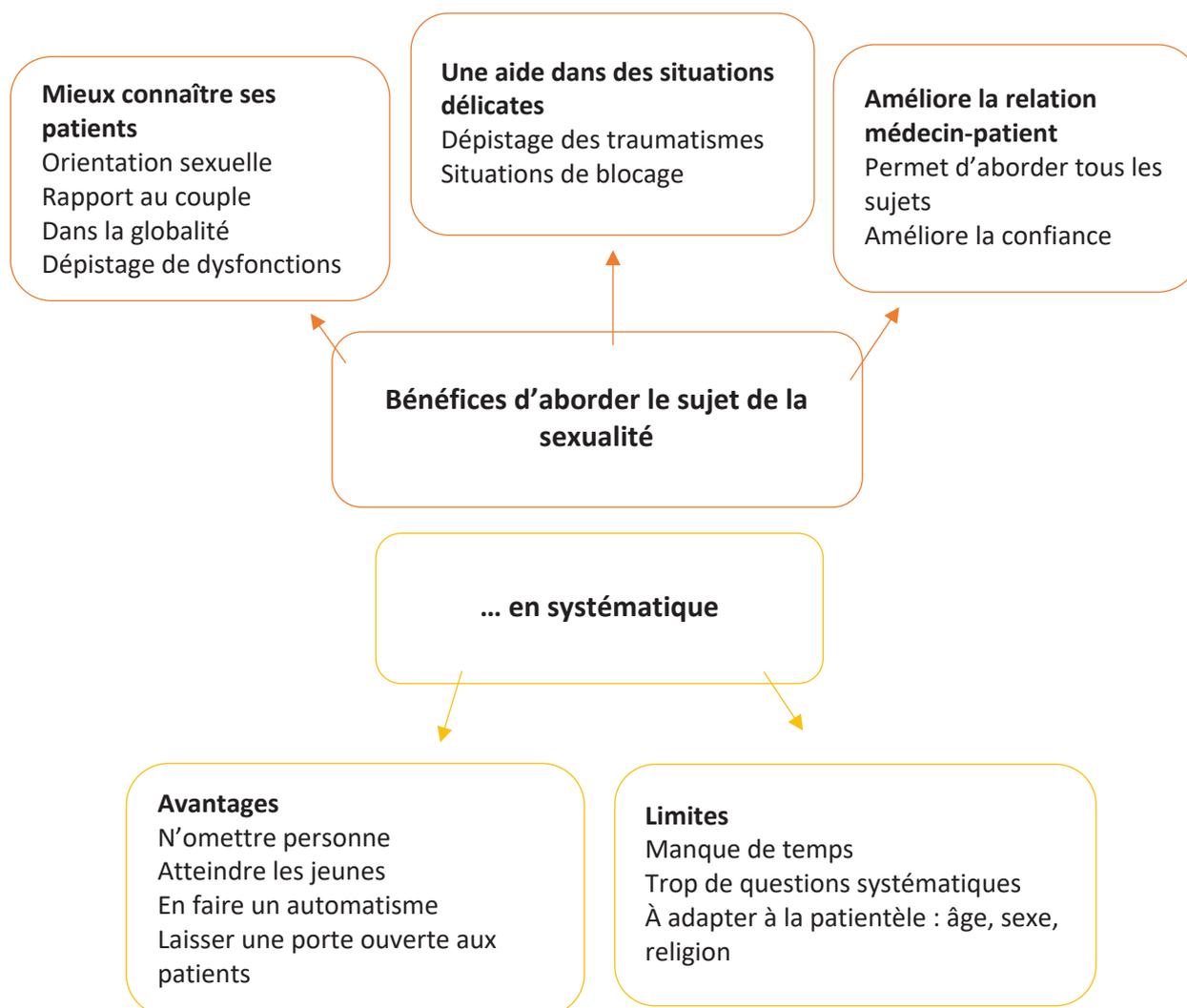
Les patients ont également évoqué que pour eux le médecin généraliste était leur premier interlocuteur parmi les professionnels de santé (M5,M11).

M5 : « Ils m'ont dit que non au contraire, c'était pour eux la personne avec qui ils se sentaient le plus à l'aise parmi les professionnels de santé pour en parler. »

M11 : « Ce patient m'a parlé de la problématique d'un ami à lui qu'il connaissait et qui avait des problèmes et qui osait pas en parler à son médecin traitant et qui aurait bien aimé que le médecin traitant aborde ce sujet. »

## 6. Bénéfices d'aborder la sexualité avec les patients

### 6.1. Aperçu schématique des résultats



## 6.2. Mieux connaître ses patients

Le questionnement des patients quant à leur sexualité a permis de mettre en évidence certaines dysfonctions. Alors que plusieurs patients se sont exprimés sur leur satisfaction sexuelle, pour d'autres cela a été l'occasion d'évoquer des troubles sexuels avec le médecin (M1,M2,M3,M4,M10,M11).

M1 : « Elle préférerait pas du tout de sexualité, parce que pour elle sexualité c'était pénétration et pénétration c'était douleur. Donc elle préférerait carrément pas de sexualité. »

M4 : « Du coup il est sous béta bloquant donc leur vie sexuelle il n'y en a plus et c'est quand même compliqué pour elle de vivre ça. »

M10 : « Je me suis retrouvé à complètement retourner la consultation car elle avait de vrais problèmes (...) ça faisait très longtemps qu'elle avait une insatisfaction parce que dyspareunie, sécheresse... du coup baisse de la libido, ça a débouché sur un traitement et du coup on doit en reparler. »

Dans ces situations, que le patient se dise satisfait ou non, la conversation a parfois évolué vers leurs représentations du couple et de la relation amoureuse (M2,M8,M9).

M2 : « Je pense qu'il y a pas mal de choses à gagner, de toutes ces questions cachées, en fait on découvre, au-delà de la sexualité, le rapport au couple mais bien d'autres choses aussi. »

M9 : « Pour toutes, sauf pour monsieur, "sexualité" c'était "sexualité et relations intimes et relations amoureuses. " »

La conversation a également mené à d'autres sujets plus généraux, comme la vie de famille et la relation aux autres (M1,M2,M6,M8,M11).

