



HAL
open science

État des lieux des connaissances, besoin et attentes d'une formation en santé sexuelle des internes en médecine générale de la faculté Montpellier-Nîmes

Yassin Belhaj

► To cite this version:

Yassin Belhaj. État des lieux des connaissances, besoin et attentes d'une formation en santé sexuelle des internes en médecine générale de la faculté Montpellier-Nîmes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03116456

HAL Id: dumas-03116456

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116456>

Submitted on 20 Jan 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
par
BELHAJ Yassin

Le 10/11/2020

**ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES, BESOIN ET
ATTENTES D'UNE FORMATION EN SANTE SEXUELLE DES
INTERNES EN MEDECINE GENERALE DE LA FACULTE
MONTPELLIER-NÎMES**

Directrice de thèse : Dr GAU Marielle

JURY

Président : Pr LAMBERT Philippe

Assesseurs : Pr DROUPY Stéphane
Dr COSTA David
Dr GAU Marielle

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
par
BELHAJ Yassin

Le 10/11/2020

**ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES, BESOIN ET
ATTENTES D'UNE FORMATION EN SANTE SEXUELLE DES
INTERNES EN MEDECINE GENERALE DE LA FACULTE
MONTPELLIER-NÎMES**

Directrice de thèse : Dr GAU Marielle

JURY

Président : Pr LAMBERT Philippe

Assesseurs : Pr DROUPY Stéphane
Dr COSTA David
Dr GAU Marielle

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020
PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER
Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
COSTA Pierre
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUJOLS Pierre
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean

HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOURDAN Jacques
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LE QUELLEC Alain
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORiot Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques

PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUJOL Henri
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre

SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Héléne
SANY Jacques

SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SOLASSOL Claude

THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philipp
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DAVY Jean-Marc
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GROLLEAU RAOUX Robe
GUERRIER Bernard
GUILLOT Bernard
LANDAIS Paul
MARES Pierre
MAUDELONDE Thierry
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MONNIER Louis
MOURAD Georges
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
RIBSTEIN Jean
SCHVED Jean-François
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
UZIEL Alain
VOISIN Michel
ZANCA Michel

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE	Jean Emmanuel Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie

DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire

MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle vasculaire)	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie

DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie

NAVARRO Francis Chirurgie viscérale et digestive

NOCCA David Chirurgie viscérale et digestive

PETIT Pierre Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ;
addictologie

PERNEY Pascal Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement,
médecine générale, addictologie

PRUDHOMME Michel Anatomie

PUJOL Jean Louis Pneumologie ; addictologie

PURPER-OUAKIL Diane Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle Génétique

TRAN Tu-Anh Pédiatrie

VERNHET Hélène Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic vasculaire)	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc addictologie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ;
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe addictologie	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement;
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC DONNETTE Moglie Néphrologie

LETOUZEY Vincent Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas Neurochirurgie

LOPEZ CASTROMAN Jorge Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric Rhumatologie

MAURY Philippe Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olivier Néphrologie

MURA Thibault Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NAGOT Nicolas Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

PANARO Fabrizio Chirurgie viscérale et digestive

PARIS Françoise Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc Cardiologie

PELLESTOR Franck Histologie, embryologie et cytogénétique

PEREZ MARTIN Antonia Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

POUDEROUX Philippe Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François Pédiatrie

ROGER Pascal Anatomie et cytologie pathologiques

ROSSI Jean François Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François Cardiologie

SEBBANE Mustapha Médecine d'urgence

SIRVENT Nicolas Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane Nutrition

THOUVENOT Éric Neurologie

THURET Rodolphe Urologie

VENAIL Frédéric Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max Ophtalmologie

VINCENT Denis Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement,
médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2ème classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÈRE Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

2ème classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
;	
	addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire



OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;
	gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2ème classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie

GOUZI Farès	Physiologie
-------------	-------------

HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie-pathologiques
------------	-------------------------------------

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN	Claire Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

Au Professeur LAMBERT Philippe, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. J'espère sincèrement que ce travail pourra aider à une réflexion sur la thématique de la santé sexuelle au sein du DUMG.

Au Professeur DROUPY Stéphane, merci pour votre présence. Vos cours dispensés lors du DIU de sexologie nous éclairent tous.

Au Dr COSTA David, merci d'avoir validé ma fiche de projet de thèse. Je sais que la question de la santé sexuelle vous intéresse à certains égards et je suis ravi que vous puissiez assister à la présentation de mon travail.

Au Dr GAU Marielle, merci d'avoir dirigé mon travail, consacré du temps à me lire et me corriger, j'espère que nous serons amenés à collaborer dans le futur.

Au service de Recherche Clinique et Epidémiologie pour avoir pris le temps de corriger le questionnaire avant diffusion.

A l'ensemble des maîtres de stages que j'ai rencontrés et qui m'ont permis d'avancer d'une façon ou d'une autre.

Aux internes qui ont participé à cette étude : je vous remercie d'avoir exprimé vos souhaits et j'espère que ce travail participera à faire évoluer l'enseignement en santé sexuelle dans notre faculté et que vous pourrez bientôt en bénéficier.

A S.Grau.

Enfin, je dédicace ce travail à ma petite et grande famille, ma compagne Sarah et notre beau bébé Adam.

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION.....	5
1. CONCEPT DE SANTE SEXUELLE ET PRATIQUE MEDICALE.....	5
1.1 La santé sexuelle – enjeux nationaux et internationaux	5
1.2 Santé sexuelle et médecine générale	6
2. SANTE SEXUELLE, MEDECINS ET PATIENTS.....	8
2.1 La demande des patients.....	8
2.2 Des difficultés à en parler	10
2.3 Des populations particulières.....	11
3. LES MEDECINS GENERALISTES : INTERLOCUTEURS ABSENTS.....	12
3.1 Un rôle reconnu.....	12
3.2 Le médecin généraliste : un professionnel de choix.....	12
3.3 Des difficultés d'expression aussi pour le médecin.....	13
3.4 Patients et médecin généraliste autour de la sexualité : le rendez-vous manqué.....	19
4. LA FORMATION EN SANTE SEXUELLE DES IMG DE FRANCE.....	19
4.1 Les objectifs.....	19
4.2 Une formation en santé sexuelle longtemps inexistante.....	20
4.3 Une ébauche de formation.....	21
II - MATERIEL ET METHODES.....	25
1. QUESTIONNEMENT.....	25
2. TYPE D'ETUDE ET ECHANTILLON.....	25
3. LE QUESTIONNAIRE.....	25
4. ANALYSE DES DONNEES.....	27
5. BIBLIOGRAPHIE.....	27
III – RESULTATS.....	28
1. TAUX DE REPONSE ET CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	28
2. CONNAISSANCES EN MEDECINE SEXUELLE.....	30
3. SANTE SEXUELLE EN PRATIQUE : LA CONSULTATION.....	34
3.1 La confrontation.....	34
3.2 La prise en charge.....	36

4. L'ENSEIGNEMENT EN SANTE SEXUELLE LORS DE LA FORMATION INITIALE.....	37
4.1 Etat des lieux.....	37
4.2 Besoin d'un enseignement en santé sexuelle : à quel terme ?.....	38
4.3 Motivation pour un enseignement en santé sexuelle.....	39
4.4 Caractéristiques de l'enseignement.....	40
4.4.1 Obligatoire ou optionnel ?.....	40
4.4.2 Volume horaire.....	41
4.4.3 Thématique.....	42
4.4.4 Forme d'enseignement.....	43
4.4.5 Obstacles.....	44
IV – DISCUSSION	46
1. UN ENSEIGNEMENT EN SANTE SEXUELLE POUR LES IMG DE MONTPELLIER-NÎMES : POURQUOI ?	46
1.1 Connaissances en médecine sexuelle : des bases intéressantes mais des erreurs préjudiciables évi- tables.....	46
1.1.1 Sexualité et grossesse : des réflexes rassurants.....	46
1.1.2 Sexualité et dysfonction érectile, le principe de précaution : quel bénéfice pour le patient coro- narien ?.....	48
1.1.3 Sexualité et éjaculation prématurée : une composante psychologique bien identifiée et une piste pharmacologique suspectée.....	50
1.1.4 Vaginisme ; une origine psychologique connue mais une méconnaissance de la stratégie diagnostique.....	51
1.2 L'intérêt marqué des internes.....	52
1.3 Une confrontation bien réelle génératrice de malaise.....	52
1.3.1 L'enseignement source potentielle d'aisance.....	53
1.3.2 Un abord de la sexualité aisé qui masque un besoin de formation en communication ?.....	53
1.4 La carence d'enseignement en santé sexuelle lors de l'internat.....	54
2. LES CARACTERISTIQUES DE L'ENSEIGNEMENT : COURT, INNOVANT ET ORIGINAL....	55
2.1 Obligatoire ou optionnel : l'indécision.....	55
2.2 Le consensus du volume horaire restreint.....	56
2.3 Thématiques d'enseignement : priorité aux thématiques contemporaines au détriment des plus âgés.....	56
2.3.1 Le plébiscite des connaissances générales	56
2.3.2 Le désir d'agir dans les violences sexuelles	56
2.3.3 Les troubles de l'identité du genre : le souhaite de (re)nouer le lien avec cette population mino- ritaire ?.....	58
2.3.4 VIH et contraception : l'assurance qui masque le défaut de dépistage.....	59
2.3.5 Sexualité et vieillissement : la perpétuation du désintérêt.....	59

3. LES MODALITES DE L'ENSEIGNEMENT.....	60
3.1 Une formation jugée urgente.....	60
3.2 Nature de l'enseignement : le contre-pied de la tendance nationale.....	61
3.2.1 La priorité donnée aux cas cliniques.....	61
3.2.2 Le rejet des GEPT et la piste des terrains de stage spécialisés.....	61
3.2.3 Une piste d'avenir à explorer : le e-learning.....	62
4. LES LIMITES D'UN ENSEIGNEMENT EN SANTE SEXUELLE : LA CONFIRMATION DE LA MOTIVATION MALGRE DES FREINS CONNUS RECURRENTS.....	62
4.1 Le renouvellement de l'intérêt des internes mais un diplôme inter-universitaire qui attire moins.....	62
4.2 L'anticipation des problématiques de terrain : l'éternel problème du temps et de l'argent.....	63
5. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	63
5.1 Faiblesses.....	63
5.2 Forces.....	64
5.3 Perspectives	65
V – CONCLUSION.....	66
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXE	
Questionnaire	73
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	80

INDEX DES ACRONYMES

AIUS : Association Interdisciplinaire post-Universitaire de Sexologie

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DS: Dysfonction sexuelle

DSM-5 : Cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IMG : Internes de médecine générale

ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

IST : Infections sexuellement transmissibles

IPDE5 : Inhibiteur de la PhosphoDiestérase-5

MG : Médecins généralistes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SNSS : Stratégie Nationale de Santé Sexuelle

SS : Santé sexuelle

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

UFR : Unité de Formation et de Recherche

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WONCA : World Organization of National Colleges Academies

INTRODUCTION

1 - CONCEPT DE SANTE SEXUELLE ET PRATIQUE MEDICALE

1.1 La santé sexuelle – enjeux nationaux et internationaux

En quelques décennies, la vision de la sexualité dans le domaine de la santé a beaucoup évolué. D'une vision fonctionnelle, visant la reproduction, elle est devenue un concept de santé globale participant à l'épanouissement et faisant partie intégrante de la qualité de vie des individus.

Initialement définie en 1974 par un groupe international de sexologues, la santé sexuelle sera révisée en 2002, pour y ajouter la notion d'absence de violence et de contrainte.

Aujourd'hui, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la « santé sexuelle » comme suit :

« Un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Elle 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. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés ».