M6 : « Ce que j'ai ressenti c'est une face cachée de l'iceberg, en fait comme beaucoup de choses en médecine, quand on ouvre un champ on se rend compte qu'il y a vraiment un champ à explorer. »

M8 : « On apprend peut-être mieux à les connaître sur leur vie de tous les jours, peut-être pas que sur la sexualité mais du coup je pense que ça peut libérer d'autres aspects de la vie sur lesquels ils avaient peut-être peur de se livrer. »

M11 : « Je vois que ça a ouvert des portes en fait, sur des sujets avec mes patients qu'on n'a jamais abordés et avoir cette vision de la sexualité du patient ça permet de voir s'il y a des freins ou pas et les aider à avancer sur ce sujet. »

Le fait de poser cette question a fait réagir certains médecins sur le fait que beaucoup ne connaissaient pas l'orientation sexuelle de leurs patients (M2,M4).

M2 : « Y a plein de patients à qui on demande par exemple jamais la question de l'orientation sexuelle, rien que ça. »

M4 : « Ça permettrait de parler de la sexualité et de l'orientation sexuelle, qui est une question que je ne pose pas, je pense qui n'est pas forcément évidente à poser, car elle peut être un peu stigmatisante et pour autant je pense que c'est important de le savoir (...) j'étais allée à un atelier et quelqu'un avait dit "c'est du voyeurisme" et non, parce que le taux de suicide chez les homosexuels est plus élevé que chez les autres. »

### 6.3. Une aide dans des situations délicates

Pour plusieurs médecins interrogés, aborder ce sujet permettrait également de mieux comprendre leurs patients dans des situations de blocage ou de réactions excessives (M2,M3,M4,M8).

M2 : « Pour percer quelque chose que je comprends pas chez des patients, des situations de blocage, des fois tu sais pas comment faire (...) ou des traumatismes je pense aussi, c'est un bon moyen de dépister les situations qui ont été douloureuses. »

M4 : « Cette dame qui est très active, très sportive, ça m'aidera à mieux comprendre certains comportements, certains excès qu'elle a parfois justement. »

M8 : « Je pense que ça peut libérer d'autres aspects de la vie sur lesquels ils avaient peut-être peur de se livrer. Du coup, ça fait un déblocage sur autre chose, oui ça peut arriver. »

Pareillement, cela peut permettre de dépister des situations qui ont été douloureuses (M2,M3). Grâce au questionnaire, un médecin a eu connaissance de traumatismes que son patient avait subis pendant l'enfance.

M3 : « Elle a des difficultés dans sa vie sexuelle car elle a eu des problèmes dans son enfance avec sa mère, donc elle revient de très loin. Elle dit que ses difficultés viennent de l'enfance, puis une grosse dépression, des traitements, un manque de confiance en elle (...) ça a émergé pendant la consultation, je ne le savais pas, je savais qu'il y avait un conflit avec sa mère, mais je ne savais pas qu'il y a eu des violences. »

#### 6.4. Améliore la relation médecin-patient

Le renforcement de la relation médecin-patient a été souvent cité comme bénéfice secondaire par les médecins. L'abord de la sexualité élève la relation à un degré plus intime (M1,M2,M4,M5,M9,M11). À partir du moment où les médecins ont parlé de sexualité avec leurs patients, ils peuvent aborder tous les sujets.

M2 : « Oui moi je pense que ces cinq patients là ce sera des patients différents (rires) parce qu'on aura parlé de choses intimes et de choses qu'ils n'auront pas dit à personne d'autre, y en a un qui me l'a dit d'ailleurs, donc lui je pense que ça va le changer et moi qui l'ai entendu, je me dis "je suis plus n'importe qui pour lui". »

M5 : « Ça renforce la relation parce qu'ils se sentent encore plus à l'aise de pouvoir aborder n'importe quel type de sujet avec nous sans tabou. »

M11 : « Ça peut créer du lien et surtout s'il y a un vrai problème et qu'on arrive à avancer ensemble là-dessus ils seront reconnaissants, sur des sujets pas toujours simples à aborder. »

#### 6.5. Avantages de l'abord systématique

Les avantages retenus par les médecins en ce qui concerne le caractère systématique a été d'une part le fait de laisser une porte ouverte à la discussion : parler de sexualité une fois, pour qu'ensuite les patients se sentent libres de revenir en parler (M1,M2,M3,M4,M10).

M1 : « Je pense que cette question courte elle ouvre surtout une porte et elle ouvre surtout une porte pour une deuxième consultation ».

M4 : « Moi je pense quand même... qu'est ce qui se passe quand tu poses la question à la première consultation ? À part recueillir éventuellement une information, t'es aussi en train d'envoyer un signal au patient que ce sont des choses dont tu peux parler (...) t'as ouvert une porte, et si un jour ça arrive, peut-être qu'ils penseront plus à toi pour venir t'en parler que si tu l'avais pas fait. »

De plus, le caractère systématique permet d'inclure tous les patients sans omission (M1,M4,M5,M6).

M1 : « Oui, moi je trouve que les questions comme ça au moins ça évite de trop trier (...) y a des gens je les aurais pas sentis, je me serais dit la prochaine fois ou autre, et j'aurais pas posé la question ».

M5 : « Ça serait dommage de cibler parce que là au final c'est un peu ce que je fais, mais c'est dommage parce que c'est pas forcément ceux qui auraient un problème. Donc en ciblant je vais perdre des informations »

M6 : « Je pense à des femmes de 40 ans et dont la culture où je pense que la sexualité est davantage un tabou, je n'ai pas eu à le faire avec elles mais sans doute faut-il le faire (...) en fait le risque qu'il y a toujours en médecine, c'est que si on n'est pas systématique on oublie. »

Enfin, cela permet aussi et surtout d'inclure les jeunes, pour lesquels les sources d'éducation à la sexualité peuvent être limitées (M3,M11).

M3 : « Je pense que pour les jeunes ce serait assez simple, ce serait un moyen pour eux pour en parler, parce que souvent les jeunes n'ont personne pour en parler. »

M11 : « Après chez les hommes à partir d'un certain âge on peut dire "est ce que vous avez des problèmes d'érection ? "... mais c'est aussi important de le poser chez les jeunes. »

## 6.6. Limites de l'abord systématique

Nous avons relevé trois limites principales qui peuvent gêner la réalisation de cette question en systématique.