Cette définition, qui s'éloigne de la conception finaliste du rapport sexuel pour intégrer la sexualité dans la globalité de l'être humain avec ses dimensions psychologique et sociale, marque l'importance de ce concept à l'échelle internationale, renforcée par la création d'une chaire UNESCO en 2010, ayant pour but de promouvoir la santé sexuelle dans une « *approche positive [...] la lutte contre les inégalités de genre, les mutilations sexuelles, l'exploitation sexuelle, et la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes* » [1;2].

A l'échelle nationale française, la santé sexuelle est un véritable objectif de santé publique. En 2016, le HCSP publie un rapport rappelant la définition de l'OMS, énumère les différents plans pour lutter contre les conséquences négatives de la sexualité (IST, violences sexuelles...) ainsi que les différentes structures existantes susceptibles d'informer et prendre en charge dans ce domaine [3].

Ce rapport recommande l'établissement d'une stratégie nationale de santé sexuelle à travers plusieurs axes, dont l'amélioration de la coordination sur le territoire et le développement de l'information et de l'éducation tant chez les professionnels de santé qu'auprès de la population.

La stratégie nationale de santé sexuelle est définie pour la période 2017-2030 [4]. Elle se donne une ambition d'amélioration de l'information et de l'éducation sexuelle des étudiants du primaire et secondaire (100% des écoles contre 75% actuellement), mais également de la formation des métiers de la santé dans ce domaine.

On constate donc, qu'à l'aube du 21^e siècle, les autorités de santé sont sensibilisées au développement de la promotion de la santé sexuelle tant pour favoriser l'épanouissement sexuel que pour réduire la prévalence des pathologies qui y sont liées.

Parmi les acteurs concrets de ces stratégies, le médecin généraliste tient une place qu'il reste encore à définir.

1.2 Santé sexuelle et médecine générale

Dans le système de santé actuel, le médecin généraliste représente une porte d'entrée essentielle, permettant d'accéder aux soins médicaux et à une information dans le domaine de la santé.

La WONCA a défini en 2002 (révision en 2011) le rôle du médecin généraliste, dit médecin de famille comme suit ; « *il doit assurer les soins de santé primaire* », en prenant en compte *TOUS les problèmes de santé* ». Il a également un « *rôle spécifique de santé*

publique [...] de promotion de la santé et prévention des maladies [...] la responsabilité d'assurer le maintien et le développement de leurs compétences professionnelles » [5].

Même si la question de la santé sexuelle n'est pas spécifiquement mentionnée dans cette définition, on comprend que le médecin traitant est un acteur essentiel pour le dépistage, la délivrance des informations en matière de sexualité et la prise en charge des difficultés sexuelles simples, ou pour réorienter le patient vers son réseau de spécialistes si besoin. Selon cette définition, les médecins traitants devraient bénéficier d'une formation spécifique afin d'atteindre les objectifs de santé publique cités plus haut. Nous verrons plus loin que la situation actuelle n'est pas encore en adéquation avec cet objectif.

Conscients de l'émergence de la notion de santé sexuelle, même si le concept peut leur paraître flou, les MG reconnaissent leur intérêt, leur légitimité pour traiter de ces problèmes et leur rôle dans l'information et le dépistage des troubles sexuels notamment [6]. Dans une étude de 2001 publiée dans la revue « Family Practice », sur 133 MG répondants, 112 (soit plus de 84%) considèrent que la sexualité est un sujet majeur ou modérément majeur [7].

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a reconnu depuis 1997 la sexologie comme faisant partie du domaine médical, permettant ainsi à des médecins d'effectuer des formations additionnelles en sexologie, dans le but d'enrichir leur pratique et leurs connaissances voire à visée de spécialisation [8].

Le diplôme actuel, initialement créé par l'AIUS, est un diplôme inter-universitaire de 3 années. Parmi ses diplômés, les docteurs en médecine ont longtemps représenté la population majoritaire. En 1999 ils représentaient 62,7% des sexologues en activité selon Giami.A, proportion qui se confirme lors de l'enquête de 2009 [9;10], ce qui constitue une exception à l'échelle européenne étant donné que dans les autres pays les psychologues et professions associées constituaient la majorité des sexologues et sexothérapeutes [9]. On peut lire dans ce constat l'attrait particulier des médecins pour cette thématique, aboutissant comme le dit Giami.A à « la médicalisation du sexe et du bien-être » [11].

L'illustration de l'implication de certains MG figure dans leur proportion parmi ces docteurs en médecine puisque 35% de ces derniers sont, selon les derniers chiffres, des MG [9;10].

On peut noter toutefois que la sexologie française connaît actuellement une nouvelle révolution après la féminisation constatée en 2009 [10], puisque les premiers chiffres de la dernière enquête de 2019 mettent en évidence une inversion du rapport médecins/non médecins en terme de nombre [12]. Il sera intéressant d'observer l'évolution de la proportion des MG parmi cette nouvelle population.

Ces MG constituent toutefois une exception par rapport à la grande majorité de leurs consoeurs et confrères, pour lesquels l'abord de la sexualité reste rare et difficile, comme nous le verrons ci-après.

2 - SANTE SEXUELLE, MEDECINS ET PATIENTS

2.1 La demande des patients

Les années 70 et la diffusion de la pilule contraceptive, entre autres choses, ont permis de faire évoluer les mœurs dans la population, faisant passer les rapports sexuels de l'objectif de reproduction, à la possibilité de jouissance sans risque de grossesse non désirée. C'était la période de libération sexuelle.

Aujourd'hui, l'épanouissement sexuel représente une donnée essentielle de la qualité de vie de la population. Dans l'enquête « Contexte de la Sexualité en France » de N.Bajos et M.Bozon parue en 2008, 84.4% des 12 000 personnes interrogées déclaraient que la sexualité était « indispensable au bien-être » [13].

Les dysfonctions sexuelles, qui entravent par définition l'accès à l'épanouissement sur le plan sexuel, ont une prévalence non négligeable dans la population, contrairement à ce qui est véhiculé dans l'imaginaire collectif [13;14;15;16]. En effet, selon la même enquête,

11,7% des femmes et 9% des hommes ont présenté une DS dans l'année précédant l'enquête [13].

Concernant la dysfonction érectile, probablement la DS la plus étudiée jusqu'à ce jour étant donné la commercialisation des IPDE5 depuis 1998, les chiffres internationaux varient mais on peut citer la prévalence de 1 à 9% chez les moins de 50 ans et de plus de 20% chez les plus de 50 ans, retrouvée dans l'étude de Giuliano et Droupy [14]. De la même manière, une enquête française en 2001, ayant interrogé 1004 hommes de plus de 40 ans, retrouvait plus d'un tiers d'insuffisance érectile (selon le score IIEF-5) [15].

Dans leur étude de 1992 portant sur une population de 3159 américains, Laumann et al. font le lien entre les DS et le score global de qualité de vie [17]. En effet, les dysfonctions sexuelles sont significativement associées à des scores inférieurs de bonheur, de stabilité physique et émotionnelle, exception faite de l'éjaculation prématurée qui ne semble pas affecter ces paramètres [14].

Ce constat montre l'importance de la prise en compte de la sexualité dans la globalité du patient et de sa santé conformément à la définition de l'OMS.

Face à ces problématiques taboues dans la société, les patients souhaitent dans leur grande majorité recevoir des informations de la part des médecins et trouver dans ces derniers des interlocuteurs à l'écoute.

Selon une étude Suisse de 2005-2006, 90,9% des 1452 patients interrogés avouaient vouloir recevoir des renseignements ou des informations de prévention en matière de sexualité de la part du médecin [18].

Malgré l'importance de la satisfaction sexuelle et la possibilité d'altération majeure de leur qualité de vie, les patients peinent souvent à verbaliser leur trouble dans un cabinet médical.

2.2 Des difficultés à en parler

Il existe un paradoxe entre la libération apparente de la parole dans la société concernant la sexualité, et un silence toujours aussi présent dans les cabinets de médecine générale, garantissant pourtant l'intimité et la confidentialité grâce au secret médical.

En effet, face à une DS les patients consultent très peu. Toujours dans l'enquête CSF de 2006, moins de 5% des patients consultent pour une DS isolée [13].

Selon la même étude, ce qui semble décider les patients à consulter n'est pas tant l'intensité des DS que l'accumulation de ces dernières (18 % chez les hommes et 21% chez ceux présentant au-delà de 3 difficultés) et ce d'autant plus qu'elles surviennent fréquemment.

Ce manque de sollicitation du médecin entre en contradiction avec la volonté des patients de parler de leur sexualité. Comme nous pouvons le voir dans l'enquête de Meystre.A, la très grande proportion des patients qui veulent recevoir des informations concernant la sexualité, souhaitent que ce soit le médecin qui aborde cette question [18].

Les raisons semblant expliquer les difficultés d'expression des patients sont nombreuses :

- à commencer par l'âge et le sexe du médecin qui peuvent constituer un obstacle majeur [19]. Ensuite, les DS sont souvent minimisées par les patients, n'ayant un retentissement sur la qualité de vie que tardivement [20]
- la crainte d'être jugé est souvent une cause de mutisme dans ce domaine où circulent nombre de fausses croyances [21]
- enfin, la dénégation de la pathologie de la part de certains MG, partagée par d'autres spécialistes médicaux, est probablement exacerbée en matière de sexualité. [22;6].

Cette « omerta » qui isole les patients dans leur problématique et fait s'enkyster la DS, semble encore plus concerner certaines populations que les clichés et les préjugés éloignent des cabinets médicaux.

2.3 Des populations particulières

Les groupes minoritaires posent encore plus de difficultés de prise en charge pour des médecins qui ignorent habituellement tout de leur sexualité.

C'est le cas des patients « *trans* » de l'enquête de 2011 menée par l'association Chrysalide. Parmi les 187 répondants, d'identité, de sexe et d'orientation sexuelle divers, 65% déclaraient avoir déjà refusé des soins à cause des préjugés du personnel soignant sur les personnes « *trans* », au point que certains refusaient même de consulter du fait de cette même appréhension [23].

Le groupe des séniors, représentant une population croissante puisque en 2019 9.5% de la population française est composée de personnes de 75 ans ou plus [24], est très vulnérable aux DS d'autant qu'ils conservent bien souvent une sexualité. Leur problématique sexuelle n'est que très rarement explorée en raison de différentes appréhensions telles que :

- la vision erronée de la sexualité des personnes âgées par le médecin
- l'attribution des troubles sexuels considérés comme physiologiques à l'avancée en âge
- ou encore la minimisation du problème par le médecin en comparaison à d'autres pathologies chroniques [22; 25].

Les *adolescents* représentent également une frange de la population difficile à sensibiliser sur la sexualité pour les MG. A l'aube de la découverte de la sexualité, et donc potentiellement l'époque la plus propice à l'information et la déconstruction des fausses-croyances dans le domaine, les adolescents font figure d'exception dans les études, puisque le MG ne représente pas leur interlocuteur privilégié. En effet les proches, les amis ainsi qu'internet occupent ces places de choix [26;27;28].

Le MG conserve tout de même le statut de personne « fiable » pour cette population, contrairement aux autres sources.

On constate donc que les DS ont une prévalence importante dans la population, mais que les patients consultent peu leur MG pour ce motif. Les freins semblent trop prédominants

pour inciter les patients à consulter alors qu'ils souhaiteraient obtenir des solutions et que cela altère leur qualité de vie.

Il apparaît donc nécessaire que ce soit le MG qui fasse le premier pas.

3. LES MEDECINS GENERALISTES : INTERLOCUTEURS ABSENTS

3.1 Un rôle reconnu

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'information, la prévention et le dépistage en matière de sexualité font partie intégrante des missions du quotidien du MG selon la WONCA.

En France, ces derniers adhèrent à ce postulat et assument ce rôle dans une grande proportion.

En effet, selon le baromètre santé médecins généralistes de 2009, 79,7% des 2083 MG interrogés par questionnaire reconnaissent que la prévention en matière de vie affective et sexuelle fait partie de leur action [6]. Ils ont conscience que la sexualité est un champ important de la vie des patients, contribuant à leur bonne santé.

En 2018, Baurain.M interroge 337 MG, parmi lesquels 98,8% reconnaissent que la sexualité fait partie de l'état de santé global [29].

Les MG se disent même plutôt à l'aise pour discuter de ce sujet avec les patients puisque, dans le même travail, 74,6% se disaient à l'aise ou très à l'aise avec le sujet en consultation.

3.2 Le médecin généraliste : un professionnel de choix

Par sa proximité relationnelle et l'établissement d'un lien médecin-patient de confiance, qui font passer le professionnel de santé au statut de médecin de famille, le MG représente souvent un interlocuteur privilégié pour les patients.

Parmi les 275 patients d'un cabinet interrogés par Dusz.L pour son travail de thèse, 80,7% pensent que parler de sexualité relève de leur MG et 52,7% le plébiscitent devant le gynécologue [20].

La légitimité du MG pour parler sexualité n'est plus à démontrer pour les patients. Sur 500 patients d'un cabinet de médecine générale, 85% pensent que ce cabinet est adapté pour parler des problématiques sexuelles [30;31].

Dans l'étude de 2005-2006 de Meystre.A, 95% des patients interrogés dans une clinique à Lausanne trouvaient tout à fait normal que le médecin leur pose des questions sur leur sexualité. Dans cette même étude, 90,9% souhaitaient que leur MG en fasse autant [18].

Concernant la dysfonction érectile, au sujet de laquelle l'urologue apparaît comme l'interlocuteur légitime, les patients préfèrent consulter leur médecin traitant à 58% en premier recours contre 14% qui iraient voir un spécialiste d'emblée [16].

C'est également le constat fait dans l'enquête CSF de 2006 où les patients déclarent préférentiellement consulter leur MG qui « *saura les adresser à un spécialiste si besoin* » [13].

Des études qualitatives permettent de comprendre cette primauté accordée par les patients au MG traitant. Dans son travail de thèse de 2015, S. Bartoli donne la parole à des patients hommes concernant l'abord de la sexualité. Ces derniers percevaient une communication plus facile, due à la relation de confiance et de proximité, pouvant passer par l'humour et une moindre crainte du jugement négatif [32].

3.3 Des difficultés d'expression aussi pour le médecin

Malgré la reconnaissance de leur rôle en santé sexuelle ainsi que la demande et l'attente des patients, sachant la difficulté de ces derniers à aborder le sujet, les MG sont les premiers à avouer des difficultés à en faire de même.

Dans le baromètre santé médecins généralistes de 2009, 58,7% des MG interrogés trouvaient « facile » (14,8% tout à fait facile et 43,9% plutôt facile) le fait d'aborder le thème de la sexualité avec leurs patients.

Il faut noter que c'est la plus grande difficulté reconnue par les MG à cette question, parmi les 9 thématiques proposées, derrière la « consommation d'alcool » et « l'usage de drogues » [6].

Cette absence d'abord de la santé sexuelle fait l'unanimité dans la littérature française, mais également dans la littérature internationale. Le constat est systématiquement le même : les médecins ne posent pas ou rarement des questions sur la santé sexuelle des patients.

Dans son enquête combinée de 2004, auprès de 200 patients et 122 MG, Sonzini.L retrouve que parmi les patients présentant une DS, 34,5% en avaient parlé avec leur médecin, mais que plus de 9 fois sur 10 (94%) c'est le patient qui avait abordé le sujet lui-même [33].

Ceci transparait également dans le dossier médical, puisque dans l'étude de Read.S s'intéressant à 170 patients consultant en cabinet de médecine générale, parmi lesquels 35% des femmes et 42% des hommes présentaient une DS déclarée, une trace dans le dossier n'était retrouvée que dans 2 % des cas [34].

Bien avant cela, en 1986, une étude menée en Californie auprès de 1000 internistes et MG, retrouvait seulement 10% de professionnels qui interrogeaient les nouveaux patients sur leur sexualité pour identifier les facteurs de risque de séroconversion VIH [35].

Ces difficultés sont donc ancrées et le développement de la médecine sexuelle au fil des années semble ne pas les avoir fait disparaître [36].

Ce constat est encore plus évident concernant des informations que l'on ne peut recueillir sans questionner les patients. C'est le cas notamment de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle, très rarement recueillies, probablement car nécessitant une attitude proactive du médecin, contrastant avec le constat actuel de l'insuffisance d'abord de la santé sexuelle. Les entretiens réalisés par Tarragon.J lors de son travail de thèse, portant sur le recueil de l'orientation sexuelle et l'identité de genre des patients en cabinet de médecine

générale, le soulignent en une phrase : « *Je n'ai jamais posé une seule fois la question de l'identité sexuelle de quelqu'un !* » déclarait un MG interrogé [27].

Face à ces difficultés les MG adoptent des attitudes variées pour répondre, ou non, aux interrogations des patients.

Du fait du manque de formation initiale dans ce domaine et de reconnaissance officielle institutionnelle en tant que spécialité médicale, les médecins ont dû développer ce que A.Giami qualifie de « *spécialisation informelle* » dans son livre « *Singuliers généralistes* » paru en 2010 [37].

Selon lui, face à une problématique de sexualité, les MG interrogés adoptaient l'une des quatre postures suivantes :

- *l'évitement*, position extrême pratiquée par quelques MG, en raison de freins communs à d'autres problématiques de santé, et que nous détaillerons plus loin.
La spécificité dans les troubles sexuels correspond à l'aspect psychologique prédominant, qui fait dire à certains MG que la santé sexuelle ne devrait pas être abordée en médecine générale. Ceci présage de leur difficulté à favoriser l'expression des patients, quand bien même les autres freins venaient à être levés. Cette attitude déclarée est à rapprocher des 19,2% des 2083 MG sondés dans le baromètre santé 2009, qui estiment que la prévention en matière de vie affective et sexuelle ne fait « pas du tout »/ « plutôt pas » partie de leur rôle [6].
- *l'appropriation médicale*, qui consiste à médicaliser la sexualité et la résumer à une vision organiciste, permettant de rassurer le médecin mais ayant comme inconvénient de définir la sexualité à travers des risques et des pathologies, sans laisser place à la parole du patient concernant la satisfaction et l'épanouissement.

- *l'évitement relatif*, où le MG poursuit la prise en charge du patient mais sans avoir à l'interroger sur sa sexualité, par le biais d'un adressage systématique à un confrère spécialiste, ou lors d'un renouvellement sollicité par le patient.
- *la vision holistique*, la plus rare mais celle qui se rapproche le plus de la vision de la WONCA et des recommandations de l'OMS et du HCSP. Elle se différencie des autres par la prise en compte des dimensions relationnelles et psychologiques qui peuvent interférer avec la sexualité des patients. Elle est peu retrouvée dans les enquêtes qualitatives, souvent chez des MG présentant un intérêt particulier pour la sexologie, ayant effectué des formations complémentaires dans ce domaine.

Pour expliquer ces difficultés et cette insuffisance de prise en charge et de dépistage des dysfonctions sexuelles, de nombreux travaux ont cherché à définir les freins que rencontrent les MG [6; 22; 31; 37; 38; 39; 40; 41; 42] :

- *Le manque de temps*, justification récurrente pour expliquer l'insuffisance d'exploration d'autres troubles que ceux liés à la sexualité, pouvant également trahir l'absence de priorité de ces troubles sexuels pour les MG.
- *La peur de gêner ou choquer le patient*, qui limite le médecin souhaitant aborder la sexualité du patient, d'autant plus si le lien avec le motif de consultation n'est pas évident. Ceci entre en contradiction avec certains travaux, comme celui de Zeler.A en 2016 qui a interrogé les patients sur leur ressenti si le MG les interrogeait sur leur sexualité via la question « Comment va la sexualité ? » : 93% des patients accueilleraient la question favorablement [43]. Dans l'étude de Meystre.A, 85% des patients ne seraient pas gênés si on les questionnait sur leur sexualité. Parmi les patients qui seraient gênés, 76,2% trouveraient cela normal qu'on les interroge sur cette thématique [18].
- *Le manque de réseau professionnel*, d'autant plus évident pour certains MG qu'ils sont situés en zone rurale. Le baromètre santé médecins généralistes 2009 souligne

la corrélation entre le manque d'abord de la question sexuelle et le manque de relations professionnelles [6].

- *L'absence de rémunération* spécifique, mise en parallèle avec le caractère chronophage des consultations. Des mesures telles que la cotation spécifique « Première contraception » constituerait pour certains une motivation [6].
- *Le manque de formation*, est très fréquemment cité par ces professionnels de santé comme une véritable barrière pour parler d'un thème aussi sensible, ou encore pour définir la pathologie, distinguer l'organique du psychogène ou orienter la suite de la prise en charge.

Il est à noter que la religion, connue pour constituer une entrave majeure à la libération de la parole sur la sexualité, revient très rarement comme frein cité par les MG [31].

Partant de cette constatation, plusieurs modèles ayant pour but de contourner certains de ces freins et de faciliter la communication autour de la sexualité ont été développés [44].

- Parmi les premiers, on peut citer le modèle PLISSIT, non spécifique mais applicable au thème de la sexualité, développé en 1974-75 [45]. Il introduit le sujet par une phrase qui donne la « permission » au professionnel de santé de poursuivre la discussion.
- Par la suite fut créé le modèle BETTER [46].
- En mai 2015, l'OMS publie la Communication Brève sur la Sexualité à destination des professionnels de santé, pour apporter des compétences en « counselling » [47]. A. Giami propose une approche en cinq points qu'il nomme les 5A [54].

- En 2004 Jones.R, en se basant sur des consultations empiriques, propose un modèle de consultation comportant une succession de questions permettant d'aborder la sexualité des patients en détail, de façon à améliorer le dépistage des IST [48].

S. Bartoli vérifie cela dans son travail de 2015, en interrogeant des hommes pour cartographier l'attitude idéale des MG ; une attitude proactive, bienveillante associée à une communication pouvant passer par des supports serait la clef [32].

Malgré le développement de ces outils de communication, la sexualité des patients demeure insuffisamment traitée dans les cabinets de MG, probablement par insuffisance de connaissances et de savoir-faire.

Selon le baromètre santé MG 2009, seuls 1,1% des MG interrogés utilisent un questionnaire sur la thématique « Vie affective et sexuelle » [6].

Preuve que la sexualité n'est pas un sujet comme les autres, dans le travail de Borel.A et Mertz.E, un groupe d'experts écarte la possibilité d'aborder systématiquement la question de la sexualité dès la première consultation [55].

Concernant la proposition d'effectuer une consultation dédiée à la sexualité à l'adolescence, dans le travail de Baurain.M, 27% des 337 MG interrogés se disent défavorables [29].

Certains comportements de médecins, plus inquiétants, semblent ne pas correspondre à l'attitude recommandée par la WONCA et encore moins à l'empathie et la bienveillance nécessaires pour traiter de sexualité avec les patients. Les stéréotypes y jouent un rôle important, comme ces propos d'un MG recueillis par J. Tarragon lors de son travail de thèse en 2018 :« Avec son look je me suis douté un peu... soit ça se voit soit ça ne se voit pas », à propos d'un patient homosexuel [27].