La première limite qui a été citée par les médecins est le **manque de temps** (M3,M8,M9,M10,M11).

M3 : « C'est toujours la question du systématique. On devrait faire beaucoup de choses en systématique, on n'a pas le temps. »

M8 : « Par contre, comme il y a beaucoup d'autres questions aussi tabac, sexualité, contraception (...) sur une consultation qui dure 15-20 minutes, déjà qu'ils viennent avec un problème voire des fois plusieurs motifs par consultation, c'est vrai que comment faire le tri ? (...) on court après le temps, c'est vrai c'est difficile, on n'y pense pas. »

M10 : « Alors le problème dans tout ça, c'est des consultations qui peuvent durer 45 minutes et quand on a que 15 minutes, c'est dur d'aborder tous ces sujets qui vont déboucher sur possiblement d'autres trucs. »

La deuxième limite est la **différence de sexe entre médecin et patient**, avec cette particularité qu'elle a été citée uniquement par des médecins femmes (M3,M4,M5,M7).

M4 : « Mais au total y a qu'un homme à qui je l'ai posé et c'est pas anodin car ça aussi ça me met en difficulté. »

M7 : « Les femmes ne diront pas aux hommes et en parleront plus aux femmes ; je pense que le sexe du médecin est important dans l'abord de cette question. ».

Ces médecins ont émis une réserve sur le désir d'être identifiées en tant que médecins pendant la consultation et non en tant que femmes (M3,M4).

M4 : « Non je pense pas que ce soit ça, enfin j'ai envie de croire que c'est pas ça, j'ai envie de croire que je suis un médecin et pas une femme quand je suis en consultation. »

Pour autant, ce n'était pas unanime car certains médecins, hommes ou femmes, ne voyaient pas de difficulté particulière à aborder le sujet avec leurs patients quel que soit leur sexe (M3,M10,M11).

M10 : « Non pas de différence de sexe, ça ne m'a pas dérangé de poser ni aux hommes ni aux femmes. »

Enfin, plusieurs médecins ont cité **l'âge** comme obstacle. Cela pouvait concerner :

- Les patients de plus de 80 ans (M9,M10,M11)

M9 : « La question, je me vois pas la poser à des mamies. »

M10 : « C'étaient pas des adolescents, pas des vieillards, une tranche d'âge qui était pour moi en âge d'avoir une activité sexuelle, même si on est parfois surpris. Mais c'est vrai que les octogénaires j'ai du mal à les interroger ».

- Les patients jeunes, ou du moins plus jeunes qu'eux (M1,M5,M10).

M1 : « Alors j'ai pas été confronté mais face à des personnes qui ont le même âge que moi parce que là je suis encore plus dans la comparaison, de ce dans quoi il faut pas aller, surtout si ces gens ils en savent un peu sur moi, sur mon âge, ce qu'ils s'imaginent. »

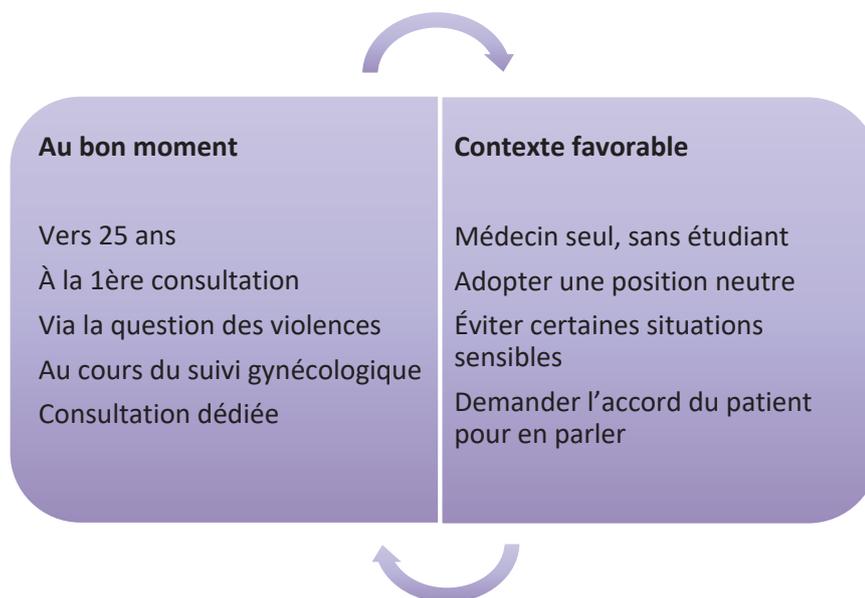
M5 : « Mais avec un jeune homme j'aurais pas pu. »

De manière isolée, un seul médecin a évoqué la religion comme frein.

M5 : « Et pareil au niveau de la religion, y a un patient, c'aurait été le 6eme, c'était un patient musulman et j'aurais vraiment pas été à l'aise. »

## 7. Conditions nécessaires pour permettre un meilleur abord

### 7.1. Aperçu schématique des résultats



### 7.2. Poser la question au bon moment

La problématique revenue fréquemment pendant les entretiens était celle du moment opportun pour en parler, tant au niveau du suivi du patient qu'en termes de moment dans la consultation.

Selon les médecins, différentes occasions seraient possibles.

La première possibilité était d'enchaîner sur la sexualité après avoir questionné les patients sur les éventuelles violences conjugales (M3,M4).

M4 : « Oui, après la question des violences. Peut-être que dans ce cadre-là ce serait plus facile à placer : quid de votre vie sexuelle, de votre sexualité ... »

Ensuite, une des volontés des médecins étant celle de cibler les jeunes, et étant donné l'absence de consultation obligatoire chez les adultes, ils proposaient de l'aborder aux alentours de la vingtaine, au cours du rappel des vaccins des 25 ans, ou au décours d'une consultation sur la contraception (M2,M3,M9).

M3 : « Après ça peut être aussi lors d'une consultation qu'on n'a plus : avant un mariage, ça pourrait être l'âge de 25 ans. »

M9 : « Il n'y a plus de consultations obligatoires de toute façon, éventuellement les vaccins. »

M2 : « Chez les jeunes, y a le moment de la contraception tout ça mais est-ce qu'ils ont déjà eu le temps de réfléchir à leur vie sexuelle et leur satisfaction ? Mais c'est quand même l'occasion d'en parler. »

D'autres médecins ont proposé – voire avaient déjà tenté – de l'aborder au cours des différentes étapes du suivi gynécologique : grossesse, ménopause, frottis cervico-utérin, dépistage du cancer du sein (M9,M11).