3.4 Patients et MG autour de la sexualité : le rendez-vous manqué

On se retrouve donc en présence de deux protagonistes dont les trajectoires apparaissent parallèles. D'un côté des patients qui présentent des DS fréquentes, en désir d'information et de prise en charge mais qui n'osent pas interpeller leur MG sur cette thématique. De l'autre, des professionnels de santé qui se disent à l'aise avec le sujet, dans l'attente que la plainte leur parvienne, mais qui estiment être insuffisamment formés et peu compétents dans le domaine.

A.Giami décrit un cercle vicieux [37].

MeystreA parle de « rendez-vous manqué », pour symboliser ce statu quo où chacun des deux acteurs attend que l'autre fasse le premier pas, à propos d'un sujet sociétal restant tabou, conduisant inéluctablement à une pérennisation du problème [18].

Pour inverser cette tendance, une piste intéressante et fréquemment citée est l'adaptation de la formation des médecins de demain.

4. LA FORMATION EN SANTE SEXUELLE DES IMG DE FRANCE

4.1 Les objectifs

La formation actuelle des futurs MG commence par les items des Epreuves Classantes Nationales permettant de valider le deuxième cycle. Dans cette formation théorique, seuls les items suivants ont trait directement à la sexualité : n°10 - Violences sexuelles (né de la réforme de 2016) ; n°122 – Trouble de l'érection ; n°40 – Sexualité normale et ses troubles.

Dans la Stratégie Nationale de Santé sexuelle 2017-2030, le HCSP définit les objectifs de l'enseignement à dispenser aux professionnels de santé, particulièrement ceux de premier recours :

- « Intégrer la thématique de la santé sexuelle dans le cadre de la réforme du TCEM des études de professionnels de santé »

- « Elaborer des maquettes de formation en santé sexuelle pour la formation initiale des médecins [...] » [4].

En accord avec cette stratégie, l'arrêté du 21 avril 2017 [75], qui fixe les connaissances, compétences et maquettes de formation des DES lors du TCEM, modifie les thématiques de formation, par rapport à celui du 22 septembre 2004 [49]. Les « Situations autour de la sexualité et de la génitalité » apparaissent dans la liste des familles de situation rencontrées en stage.

4.2 Une formation en santé sexuelle longtemps inexistante

En France, jusqu'en 2017, l'offre d'enseignement en santé sexuelle pour les IMG était rare. En effet, elle se limitait à des initiatives locales, de quelques enseignants motivés, ayant un attrait particulier pour la sexologie, en sus des DIU qui pouvaient être proposés.

La demande de la part des internes était pourtant présente. Dans son travail de mémoire de 2016, questionnant 368 internes de toute la France, Cousseau.L retrouvait des internes confrontés aux plaintes sexuelles, insatisfaits de leur prise en charge, ayant des difficultés à aborder le sujet mais également pour informer et traiter les problématiques sexuelles. Se sentant insuffisamment formés, ils étaient désireux d'une formation complémentaire pour une grande partie d'entre eux [51].

Ce résultat venait confirmer celui de l'étude de 2008 ciblant les IMG de la faculté de Saint-Etienne, en troisième année du TCEM [50].

La formation médicale nord-américaine fait figure d'exemple dans le domaine puisque en 1999, plus de deux tiers des 101 universités de médecine du territoire Américano-canadien (sur 141 répertoriées) dispensaient un cours relatif à la sexualité, dont 29,6% y consacraient 6 à 10h [52].

Contrairement à la plainte récurrente des MG interrogés dans les études françaises qui déplorent une formation initiale quasi inexistante dans le domaine de la santé sexuelle, des

médecins outre-manche ne paraissent pas aussi mal lotis puisque plus d'un tiers des interrogés rapportent avoir eu des cours lors de l'internat [7].

Le modèle de la formation précoce des MG semble pourtant fonctionner.

En 2010-2012, en s'appuyant sur le modèle britannique de « l'éducation par les pairs », une étude originale est menée par Bretelle.F et al.. Des externes en médecine ont animé des séances d'information et de prévention en santé sexuelle à destination des étudiants de 10 collèges marseillais. Au terme de cet enseignement, tant les étudiants en médecine que les collégiens ont amélioré leurs connaissances en santé sexuelle, alors qu'ils avaient initialement le même niveau. Les fausses croyances ont pu être corrigées et l'aisance des étudiants en médecine améliorée dans le domaine de la santé sexuelle [53].

Depuis 2018, 47 000 étudiants en santé participent au service sanitaire élaboré par l'arrêté du 12 juin 2018 [56]. Les étudiants du deuxième cycle de médecine se voient dispenser, pendant 6 semaines, un enseignement théorique et pratique autour de différentes thématiques, dont « l'éducation à la sexualité intégrant la prévention des IST et la contraception ». Ils interviennent ensuite dans différents établissements (établissements scolaires, sociaux, médico-sociaux, associations...) pour délivrer cet enseignement et ainsi participer à la politique nationale de prévention primaire [57].

4.3 Une ébauche de formation

Depuis 2017, en complément de la « spécialisation informelle » des IMG en santé sexuelle qui consistait en la confrontation sur le terrain de stage aux problématiques de santé sexuelle, notamment en gynécologie/pôle mère-enfant ainsi qu'au planning familial, des universités de médecine ont introduit un enseignement spécifique en santé sexuelle lors du TCEM.

Le tableau 1 répertorie l'ensemble des enseignements en santé sexuelle dispensés dans 15 des 29 UFR médicales françaises.

Tableau 1 : Répertoire et caractéristiques des enseignements en santé sexuelle dispensés dans les UFR de médecine françaises en 2019/2020

UFR de Médecine	Obligatoire / Optionnel	Durée	Intitulé	Année TCEM
Amiens	Obligatoire	1 journée	« Sexologie »	T2
Angers	Optionnel	1 journée	« Aborder les questions liées à la sexualité en consultation de médecine générale »	T1/T2/T3
Besançon	Optionnel	1 journée	« Prendre en charge un trouble sexuel »	T2/T3
Bordeaux	Obligatoire	1 journée	« Santé sexuelle »	T2
Brest	AUCUN ENSEIGNEMENT			
Caen	AUCUN ENSEIGNEMENT			
Clermont-Ferrand	AUCUN ENSEIGNEMENT			
Dijon	Obligatoire	½ journée	« Dysfonctions sexuelles » « Sexualité et vieillissement »	T3
Grenoble	AUCUN ENSEIGNEMENT			
Lille	Obligatoire	1 journée	GEAP/RSCA *	T1/T2/T3
Limoges	AUCUN ENSEIGNEMENT			
Lyon	Optionnel	½ journée	« Sexualité en MG »	T2
Aix-Marseille	Optionnel	½ journée	« Certificats médicaux et violences sexuelles et conjugales »	T2/T3
Nancy	AUCUN ENSEIGNEMENT			
Nantes	Optionnel	1 journée	« Violences conjugales »	T1/T2/T3
Nice	AUCUN ENSEIGNEMENT			
Paris-Descartes	Obligatoire	½ journée	« Situations autour de la sexualité » ; « Santé génitale de l'homme et de la femme » « Sexologie »	T2
Paris Sorbonne	Optionnel	½ journée	« Violences envers les femmes »	T2
	Obligatoire	1 journée	« Sexualité »	T1

Paris Diderot	AUCUN ENSEIGNEMENT			
Paris Sud KB	Obligatoire	1 journée	« Abord de la sexualité en MG » « Maltraitance faite aux femmes »	T2/T3
Paris Est Créteil	AUCUN ENSEIGNEMENT			
Poitiers	Optionnel	½ journée	« Violences sexuelles et conjugales »	T1T2T3
Reims	AUCUN ENSEIGNEMENT			
Rennes	AUCUN ENSEIGNEMENT			
Rouen	AUCUN ENSEIGNEMENT			
St Etienne	Obligatoire	½ journée	« Aborder l'intime »	T1
Strasbourg	AUCUN ENSEIGNEMENT			
Toulouse	Obligatoire	½ journée	DS	T3
Tours	Obligatoire – GEAP	1 journée	Sexualité et génitalité	T2

* Pas d'intitulé de cours. Discussion en Groupe d'Echange et d'Analyse des Pratiques (GEAP) autour d'un Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA).

Les caractéristiques de cet enseignement sont les suivantes :

- plutôt adressé aux étudiants de deuxième et troisième année du TCEM
- un peu plus souvent obligatoire qu'optionnel
- d'une durée variant entre 3h et une journée maximum
- portant sur l'abord de la sexualité en médecine générale et/ou les violences conjugales et sexuelles
- organisé fréquemment sous la forme de groupe d'échange où l'enseignement se fait à partir de récits de situations cliniques authentiques, rapportées par les internes.

Toutefois, treize universités reconnaissent ne pas dispenser de cours en santé sexuelle lors de la formation initiale.

Pour l'année 2019-2020, l'UFR de médecine de Montpellier-Nîmes ne propose pas d'enseignement spécifique relatif à cette thématique [58].

Compte tenu des objectifs fixés par le HCSP en 2017, de l'initiation de cet enseignement dans la majorité des universités médicales françaises ainsi que de l'intérêt manifesté par certains internes pour un tel enseignement, il est légitime de s'interroger sur l'état des lieux au regard de cette question, au sein de notre faculté.

METHODOLOGIE

1 - QUESTIONNEMENT

L'objectif de cette étude est d'évaluer la nécessité d'un enseignement en santé sexuelle pour les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes.

L'objectif secondaire est d'explorer les attentes des internes concernant cet éventuel enseignement.

2 – TYPE D'ETUDE ET ECHANTILLON

Cette étude épidémiologique transversale unicentrique porte sur un échantillon des internes en médecine générale inscrits à la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes pour l'année 2019/2020.

Il s'agissait du seul critère d'inclusion. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

3 – QUESTIONNAIRE

L'enquête a été réalisée grâce à un questionnaire GoogleForms®. Ce dernier a été rédigé à partir des données de la littérature et construit en respectant les impératifs de l'élaboration d'un questionnaire [59]. Il était constitué en 3 parties :

- *Etat des lieux des connaissances* : quatre questions portant sur des grandes thématiques de santé sexuelle, correspondant à des situations cliniques auxquelles les internes pourraient être confrontés.

- *Expérience clinique* : description de situations cliniques vécues et de l'aisance ressentie.
- *Enseignement* : exploration de la formation antérieure en santé sexuelle et du souhait de formation lors de l'internat, ainsi que des caractéristiques souhaitées.

Le questionnaire était fait de 25 questions dont 5 questions filtres. Toutes les questions étaient fermées. 11 questions étaient à choix multiples. La proposition « Autre » figurait 8 fois dans le questionnaire, favorisant ainsi l'expression de l'interne si une proposition avait été omise.

Le questionnaire a été soumis à l'Unité de Recherche Clinique et Epidémiologie du CHU de Montpellier, ce qui a conduit à quelques modifications.

Le questionnaire a été diffusé par mail via le secrétariat du Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes, permettant de cibler l'ensemble des internes inscrits.

Un message d'information introduisait le questionnaire, afin d'expliquer l'objectif de l'étude et de renseigner sur le temps de passation inférieur à 4 minutes. Il était précisé aux internes que les questions de connaissance n'étaient pas sanctionnées par une note mais que le corrigé était disponible en fin de questionnaire, et ce afin d'optimiser le taux de réponses.

Le questionnaire a été soumis à des anciens internes de la faculté Montpellier-Nîmes, 42 au total soit 10,3% de la population cible estimée à 409 internes selon le Syndicat des Internes du Languedoc-Roussillon. Cette étape a permis de confirmer la saturation des données à un tel pourcentage, apporter les dernières corrections et estimer le temps de passation.

L'enquête a duré du 20/11/2019 au 20/12/2019. Une première relance a été effectuée à J10 puis une seconde à J21 pour optimiser le taux de réponse. Cette relance était introduite par un message d'encouragement ainsi qu'un rappel sur les objectifs de l'étude.

4 – ANALYSE DES DONNEES

Après recueil, les données ont été collectées et traitées dans le logiciel LibreOfficeCalc®.

Les tests statistiques ont été réalisés sur le site BiostaTGV. La comparaison exclusive de variables qualitatives requérait l'utilisation du test du Chi-2. Le test exact de Fischer était utilisé quand les échantillons étaient trop faibles.

Le seuil de significativité de la p-value était de 5% et la puissance de 0,8.

5 – BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie a été effectuée grâce aux moteurs de recherche habituels et à la littérature grise scientifique.

Les mots clefs utilisés étaient les suivants :

- en français : santé sexuelle, sexualité, internes, médecine générale.
- en anglais : sexual health, sexuality, postgraduate, general practitioners.

RESULTATS

1. TAUX DE REPONSE ET CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Notre échantillon était composé de 137 internes, sur une population de 409 inscrits en promotion 2019/2020, soit un taux de réponse de 33,5%.

Les paramètres de remplissage du questionnaire, préalablement définis, ont permis d'obtenir 100% de formulaires correctement remplis. Ils ont donc tous été inclus.

Quel est votre sexe ?

137 réponses

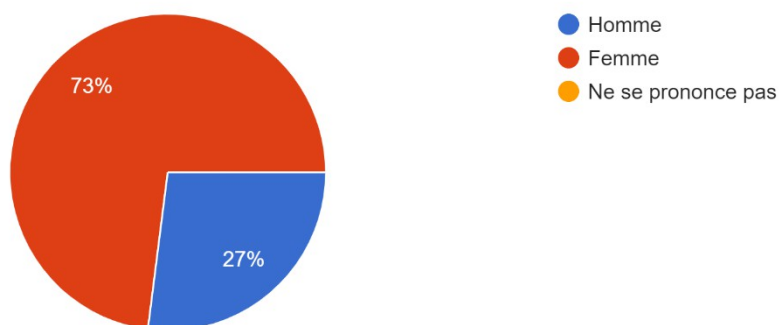


Figure1 : Répartition des internes en fonction du genre

Le rapport femmes/hommes est de 3 pour 1 : 73% de femmes. Il n'existe pas de différence significative avec la population générale des IMG de Montpellier-Nîmes ($p= 0,242$ [0,48 ; 1,19]). Aucun interne n'a répondu « Ne se prononce pas ».

Avez-vous bénéficié d'une formation en santé sexuelle?

137 réponses

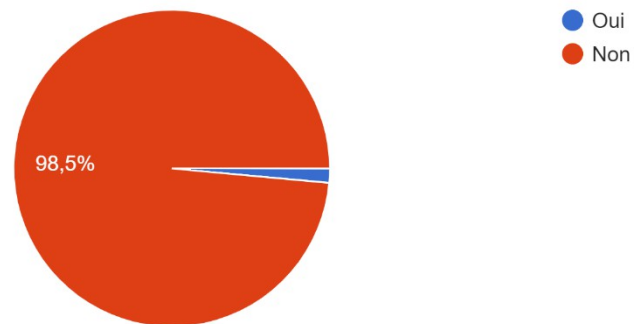


Figure 3 : Répartition des internes en fonction de la formation antérieure en SS

Dans leur très grande majorité les internes n'avaient pas bénéficié d'une formation en santé sexuelle avant l'internat, puisque seuls 2 internes ont répondu OUI à cette question.

Les deux avaient reçu un cours pendant l'externat à Besançon et Rennes. Un seul disait s'être documenté personnellement sur la question.

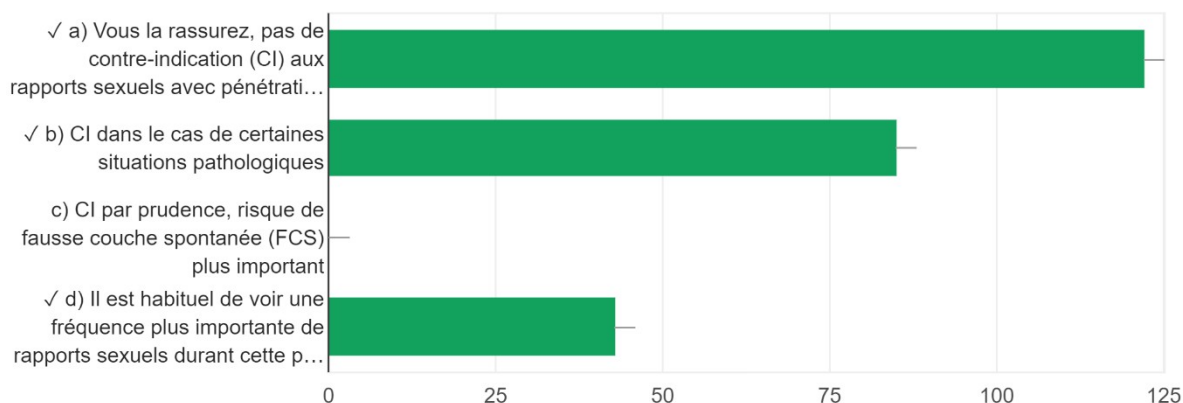
Les deux étaient peu satisfaits de cette formation.

2. CONNAISSANCES EN MEDECINE SEXUELLE

Une seule interne a répondu correctement aux 4 questions.

Question n°1

1/4 - Concernant une patiente de 25ans, G1P0 (primigeste nullipare), au second trimestre de grossesse, sans antécédent médicochirurgical parti...étration vaginale, mais est quelque peu inquiète...
24 réponses correctes sur 137



Extrait de la question 4 figurant dans l'Annexe page 74

17.5% de bonnes réponses (ABD) : 34 (24,8%) internes répondent seulement A ; 47 (34,3%) internes répondent AB ; 17(12,4%) internes répondent AD ; 10 (7,3%) ont répondu B ; 4 (2,9%) ont répondu BD et 1 (0,8%) la réponse D.

51.8% répond au moins AB.

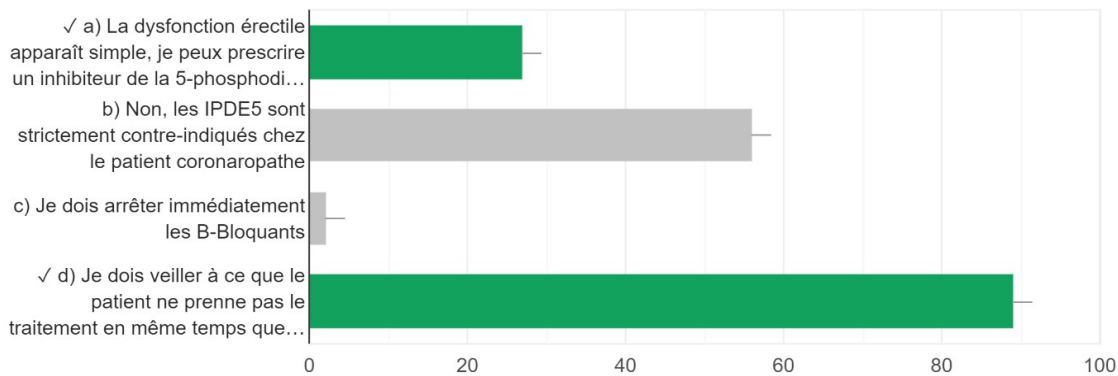
Aucun interne ne sélectionne la proposition C.

15 internes (10,9%) n'effectuent pas l'action de « Rassurer la patiente, pas de contre-indication aux rapports sexuels avec pénétration lors de toute la grossesse physiologique ». Il n'y a pas de différence significative entre les différentes années de promotion du TCEM.

En revanche les femmes ont mieux répondu à cette question et la différence est significative ($p= 0,027$).

Question n°2 :

2/4- Patient de 55 ans marié, infarctus du myocarde stenté il y a 5 ans, coronaropathie, dyspnée stade 1 NYHA (New York Heart Association) . Il a vu ...>, il souhaite «>la pilule bleue>»...
19 réponses correctes sur 137



Extrait de la question 5 figurant dans l'Annexe page 74

17 internes (12.4%) répondent correctement AD.

Il n'y a eu aucune réponse AB, qui correspondrait à une association contradictoire.

Seules 2 personnes répondent C.

40,9% des internes considèrent que les IPDE5 sont strictement contre-indiqués chez les patients coronariens, sans différence significative entre les semestres d'ancienneté ($p=0,96$). Parmi eux, 43 (31,4% de l'échantillon total) n'ont coché que cette réponse, sans différence significative au regard de l'année de promotion ($p_{TCEM\ 1/2}=0,41$; $p_{TCEM\ 2/3}=1$; $p_{TCEM\ 1/3}=0,53$).

46% des femmes sélectionnent cette réponse contre 37,8% des hommes. Il n'y a pas de différence significative au regard du sexe ($p=0,49$).

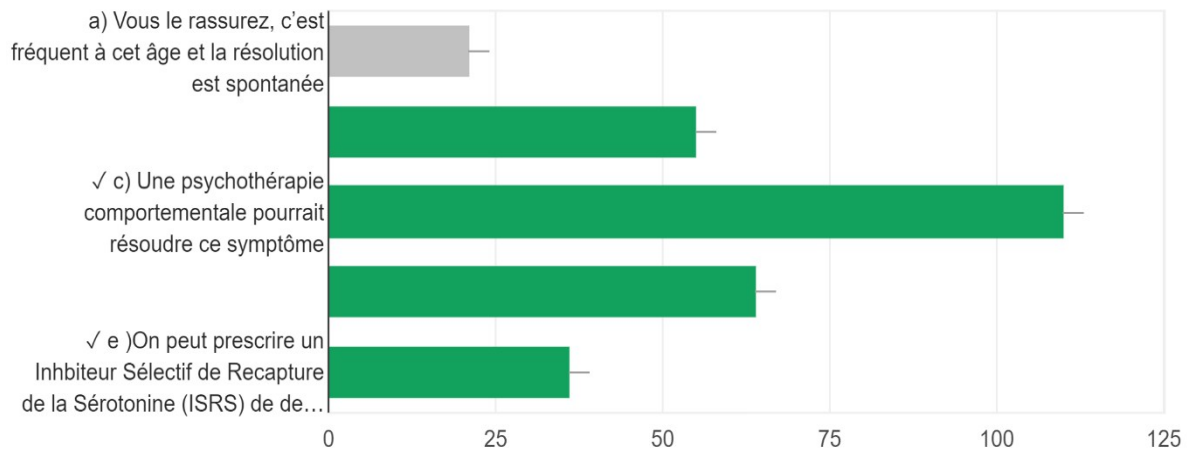
Seuls 19,7% des internes prescrivent des IPDE5 dans ce contexte : 3 du TCEM 1 (5,9%); 8 du TCEM 2 (19%); 16 du TCEM 3 (36,4%). Cette différence est significative entre TCEM 1 et 2 ($p=0,01$) et très significative entre TCEM 2 et 3 ($p=0,001$).

La prescription d'IPDE 5 est donc plus fréquente au fur et à mesure de l'avancée dans l'internat.

65% des interrogés répondent correctement à la dernière proposition concernant la contre-indication de l'association des dérivés nitrés et des IPDE5. Aucune différence significative au regard de l'année de promotion du TCEM n'est observée ($p=0,6$).