M11 : « Chez les femmes c'est facile quand on aborde la partie gynécologique. »

Enfin, tandis que certains médecins pensaient l'aborder à la première consultation (M1,M4,M5,M6) et l'intégrer aux questions systématiques habituelles (telles que les questions administratives et les antécédents), d'autres envisageaient de le faire lors de bilans annuels ou de consultations dédiées (M2,M10).

M1 : « Si on a le temps en première consultation c'est tout à fait intéressant, au moins c'est le moment le plus facile, y a pas de préjugés, nous-même on s'interdit pas de poser la question, on vient de rencontrer le patient et ça paraît naturel de poser des questions un peu dans tous les sens. »

M5 : « En première consultation en même temps que le tabac et l'alcool ça me choque pas. »

M10 : « Il faudrait une sorte de consultation annuelle, de prévention, qui soit dédiée pour ça (...) mettre dans la salle d'attente comme une consultation de pré anesthésie avec des cases à cocher, et quand t'arrives chez le médecin, tu coches si t'as envie d'en parler (...) on pourrait faire une check-list : problèmes de mictions nocturnes pour les hommes, problèmes dans la vie sexuelle. »

Pour autant, la consultation dédiée reste difficile à mettre en place (M2,M4,M9).

M2 : « Après c'est toujours pareil, les consultations dédiées ça les embête, ils viennent pas chez les médecins par gaieté de cœur, soit parce qu'ils ont des pathologies chroniques et qu'ils sont obligés, soit parce qu'ils sont malades. Donc faut quand même l'intégrer dans une consultation autre, sinon ce sera pas généralisable. »

M4 : « J'avais essayé de faire au début avec les patients chroniques. En fait c'est ultra chronophage et difficile à être régulier. Les patients ils respectent pas forcément le rythme des consultations telles que toi tu les avais prévues. »

### 7.3. Dans un contexte favorable

Outre le fait de trouver la consultation opportune pour en parler, il est nécessaire de savoir quand et comment introduire ce sujet pendant la consultation. En effet, le fait de participer à cette étude a permis à beaucoup de médecins de l'utiliser comme transition dans la consultation (M2-M6,M8,M10,M11).

M6 : « Disons que le fait de pouvoir l'évoquer avec une occasion, un prétexte qu'est ce travail-là, donne de l'aisance en fait. »

M8 : « C'est vrai que le fait que cela soit dans le cadre d'une thèse cela a facilité le questionnement (...) Il faut trouver une petite astuce pour l'amener, là c'était facilité par le travail de thèse, mais c'est vrai qu'il faut trouver un petit truc pour l'amener sans que cela paraisse décalé par rapport au reste de la consultation. »

Il faut aussi être attentif au contexte de la consultation : l'abord de ce sujet nécessite une consultation calme, facile et sans gravité (M1,M5,10).

M5 : « Un renouvellement, en même temps que je parle d'un renouvellement, parler de la sexualité. »

M10 : « J'ai sélectionné d'une part le moment, quand c'était une consultation suffisamment légère pour pouvoir finir avec cette question-là. Parce que bon une annonce de cancer, un suivi ou deux de dépressions (...) si je sais qu'ils sont veufs ou divorcés fraîchement, bon je vais pas forcément remuer le couteau. »

Parmi d'autres exemples de conditions nécessaires pour aborder la sexualité, les médecins ont parlé de la nécessité de connaître le patient (M2,M10,M11), d'avoir déjà établi une relation de confiance avec lui et de le sentir disponible pour recevoir cette question.

M2 : « La sexualité je pourrai y revenir, au contraire même, plus je connaîtrai le patient plus ce sera facile d'aborder la sexualité. »

M11 : « C'est des gens que je connais, je suis leur médecin traitant depuis un petit moment je les sentais à disposition d'entendre cette question. Car j'avais beaucoup de consultations pour des certificats d'aptitude de personnes que je ne connaissais pas du tout, donc je me voyais pas aborder ce sujet-là. »

Un médecin a également évoqué la nécessité d'avoir l'autorisation du patient pour en parler.

M10 : « Et quand t'arrives chez le médecin, tu coches si t'as envie d'en parler (...) et s'ils veulent pas en parler ils cochent non et on en parle plus. Parce qu'on est aussi en droit de se poser la question : si ton patient t'en parles pas ... est-ce qu'il y a un moment où on doit se limiter dans notre intervention ? ».

Un autre critère cité pour faciliter la communication était celui d'adopter une position neutre (M1).

M1 : « Ça t'oblige à avoir vraiment un bon positionnement lors de la consultation afin de ne pas glisser ou partir dans des espèces de jugement (...) oui rester neutre, asexué, sans jugement de valeur, mais en même temps être capable d'en parler sans faire écho à son expérience personnelle. »

Enfin, la dernière condition était d'être seul (sans étudiant) à ce moment-là (M1).

M1 : « J'avais des hommes qui me disent "Ah j'attendais que vous soyez seul, l'autre fois il y avait quelqu'un". Ils me l'ont déjà dit plusieurs fois. »

## 8. Perspectives d'amélioration

Au total, lorsque l'on a demandé aux médecins si cette expérience avait été bénéfique et s'ils comptaient modifier leurs habitudes d'abord de la sexualité, la quasi-totalité a répondu que oui (M1-M6,M8,M10,M11).

M8 : « J'ai vu que cela s'était très bien passé et que ça a débouché d'ailleurs sur une consultation à venir (...) Cela pourrait être intéressant de poser la question, pas de façon systématique, mais de façon beaucoup plus régulière. »

M10 : « Ça m'a convaincu qu'effectivement c'était intéressant d'essayer de l'aborder régulièrement avec les patients. En tout cas l'expérience m'a prouvé que c'était nécessaire, ça c'est évident, à chacun de trouver la manière de la mettre en place. »

Les deux médecins qui ne pensent pas modifier leurs pratiques le justifient ainsi : ce doit être au patient d'aborder le sujet et non l'inverse (M7,M9).