Question n°3 :

3/4- Patient de 25 ans, vous parle de sa difficulté à retarder l'éjaculation lors des rapports sexuels. A vrai dire, « depuis le début de ma vie sexuel...étration, et cela le gêne lui et sa/son partenaire... réponses correctes sur 137



Extrait de la question 6 figurant dans l'Annexe page 74

3 internes (2.2%) répondent correctement BCDE.

15,3% « Rassurent le patient, c'est fréquent à cet âge et la résolution est spontanée » mais seuls 3 de ces internes se contentent de sélectionner cette proposition. Ces 3 internes appartiennent à une année de promotion du TCEM différente.

80,3% des internes pensent qu'une sexo-psychothérapie comportementale pourrait résoudre le symptôme.

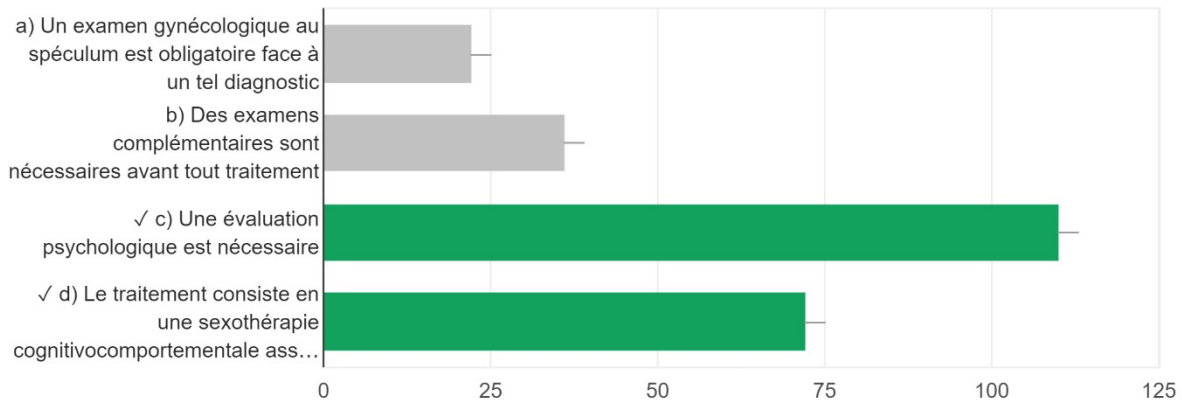
Seuls 26,3% prescriraient un antidépresseur de la famille des Inhibiteurs Sélectifs de Recapture de la Sérotonine : 24,6% des TCEM 1 ; 25,8% des TCEM 2 ; 34,1% des TCEM 3. Aucune différence significative n'est retrouvée ($p_{TCEM 1/2}=0,8$, $p_{TCEM 2/3}=0,35$ et $p_{TCEM 1/3}=0,25$).

55 internes (40,1%) proposent de doser une TSHus, Là encore, il n'y pas de différence entre les années de promotion du TCEM.

Question n°4 :

4/4- Une patiente de 24 ans vient vous voir car, depuis toujours, elle n'arrive pas à «entrer dans son vagin».Vous évoquez un vaginisme primaire...

41 réponses correctes sur 137



Extrait de la question 7 figurant dans l'Annexe page 75

41 (29,9%) bonnes réponses CD.

22 internes (16,1%) répondent qu'un examen au spéculum est obligatoire pour poser le diagnostic de vaginisme. Parmi eux, 32,4% des hommes et 14% des femmes ; cette différence est significative ($p=0,015$).

En réalité seules 6 internes ont répondu seulement A à cette question.

36 internes (26,3%) pensent que « Des examens complémentaires sont nécessaires avant tout traitement ».

110 internes (80,3%) considèrent qu'une évaluation psychologique est nécessaire, sans différence significative entre les semestres d'ancienneté ($p=0,82$).

3. SANTE SEXUELLE EN PRATIQUE : LA CONSULTATION

3.1 La confrontation

Avez-vous déjà été confronté.e à une plainte sexuelle lors d'une consultation?

137 réponses

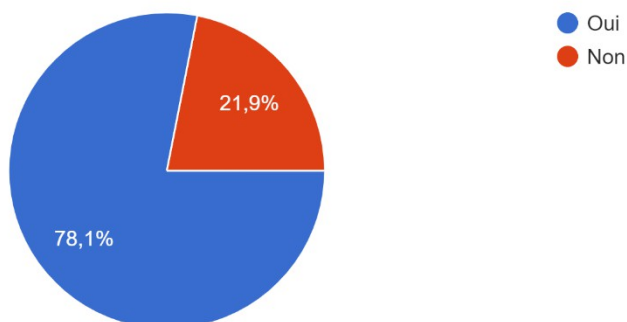


Figure 4 : Répartition des internes en fonction de la confrontation à une plainte sexuelle en consultation

La majorité des internes (78%) a déjà été confrontée à une plainte sexuelle en consultation.

En analyse en sous-groupe, on observe que 33,6% des TCEM2 y ont été confrontés contre 27,1% des TCEM1 ($p= 0,0013 [0,049 ; 0,5869]$). Cette différence est encore plus marquée entre les TCEM1 et les TCEM3, puisque 39,3% de ces derniers ont déjà vécu cette situation ($p= 4,6.10^{-5} [0,0169 ; 0,3644]$).

Il apparaît donc que les internes sont davantage confrontés à une plainte sexuelle au fur et à mesure qu'ils avancent dans l'internat.

Si oui, à laquelle/auxquelles?

107 réponses

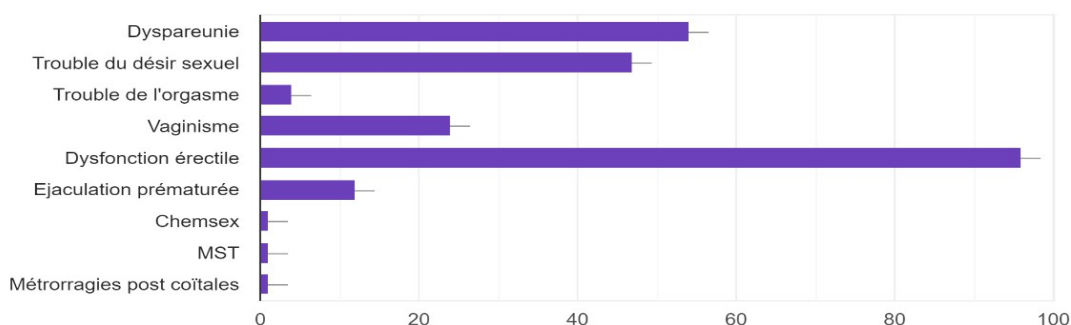


Figure 5 : Hiérarchie des plaintes sexuelles rencontrées en consultation

Toutes les plaintes sexuelles proposées avaient été rencontrées en consultation par les internes en médecine générale, parmi les plus fréquentes :

- Dysfonction érectile (89,7%)
- Dyspareunie (50,5%)
- Trouble du désir sexuel (43,9%)

On peut noter que 3 sujets ont été inscrits dans « Autres » : les IST, le « Chemsex » et les métrorragies post-coïtales.

Quel a été votre degré d'aisance ?
107 réponses

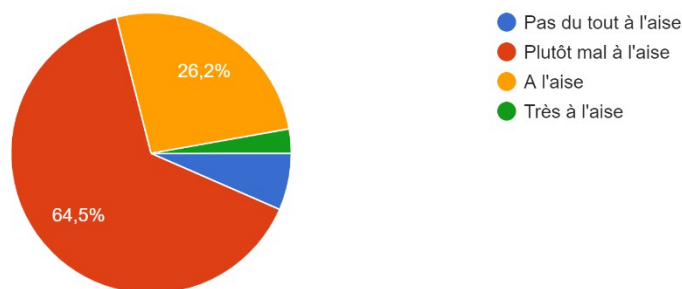


Figure 6 : Répartition des internes en fonction de l'aisance face à une plainte sexuelle en consultation

Parmi les internes confrontés, 73,8% s'étaient sentis mal à l'aise (Pas du tout à l'aise/Plutôt mal à l'aise) : 69% des TCEM1, 75% des TCEM2 et 75,6% des TCEM3. Il n'existe pas de différence significative d'aisance au regard de l'année de promotion du TCEM.

En analyse au regard du sexe, 76,4% des hommes confrontés se disaient mal à l'aise contre 75,9% des femmes. Cette différence n'est évidemment pas significative ($p=1$).

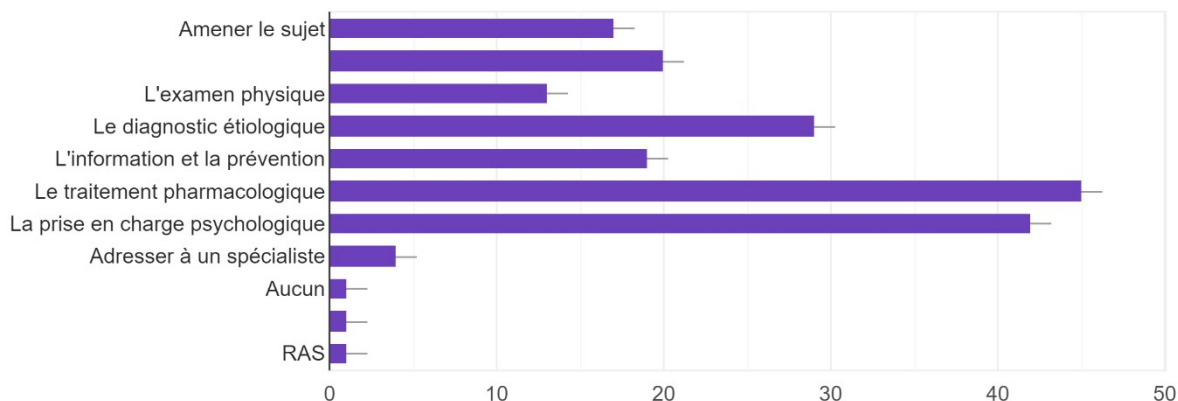
Compte tenu du faible nombre d'internes qui avait bénéficié antérieurement d'une formation en santé sexuelle, il n'était pas pertinent de comparer leur aisance par rapport aux internes qui n'avaient pas bénéficié d'un enseignement.

On peut simplement noter que les 2 avaient été confrontés à une problématique de santé sexuelle en consultation : l'un s'était senti « Plutôt mal à l'aise » et l'autre « A l'aise »

3.2 La prise en charge

Quels éléments de la prise en charge vous a/ont posé le plus problème?

107 réponses



Extrait de la question 14 figurant dans l'Annexe page 76

Figure 7 : Hiérarchie des éléments de la prise en charge en fonction de la difficulté ressentie

Tous les éléments proposés ont pu constituer un frein pour les internes, parmi les plus fréquents :

- 20,7% des répondants ont du mal à initier le sujet. Pas de différence significative au regard de l'année de promotion du TCEM
- 24,2 % éprouvent des difficultés à caractériser la DS. Il n'y pas de différence significative entre les années de promotion
- Le traitement pharmacologique pour 42,1%, dont 42,9% des TCEM 2 ; 50% des TCEM 3 et 13,7% des TCEM 1. Cette différence est significative entre TCEM 1 et 2-3 ($p=0,02$) mais pas entre les TCEM 2 et 3
- La prise en charge psychologique pour 39,3% des internes, là encore sans différence significative entre les différentes années du TCEM
- Le diagnostic étiologique pour 27,1% des internes, parmi lesquels 5,9% des TCEM 1, 19% des TCEM2 et 38,6% des TCEM3. Cette différence n'est significative qu'entre les TCEM 3 et 1 ($p=0,1$).

On observe donc que les TCEM1 ne semblent pas considérer le traitement pharmacologique et le diagnostic étiologique comme un frein contrairement à leurs confrères des années supérieures.