M9 : « Les quatre m'ont à peu près dit qu'ils ne voulaient pas que je m'en mêle. En gros les cinq ne s'attendaient pas spécialement à ce que je pose leur question. Donc j'aurais plutôt tendance à dire que oui, il faudrait attendre que les patients en parlent. Ça en ratera certains c'est sûr. »

## Discussion

---

### 1. Discussion des résultats et points forts de l'étude

Comme en témoignent la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 ainsi que la CBS, dont les recommandations de l'OMS sont parues en 2015, l'approche de la sexualité des patients par les professionnels de santé ainsi que la prise en charge des dysfonctions sont une nécessité actuelle.

Il apparaît primordial que les médecins généralistes prennent conscience de leur implication dans ce dépistage des troubles.

En effet, rappelons que, de manière générale, les médecins n'abordent pas spontanément le sujet avec leurs patients malgré une attente de leur part (6, 7, 12, 15, 16). Ce constat s'est vérifié dans notre étude puisque la majorité des médecins attendaient que les patients parlent de leurs préoccupations. Quelques situations étaient néanmoins l'occasion pour les médecins de l'aborder : dépistage d'IST, iatrogénie médicamenteuse, suivi gynécologique.

Notre étude visait à évaluer l'apport d'un questionnaire systématique en interrogeant les médecins sur leur ressenti ; les résultats ont montré que l'abord de la sexualité avait un intérêt, que ce soit pour le patient, pour le praticien et pour la relation de soins.

En effet, ce questionnaire a permis de recueillir des informations auprès des patients, tant sur le domaine de la sexualité, avec dépistage de dysfonctions, que sur le plan global avec leur rapport dans la relation aux autres.

Il permettrait également d'expliquer des situations où le patient présente un état de mal-être apparent.

Pour finir, on a pu remarquer que la relation médecin-patient s'en trouvait améliorée, avec un gain de confiance et une ouverture du dialogue.

Nous avons également interrogé les médecins sur les avantages et les limites du questionnaire systématique.

Les avantages étaient d'inclure tout le monde et d'informer les patients, de façon tacite, de la possibilité de reparler de ce sujet à l'avenir lorsque le besoin se ferait sentir.

D'un autre côté, les limites les plus souvent citées étaient le manque de temps et les réserves à l'aborder avec certaines populations : les patients âgés, et les patients masculins pour une médecin femme. Ces résultats sont concordants avec les précédents travaux réalisés retrouvant les mêmes limites notamment le manque de temps et la difficulté à l'aborder avec les personnes âgées. (24, 25, 27)

Les solutions envisagées par les médecins pour aborder la sexualité de façon optimale étaient d'une part de trouver le bon moment pour l'aborder et d'autre part d'instaurer un climat de confiance afin de le faire dans le contexte le plus favorable.

Les bénéfices constatés sur la relation médecin-patient, la facilité à le faire de la part des médecins généralistes – question courte, intervention bien accueillie par le patient, médecin à l'aise – ainsi que la possibilité de dépister des dysfonctions sexuelles à un stade précoce et donc de proposer une prise en charge rapide, encouragent à poursuivre cette démarche.

Nous pouvons imaginer d'autres retombées positives telles que le renforcement de l'alliance thérapeutique, une meilleure observance des traitements et une amélioration des habiletés communicationnelles des médecins.

En effet, le recours à ces questions courtes est de plus en plus répandu et encouragé (18, 34), que ce soit dans le contexte de conseil minimal pour le tabac ou de dépistage des violences faites aux femmes – pour ne citer que celles-là – car elles permettent à la fois un dépistage des troubles chez les patients et une communication facilitée.

Enfin, il est important de noter que l'abord de la sexualité, tel qu'il a été explicité dans notre travail, nécessite la mise en œuvre de plusieurs des compétences indispensables au médecin généraliste :

- apprendre à prendre en charge le patient dans sa globalité
- communiquer avec lui et construire une relation de soin pérenne
- réaliser les actions de dépistage, d'éducation à la santé et de prévention individuelle
- faire preuve de professionnalisme : en identifiant ses besoins de formation pour améliorer ses compétences et également en s'efforçant de prendre les meilleures décisions dans l'intérêt du patient.

## 2. Limites méthodologiques de l'étude

Malgré une sollicitation répétée de plusieurs médecins généralistes, nous avons obtenu peu de réponses par rapport au nombre de médecins contactés (environ un tiers) ; ceci peut s'expliquer par le thème de notre travail annoncé au moment du premier contact et qui reste malgré tout un sujet tabou.

Nous avons tenté d'obtenir un échantillon représentatif, ce qui a été le cas en termes d'âge et de sexe puisque nous avons eu 54,6% de femmes et 45,4% d'hommes avec une moyenne d'âge de 41,7 ans.

Ceci est concordant avec les données démographiques récentes concernant le paysage médical en France : une population de médecins de plus en plus jeunes (un âge moyen de 45 ans prévu en 2035) et de plus en plus féminine (60% des médecins en exercice en 2034) (55).

En revanche, les médecins inclus exerçaient majoritairement en milieu péri-urbain, avec aucun médecin n'exerçant en milieu rural, ce qui a pu constituer un biais de sélection. De plus, avec 60% des médecins inclus maîtres de stage universitaires et un recrutement en « boule de neige », nous avons probablement réuni un panel de médecins plus sensibilisés à la question et impliqués dans la démarche de formation. Nous pouvons donc supposer qu'avec un panel trop homogène la saturation théorique a pu être faussement atteinte.

Les médecins ont été sollicités pour poser la question à cinq de leurs patients car un chiffre plus élevé nous semblait être un frein à la participation (risque d'empiéter sur le temps de travail du médecin). Toutefois, même si cela a représenté une cinquantaine de consultations en totalité, cela ne peut prétendre à être représentatif de la patientèle d'un médecin dans son ensemble.

Pour terminer, notre travail a été réalisé par un seul chercheur, sans expérience préalable en méthodologie qualitative, et aucune triangulation des données n'a été réalisée, ce qui aurait pu minimiser les biais d'interprétation.

Néanmoins, nous nous sommes efforcés d'explicitier et de détailler au mieux les étapes successives et les impératifs d'une méthode qualitative selon les lignes directrices éditées par la COREQ. (44)

### 3. Perspectives de travail

Dans notre étude, nous avons choisi d'utiliser la question introductive d'un questionnaire validé. Cette question nous a semblé pertinente par son caractère ouvert et la possibilité de la poser à des patients célibataires ou en couple, masculin ou féminin, homosexuel ou hétérosexuel. Il serait utile de réaliser un travail à plus grande échelle afin de valider une question en vue de l'utiliser comme outil de dépistage.

Il serait également intéressant de réinterroger les médecins à distance afin de savoir si une partie des patients a reconsulté à la suite de ce premier contact.

Aussi, notre étude s'étant attachée à décrire le point de vue des médecins généralistes, un autre travail pourrait recueillir le point de vue côté patients. Cela permettrait de connaître leur ressenti ou encore l'impact potentiel d'un questionnement concernant leur intimité. On retiendra ce médecin dans notre étude qui a appris à cette occasion que son patient avait subi des violences dans l'enfance : l'évocation de ce souvenir douloureux par le patient peut entraîner certaines reviviscences délétères pour ce patient.

## Conclusion

---

Pour conclure, notre étude a permis de montrer la faisabilité et l'intérêt certain de l'abord de la sexualité avec les patients de façon plus régulière que ce qui était fait auparavant.

La relation médecin-patient ne peut que s'en trouver améliorée, avec ainsi une meilleure adhésion aux soins et aux traitements.

De plus, cela a été réalisé à l'aide d'une question unique, ouverte et rapide à poser.

Le caractère systématique reste à nuancer, en permettant aux médecins une adaptation selon la patientèle qu'ils ont en consultation.

Toutefois, une revalorisation de la consultation médicale, l'augmentation du temps de consultation et une meilleure formation sembleraient nécessaires à la bonne réalisation de cet objectif. Nous pouvons nuancer ces nécessités en ajoutant que, même sans formation complexe de sexologie, prendre l'initiative d'en parler et réaliser du *counselling* permettent déjà une amorce du dialogue afin d'apporter une aide au patient et adresser précocement aux spécialistes si nécessaire.

Le rôle du médecin est prépondérant dans ce domaine étant donné le peu de communication et le peu de campagnes publicitaires informant les patients de la possibilité de parler de sexualité avec leur médecin généraliste, malgré la stratégie de santé sexuelle actuellement entreprise.

La question « En réfléchissant à votre vie sexuelle, comment évaluez-vous votre satisfaction ? » devrait pouvoir être posée aussi facilement et fréquemment que « Est-ce que vous fumez ? » ou « Est-ce que vous consommez de l'alcool ? ».

## Bibliographie

---

1. OMS. La santé sexuelle à tous les stades de la vie - définition [consulté le 7 avril 2020]. Disponible sur : <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
2. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle - Agenda 2017-2030 [consulté le 10 mai 2019]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf)
3. Ouzaid I, Giuliano F. Sexualité normale et ses troubles [consulté le 10 avril 2020]. Disponible sur : <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/sexualite-normale-et-ses-troubles.html>
4. Baumelou A, Marcelli F, Robin G, Rigot J-M. Sexualité normale et ses troubles. *La Revue du Praticien*. 2008;58.
5. CNGOF. Sexualité normale et ses troubles. 2011 [consulté le 2 juin 2020]. Disponible sur <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item40/site/html/cours.pdf>
6. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé. Paris : La Découverte; 2008.
7. Costa P, Avances C, Wagner L. Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5.099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans. 2018 [consulté le 9 février 2020]. Disponible sur : <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/dysfonction-erectile-connaissances-souhaits-et-attitudes-resultats-dune-enquete>
8. Fisher WA, Rosen RC, Eardley I, Sand M, Goldstein I. Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: the female experience of men's attitudes to life events and sexuality (FEMALES) study [published correction appears in *J Sex Med*. 2006 Jan;3(1):189]. *J Sex Med*. 2005;2(5):675-684.
9. Costa P, Grivel T, Giuliano F, Pinton P, Amar E, Lemaire A. La dysfonction érectile : un symptôme sentinelle ?. *Prog Urol*. 2005;15:203-207.
10. Montorsi F, Briganti A, Salonia A, Rigatti P, Margonato A, Macchi A et al. Erectile dysfunction prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented coronary artery disease. *Eur. Urology*. 2003;44:360-365.
11. Etude IFOP / Lilly – Août 2009. « Les français, les 5 sens et la sexualité ». Echantillon de 1001 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

12. 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):632-638.
13. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract*. 2003 Jan 12;20(6):690-5.
14. Kokel, Cyrielle. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des difficultés sexuelles masculines. Nancy, 2011.
15. Aschka C, Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. *J Fam Pract*. 2001;50(9):773-778.
16. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De H, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly*. 2011;141:w13178
17. Dusz, Laura. L'abord de la sexualité en médecine générale. Dijon, 2017. [consulté le 6 février 2020].
18. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard Operating Procedures for Taking a Sexual History. *J Sex Med*. 2013;10(1):26-35.
19. Sadovsky R. The Role of the Primary Care Clinician in the Management of Erectile Dysfunction. *Rev Urol*. 2002;4(Suppl 3):S54-63.
20. Fievet, Christopher. Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale, enquête qualitative auprès de patientes à la Réunion. Nice, 2014.
21. Tartu, Nathalie. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale : Etude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et- Vilaine. Rennes, 2016. [consulté le 6 février 2020].
22. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore SE, Fry-Johnson Y. Sexual history-taking among primary care physicians. *J Natl Med Assoc*. 2006 Dec 12;98(12):1924-9.
23. Giami A. Chapitre 8: La spécialisation informelle des médecins généralistes: l'abord de la sexualité. In: Bloy G, Schweyer F-X. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : EHESP;2010. p. 147-67.
24. Baurain, Marie. Parlons sexualité ! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients ? Nice, 2018.
25. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Family Practice*. 1 oct 2001;18(5):516-8.
26. Bellaton, Noëlie. Chambost, Amandine. Quelles sont les difficultés à aborder le sujet de la sexualité en médecine générale ? Etat des lieux en 2017. Etude qualitative du point de vue des médecins et des patients. Lyon, 2018.
27. Cousseau, Leila. Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés. Toulouse, 2015.