A noter que 2 internes ont mentionné à la proposition « Autres » : « Aucun » et « Le patient ne m'en a pas parlé, ne me considérant pas comme médecin ».

4 – L'ENSEIGNEMENT EN SANTE SEXUELLE LORS DE LA FORMATION INITIALE

4.1 Etat des lieux

Avez-vous bénéficié d'un enseignement en santé sexuelle dans le cadre de la formation de l'internat dispensée pour le DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées)?

137 réponses

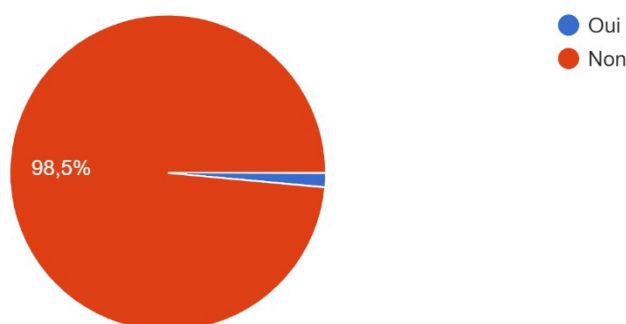


Figure 8 : Répartition des internes en fonction de l'enseignement en SS dispensé lors du DES

Une très large majorité d'internes (98,5%), n'a pas bénéficié d'un enseignement en santé sexuelle lors de la formation initiale de l'internat.

Parmi les 2 personnes qui répondent OUI, les deux avaient assisté à un cours sur « Sexualité et contraception », une seule à un cours sur les « DS générales ». L'une est « plutôt satisfaite » de cette formation tandis que l'autre est « peu satisfaite ». Aucun enseignement pendant l'externat n'est cité.

4.2 Besoin d'un enseignement en santé sexuelle : à quel terme ?

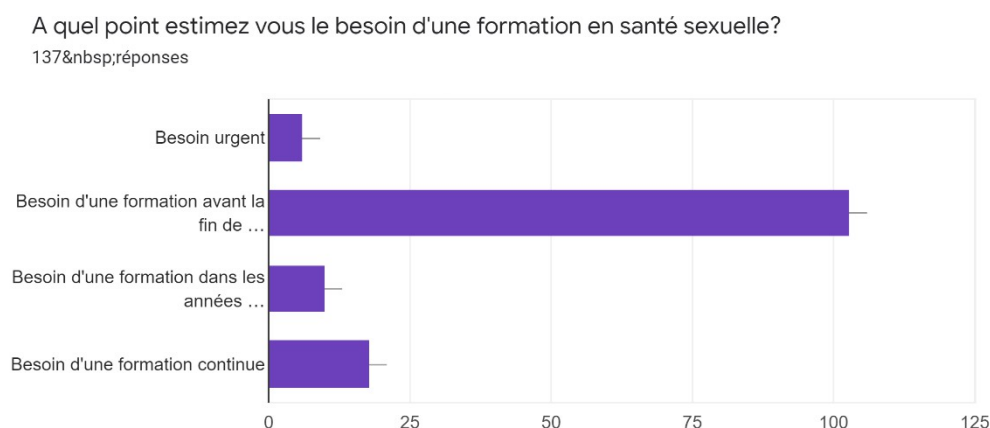


Figure 9 : Hiérarchie de l'intensité du besoin concernant une formation en santé sexuelle

En réponse à une question à choix unique, 75,2% des 137 internes estiment qu'une formation en santé sexuelle est nécessaire avant la fin de l'internat : 38,8% des TCEM 1, 32% des TCEM2 et 29,1% des TCEM 3. Il n'est pas retrouvé de différence significative entre ces 3 sous-groupes ($p=0,35$).

Parmi ces internes, 6 (4,4%) estiment que cet enseignement est urgent.

20,4% des internes préfèrent un enseignement dispensé dans les années post-internat, dans le cadre de la formation médicale continue notamment. Ce choix semble davantage convenir aux TCEM 3 (18,9%) qu'aux TCEM1 (2%). Cette différence est significative ($p= 0,02$).

Si les internes avaient été confrontés à une plainte sexuelle, ils étaient 76,4% à estimer le besoin de formation en santé sexuelle « urgent » ou nécessaire « avant la fin de l'internat », alors que s'ils n'avaient pas été confrontés à une plainte sexuelle ils étaient 90% à cocher les mêmes options. Cette différence n'est pas significative ($p=0,13$).

S'ils se disaient « Pas du tout à l'aise/Plutôt mal à l'aise », les internes estimaient le besoin de formation en santé sexuelle comme « Urgent/Nécessaire avant la fin de l'internat » à hauteur de 76,5%. S'ils s'étaient sentis « A l'aise/Très à l'aise », ils étaient 72% à estimer ce même besoin ($p=0,89$).

La nécessité d'un enseignement avant la fin de l'internat semble donc faire l'unanimité auprès des internes, quel que soit leur semestre d'ancienneté, leur confrontation antérieure ou non à une problématique de santé sexuelle en consultation et leur degré d'aisance à ce moment-là.

4.3 Motivation pour un enseignement en santé sexuelle

Seriez vous intéressé.e par un enseignement en santé sexuelle intégré dans votre enseignement de l'internat?

137 réponses

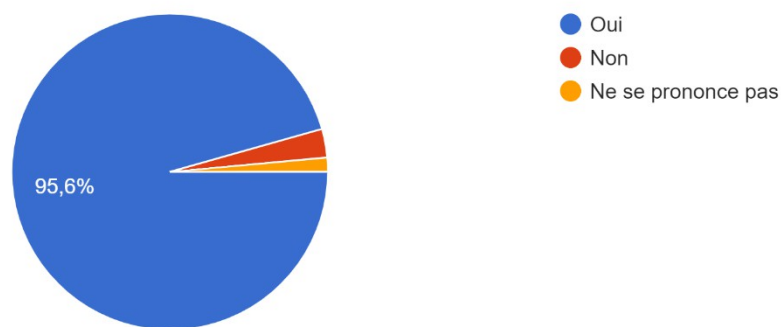


Figure 10 : Répartition des internes en fonction de leur intérêt pour un enseignement en SS lors de la formation initiale

95,6% des internes sont intéressés par un enseignement en santé sexuelle intégré dans l'internat de médecine générale.

4 personnes ne souhaitent pas d'enseignement pour 2 raisons principales : « On ne peut pas tout connaître » pour 2 d'entre elles et « Ca ne fait pas partie de la médecine » pour l'autre. Concernant la dernière, « Autre » a été choisi sans précision.

Ces mêmes internes avaient tous opté pour un enseignement dans les années post-internat, en réponse à la question précédente.

Concernant les 2 internes qui avaient bénéficié d'un enseignement en santé sexuelle durant le DES, on note que les 2 souhaitaient une formation supplémentaire lors de l'internat.

4.4 Caractéristiques de l'enseignement

4.4.1 Obligatoire ou Optionnel ?

Quel caractère devrait avoir cet enseignement?

131 réponses

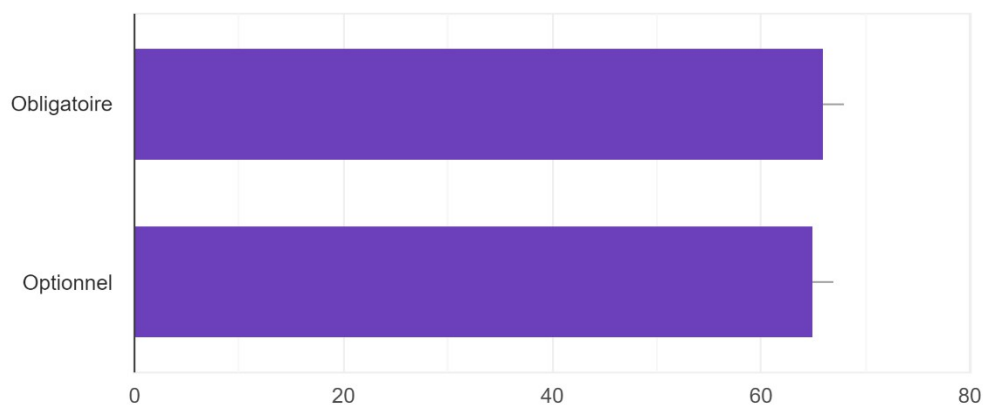


Figure 11 : Répartition des internes selon le caractère obligatoire ou optionnel souhaité de l'enseignement en SS proposé

Parmi les 131 internes qui souhaitent un enseignement portant sur la santé sexuelle lors de l'internat, 51,9% estiment que cet enseignement devrait être obligatoire.

Dans le tableau 2 ci-dessous, sont représentées les proportions d'internes souhaitant un enseignement obligatoire ou optionnel, en fonction de l'année de promotion du TCEM. On observe qu'il n'existe aucune différence significative entre les promotions, au regard des 2 options.

	TCEM1	TCEM2	TCEM3	pTCEM
Obligatoire	38,20%	33,80%	28,00%	pT1/T2 = 0,67 [0,3;2,0] pT2/T3=0,19 [0,7;4,8] pT1/T3= 0,41 [0,6;3,5]
Optionnel	36,50%	25,40%	38,10%	pT1/T2=0,11 [0,5;1,2] pT2/T3= 0,24 [0,4;1,3] pT1/T3= 1,2 [1,6;3,5]

Tableau 2 : Répartition des internes en fonction du caractère obligatoire/optionnel de l'enseignement en SS, au sein des sous-groupes d'ancienneté du TCEM

4.4.2 Volume horaire

Quel volume horaire vous paraît nécessaire pour cet enseignement?

131 réponses

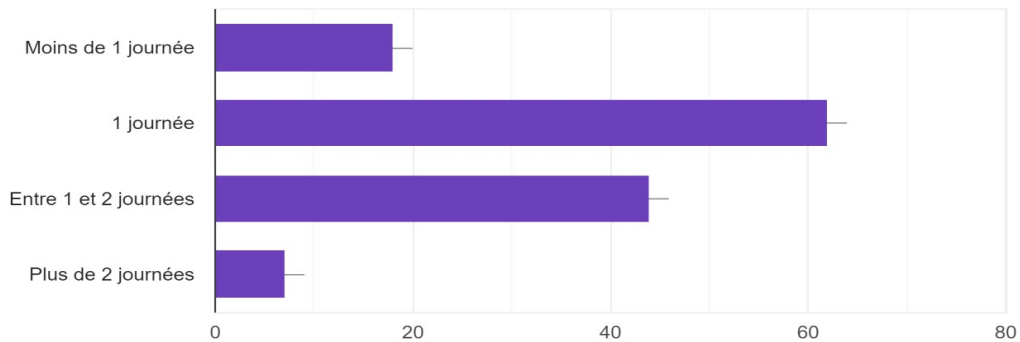


Figure12 : Répartition des internes en fonction du volume horaire souhaité de l'enseignement en SS

94,7% des internes qui souhaitent un enseignement, ne souhaitent pas qu'il excède 2 journées de formation.

Pour 62 internes (47,3%) le cours devrait durer 1 journée et pour 44 autres (33,6%) entre 1 et 2 journées.

Parmi les internes qui souhaitent « 1 journée de formation », 45,2% avaient opté pour un enseignement obligatoire alors que parmi ceux qui souhaitent « 1 à 2 journées de formation » ce chiffre est de 56,8%.

Il n'y a pas de différence significative retrouvée entre ces 2 sous-groupes ($p > 0,05$).

Le caractère obligatoire ou facultatif n'influence donc pas le volume horaire souhaité pour cet enseignement.