28. De Andrade, Julie. Dysfonctions sexuelles et parcours de soin. La place du sexologue. Enquête auprès de 105 médecins généralistes. Créteil, 2008.
29. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. *Exercer*. 2008;(81):49-51.
30. Barais M, Cadier S, Chiron B, Barraine P, Nabbe P, Le Reste JY. Ejaculation prématurée : stratégies pour aborder le sujet en médecine générale. *Exercer* 2011;95:10-5.
31. Fortoul L, Escande J. Comment améliorer l'abord de la sexualité des adolescents en consultation de médecine générale : point de vue des adolescents. Toulouse, 2017.
32. Mille, Daphné. Abord de la sexualité en consultation : qu'en est-il aujourd'hui pour le médecin généraliste ? Versailles, 2017.
33. Bartoli S, Grandcolin S. Aborder la sexualité masculine en médecine générale : attentes, opinions et représentations des hommes. *Exercer*. 2016;27(124).
34. OMS. Communication Brève relative à la sexualité (CBS) Recommandations pour une approche de santé publique. [consulté le 7 juillet 2019]. Disponible sur : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204278/9789242549003\\_fre.pdf;jsessionid=50F57220E335B657B8A2B6B36523ADF0?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204278/9789242549003_fre.pdf;jsessionid=50F57220E335B657B8A2B6B36523ADF0?sequence=1)
35. Bond T. The nature and role of counseling in primary care. In: Keithley J, Bond, T, Marsh G, editors. *Counselling in Primary Care*. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press. 2002:3–24.
36. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2018;320(16):1678–87.
37. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Dylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84:142-5
38. Frappé P, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. 2<sup>e</sup> ed. Condé-en-Normandie:GM Santé;CNGE Productions;2018.
39. Lille, Audrey. Comment les médecins généralistes communiquent-ils sur la sexualité avec les adolescents ? Etude qualitative auprès de médecins généralistes du Maine et Loire. Angers, 2018.
40. Compagnon, Julie. Lespourci, Marine. Comment les médecins généralistes de Haute-Garonne abordent-ils la sexualité avec les adolescents ? Quelles suggestions ont-ils pour améliorer cet abord. Toulouse, 2017.
41. Novès, Valérie. Sexualité et contraception : le point de vue des adolescents. Étude qualitative auprès de collégiens et lycéens en région toulousaine. Toulouse, 2012.
42. Ministère de la Santé et des sports. INPES. Entre-nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent. Guide d'intervention pour les professionnels de santé. 2009 [consulté le 4 décembre 2018]. Disponible sur :

[http://www.medecin-ado.org/addeo\\_content/documents\\_annexes/121-4-entrenousinpes.pdf.pdf](http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/121-4-entrenousinpes.pdf.pdf)

43. Cleland J, interroger les jeunes sur leur sexualité et leur attitude vis-à-vis de la procréation. Exemple de questionnaire d'enquête auprès des jeunes. [consulté le 6 mars 2019]. Disponible sur [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/questionnaire\\_fr.pdf?ua=1](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/questionnaire_fr.pdf?ua=1)
44. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev* 2015;15(157):50–54
45. Fisher T, Davis C, Yarber W, Milhausen R, Sakaluk J. *Handbook of Sexuality-Related Measures*. 4e ed. New-York; Routledge; 2019
46. Hoy M, Strauß B, Kröger C, Brenk-Franz K. Evaluation of the German Short Version of the "New Sexual Satisfaction Scale" (NSSS-SD) in a Representative Sample. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2019;69:129-135.
47. Strizzi J, Fernández-Agis I, Alarcón-Rodríguez R, Parrón-Carreño T. Adaptation of the New Sexual Satisfaction Scale-Short Form Into Spanish. *J Sex Marital Ther*. 2016;42(7):579-588.
48. Stulhofer A, Busko V, Brouillard P. Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *J Sex Res*. 2010;47(4):257-268. doi:10.1080/00224490903100561.
49. Sanders JN, Higgins JA, Adkins DE, Stoddard GJ, Gawron LM, Turok DK. The Impact of Sexual Satisfaction, Functioning, and Perceived Contraceptive Effects on Sex Life on IUD and Implant Continuation at 1 Year. *Womens Health Issues*. 2018;28(5):401-407.
50. Giami A. Fonction sexuelle masculine et sexualité féminine. Permanence des représentations du genre en sexologie. *Communications*. 2007 ;135-151
51. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Progrès en urologie*. 2013;23:811-21
52. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 3<sup>e</sup> ed. Paris: Armand Colin; 2012.
53. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*. Louvain-la-neuve ; Deboeck ; 2014
54. Rat C, Tudrej B, Kinouani S, Guineberteau C, Bertrand P, Renard V et al. Et le comité d'éthique du collège national des généralistes enseignants. Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale. *Exercer*. 2017;135:327-34
55. DREES. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. 2017. Numéro 1011 [consulté le 14 août 2020]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-d-ici-a-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et-plus>

Annexes

---

**Annexe 1**

<b>En réfléchissant à votre vie sexuelle sur les 6 derniers mois, comment évaluez-vous votre satisfaction ?</b>
<i>Age – sexe :</i>
<i>3 premières lettres du nom :</i>
<i>Consultation physique ou téléconsultation :</i>
<b>Conclusion de la consultation :</b> <i>prescription de médicament ? adressé à un spécialiste ?</i>

## Annexe 2

### Guide d'entretien avec les médecins

Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à ce travail de thèse.

Je vais tout d'abord vous poser quelques questions afin de mieux vous connaître et connaître votre activité.

Et ensuite nous discuterons de votre ressenti concernant ces consultations pendant lesquelles vous avez pu aborder le sujet de la sexualité avec vos patients. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse.

Le but étant de connaître vos impressions sur ces consultations.

#### I. Caractéristiques du médecin

Âge

installé / remplaçant

période d'exercice

milieu d'exercice : urbain / péri-urbain / rural

type de patientèle

MSU

#### HABITUDES EN SANTÉ SEXUELLE

Lors d'une consultation avec un nouveau patient, les questions sur la sexualité font-elles partie des questions que vous posez ?

Pourquoi ?

- Habituellement, comment abordez-vous le sujet de la sexualité avec vos patients ?

*L'abordez-vous parfois spontanément ? A quelle occasion ?*

#### IMPRESSIONS SUR LE VÉCU DU PATIENT

- Comment les patients ont-ils perçu le questionnaire ?

#### DIAGNOSTIC DES TROUBLES

- Parlez-moi de comment ce sont passé les 5 consultations ?

*Quels ont été les troubles évoqués ?*

*Est-ce que les consultations ont abouti sur quelque chose ?*

-Y a-t-il eu des patients avec qui c'était plus difficile ?

*Age, sexe, religion ?*

**INTERÊT SUR LA PRISE EN CHARGE GLOBALE**

Cela a-t-il amené d'autres sujets de discussion avec vos patients ?

**INTERÊT SUR LA RELATION MÉDECIN-PATIENT**

- Est-ce que le fait d'aborder un sujet intime telle que la sexualité change quelque chose dans la relation avec votre patient ?

- Quel a été votre propre ressenti pendant la consultation ?

*Êtes-vous à l'aise avec le fait d'aborder le sujet de la sexualité avec vos patients ?*

**INTERÊT DU CARACTÈRE SYSTÉMATIQUE**

- Pensez-vous que cela devrait être abordé de façon systématique lors d'une première consultation ?

- Comment et quand aborder ce thème ?

*Pour vous, à quel moment du suivi du patient faut-il aborder la sexualité ?*

**OUTILS D'ABORD**

- Est-ce que le fait d'avoir un schéma directeur pour la consultation a été plutôt facilitant ou plutôt gênant ?

- Comment trouvez-vous la question ?

*Pensez-vous qu'aborder la sexualité avec une question ouverte est approprié ?*

*Avez-vous une idée d'autres questions ?*

**FREINS À L'ABORD**

- Pensez-vous que l'abord de la sexualité fasse parti du rôle du médecin généraliste ?

- Qu'est-ce qu'il pourrait vous manquer pour aborder ce sujet dans de bonnes conditions ?

Dans quelle mesure pensez-vous changer vos pratiques à l'avenir sur l'abord de la sexualité ?

**Annexe 3**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

## THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE A NICE

Sujet de thèse : Identifier l'apport d'un questionnement systématique, sous forme d'une intervention brève, de la part des médecins généralistes auprès de leurs patients concernant la sexualité.

**Recherche qualitative auprès de médecins généralistes des Alpes-Maritimes.****Réalisation de l'entretien :**

Cet entretien sera réalisé par TEILLANT Clémence. Il durera environ 20 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

**Je, soussignée TEILLANT Clémence, m'engage à :**

- garantir l'anonymat des participants : aucun nom ni citation permettant d'identifier le médecin ne sera utilisé.
- adopter une attitude confraternelle et respectueuse des médecins interviewés.

## Le médecin interviewé :

- donne son consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
- donne son consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
- est d'accord pour participer à cette étude.

Signature (participant)\_\_\_\_\_

Signature (investigateur)\_\_\_\_\_

Date\_\_\_\_\_

TEILLANT Clémence

Nom\_\_\_\_\_

## Serment d'Hippocrate

---

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

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

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

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

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

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

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.*

## Résumé

---

Introduction : La santé sexuelle est une problématique actuelle de santé publique. Le dépistage des troubles sexuels, la prévention des IST, la contraception et l'éducation à la sexualité en sont des enjeux primordiaux. Pour autant, ce sujet est insuffisamment abordé en consultation de médecine générale malgré une attente de la part des patients. Nous avons proposé aux médecins d'aborder systématiquement la sexualité avec leurs patients à l'aide d'une question brève. L'objectif principal était d'évaluer le ressenti des médecins généralistes concernant cet abord systématique.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une analyse qualitative centrée sur les médecins à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès d'un échantillon de médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Le travail consistait à demander aux médecins d'aborder la sexualité avec leurs patients à l'aide de la question introductive du *New Sexual Satisfaction Scale* de Stulhofer et al. : « En réfléchissant à votre vie sexuelle sur les six derniers mois, comment évaluez-vous votre satisfaction ? » Nous avons ensuite réalisé une analyse thématique avec thématization en continu. L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo.

Résultats : Les médecins ont été recrutés par échantillonnage en chaîne. 11 entretiens ont été réalisés. La saturation théorique a été atteinte au bout de dix entretiens. Les thèmes principaux qui sont ressortis ont été regroupés sous différentes rubriques : habitudes d'abord de la sexualité par les médecins, freins et représentations quant à l'abord de la sexualité, ressenti des médecins concernant la consultation, bénéfices d'aborder la sexualité avec les patients, conditions nécessaires pour permettre un meilleur abord et enfin perspectives d'amélioration.

Conclusion : La facilité d'abord de la sexualité par les médecins généralistes à l'aide d'une question ouverte et courte permet de mieux connaître leurs patients, de dépister et de prendre en charge d'éventuelles dysfonctions et d'améliorer la relation médecin-patient. Pour ce faire, un questionnement au bon moment dans un contexte favorable permettrait une meilleure prise en charge des patients sur ce sujet encore tabou qu'est la sexualité.

## Abstract

---

Introduction: Sexual health is a current public health issue. Screening for sexual disorders, STI prevention, contraception, and sexual education are key issues. However, it is insufficiently addressed in general medicine despite expectations from patients. We suggested that physicians systematically discuss sexuality with their patients using a short question. The main objective was to assess how general practitioners (GPs) felt about this systematic approach.

Methods: We carried out a qualitative analysis centered on physicians using semi-structured interviews on general practitioners in the Alpes-Maritimes. The study consisted in asking doctors to discuss sexuality with their patients using the first question of the New Sexual Satisfaction Scale by Stulhofer et al : *Thinking about your sex life during the last six months, please rate your satisfaction with the following aspects*. Next, we carried out a thematic analysis with continuous theming. Analysis was performed using the NVivo software.

Results: Physicians were recruited by chain sampling. 11 interviews were carried out. Theoretical saturation was reached after ten interviews. The main themes that emerged were gathered in different categories: physicians' habits of discussing sexuality, obstacles and representations regarding the approach to sexuality, GPs' feelings about the consultation, benefits of approaching sexuality with patients, conditions necessary for a better approach, and lastly prospects for improvement.

Conclusions: The ease with which GPs' approach sexuality with the help of a short, open-ended question allows them to get to know their patients better, to identify and manage any dysfunctions, and to improve the physician-patient relationship. To do so, questioning at the right time in a favorable context would allow better care for patients in this still taboo topic that is sexuality.