4.4.3 Thématique

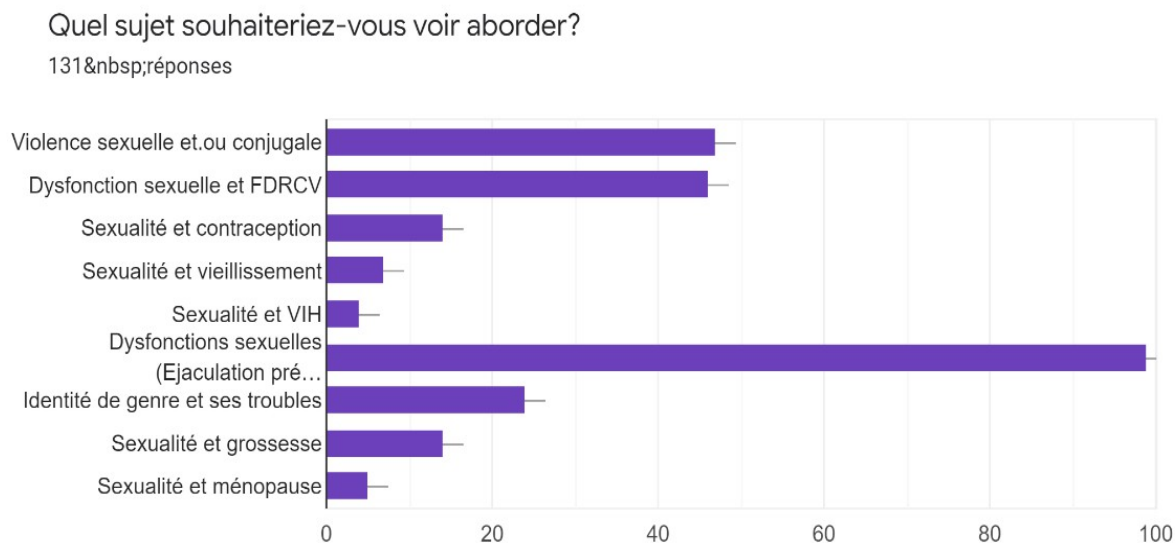


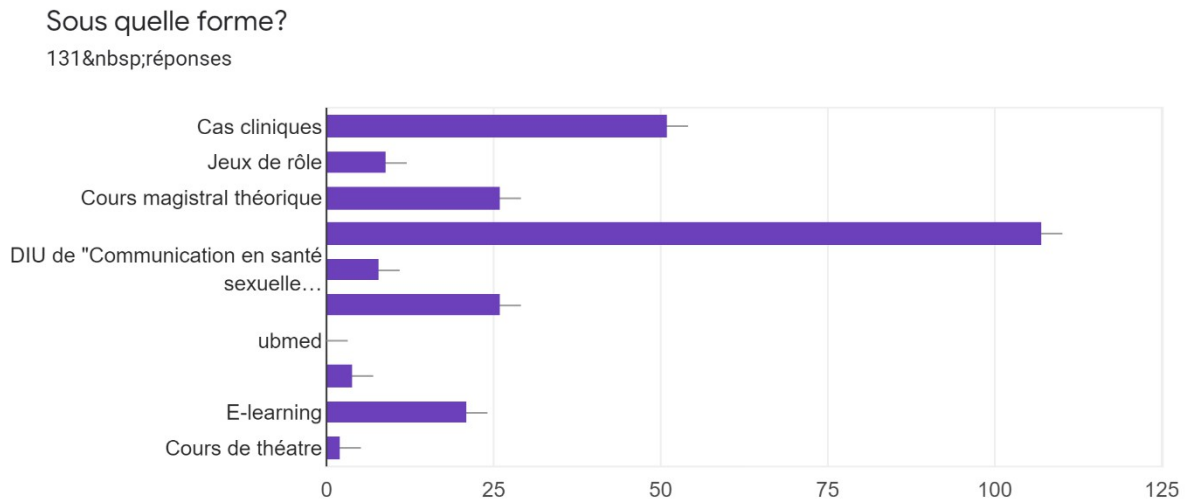
Figure 13 : Hiérarchie des thématiques de cours souhaitées de l'enseignement en SS proposé

Tous les sujets proposés intéressent les internes, parmi les plus plébiscités :

- Les DS générales pour 75,6% des internes, sans différence significative entre les sous-groupes ($p= 0,52$)
- Violence sexuelle et conjugale pour 35,9%. Un item qui intéresse respectivement, 2,9% des TCEM1, 23,3% des TCEM2 et 32,7% des TCEM3. La différence est significative entre les TCEM 1 et 2/3 ($p=0,003$)
- DS et facteurs de risque cardiovasculaire pour 35,1%. Un item qui intéresse respectivement 43,2% des TCEM3, 21,4% des TCEM 2 et 15,7% des TCEM1. La différence est significative entre ces 3 sous-groupes
- Concernant le quatrième item le plus plébiscité « Identité de genre et ses troubles » intéressant 18,3% des internes, aucune différence significative n'est retrouvée en analyse en sous-groupe entre les semestres d'ancienneté ($p>0,05$).

Notons que les sujets « Sexualité et Ménopause » et « Sexualité et vieillissement » reçoivent très peu de suffrages : respectivement 3,8% et 5,3%.

4.4.4 Forme d'enseignement



Extrait de la question n°24 de l'Annexe figurant page 79

Figure 14 : Hiérarchie des modalités de dispense de l'enseignement en SS

« L'intervention de spécialistes » est la forme d'enseignement la plus plébiscitée puisqu'elle intéresse 81,7% des internes. Une analyse en sous-groupe ne retrouve pas de différence significative selon l'année de promotion du TCEM ($p > 0,05$).

Ensuite ce sont les « Cas cliniques », sélectionnés par 39,8% des internes, là encore sans différence entre les années de promotion.

Puis, les « Cours magistraux théoriques », pour 19,8% des internes. Les TCEM 2 sont une majorité à choisir cette forme d'instruction.

Enfin, l'inclusion dans le stage mère-enfant intéresse 19,8% de l'échantillon. Les TCEM1 sont une majorité à choisir cette forme d'instruction, avec une différence significative (TCEM 1/2 $p = 0,006$ et TCEM 1/3 $p = 0,04$).

En résumé, tous les internes plébiscitent « L'intervention de spécialistes » et les « Cas cliniques ». Le « Cours magistral théorique » intéresse davantage les TCEM2 tandis que « L'inclusion dans le stage mère-enfant » convient davantage aux internes du TCEM1.

Notons que le e-learning intéresse 16% des internes, sans différence retrouvée entre les différentes années.

On observe que seuls 4 internes sont intéressés par l'abord en GEPT.

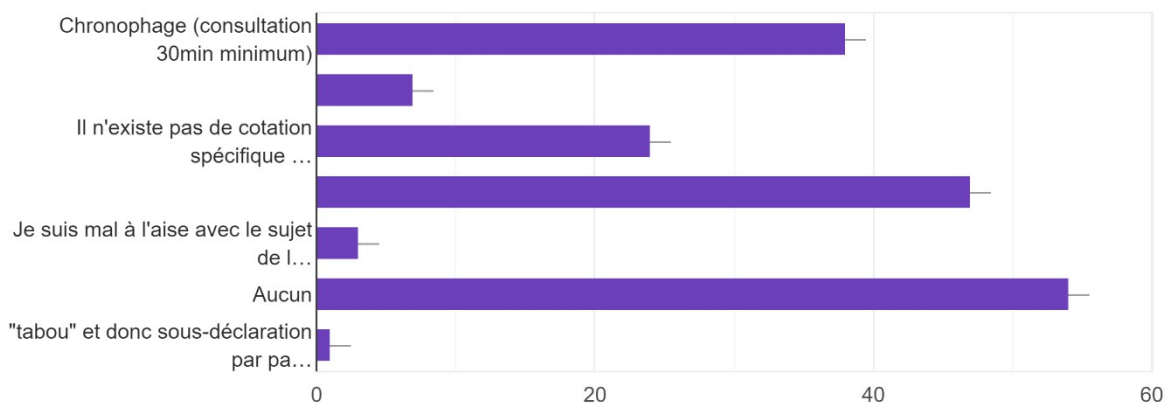
Le DIU de 1 an intéresse 8 personnes (6,1%).

Les autres propositions ont été choisies à la marge.

4.4.5 Obstacles

Quel(s) frein(s) vous feraient renoncer à cette formation ?

137 réponses



Extrait de la question n°25 figurant dans l'annexe page 79

Figure 15 : Hiérarchisation des freins à un enseignement en SS

39,4% des internes souhaitant un enseignement en santé sexuelle ne voient pas de frein à ce dernier, et ce sans qu'aucune autre option n'ait été cochée.

Le frein majeur est « Le DIU d'approfondissement dure 3 ans » (34,3%), sélectionné en proportion équivalente par les 3 années de promotion du TCEM, sans différence significative.

Puis le « caractère chronophage des consultations » (27.7%), là encore sans différence significative entre les années.

Parmi les 17,5% des internes qui sélectionnent la proposition « Il n'existe pas de cotation spécifique CCAM », seuls 4,5% sont des TCEM3, comparativement aux 23,5% des TCEM 1 et 23,8% des TCEM2. Cette différence est significative dans les 2 cas ($p=0,01$).

Trois internes reconnaissent comme frein le fait d'être « mal à l'aise avec le sujet de la sexualité ». Tous sont en 3e année de DES.

Libre parole

Dans les commentaires et remarques libres, plusieurs messages d'encouragement apparaissent : « Super sujet » ; « Très bonne initiative ». Y figurent également des propositions sur la forme de l'enseignement : « Quelques bases de traitement en 2 demies journées avec des cas pratiques les plus fréquemment rencontrés me sembleraient tout à fait adaptées » ; « A intégrer au DIU gynéco pour le MG de Nîmes, aucune formation sur ce sujet » et une proposition d'extension de l'enseignement au niveau secondaire « Commencer cette formation dès l'externat » .

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif d'évaluer la nécessité d'un enseignement en santé sexuelle pour les internes en médecine générale de la faculté, et de déterminer les attentes et les caractéristiques souhaitées concernant cet enseignement.

Il en ressort que les internes possèdent des notions de base, alors que la quasi totalité déplore toute formation en santé sexuelle, bien que certaines réponses traduisent des comportements potentiellement préjudiciables alors qu'évitables.

Ils expriment un intérêt marqué pour une formation en santé sexuelle lors de l'internat, formation qui leur permettrait de gérer les plaintes sexuelles rencontrées lors de consultations qui engendrent un malaise et une incapacité à délivrer des solutions thérapeutiques.

Selon eux, cet enseignement devrait être dispensé précocement dans l'internat. Conformément à la tendance nationale, l'enseignement serait court et centré sur les notions de base, mais les thématiques de prédilection ainsi que la forme d'enseignement suggérées constituent une originalité dans le paysage des enseignements en SS proposés en France.

Pour finir, la formation complémentaire telle qu'elle est proposée actuellement ne les satisfait pas. Pareillement à leurs aînés, ils perçoivent les autres limites de la prise en charge des plaintes sexuelles, sans que ces dernières leur paraissent être une entrave au développement d'un enseignement en santé sexuelle lors de l'internat.

1. UN ENSEIGNEMENT EN SANTE SEXUELLE POUR LES IMG DE MONTPELLIER-NÎMES : POURQUOI ?

1.1 Connaissances en médecine sexuelle : des bases intéressantes mais des erreurs préjudiciables évitables

1.1.1 Sexualité et grossesse : des réflexes rassurants

Il est rassurant d'observer qu'aucun interne ne contre-indique les rapports sexuels pendant la grossesse physiologique. En effet, selon les recommandations de la HAS, « les rapports sexuels n'ont pas d'inconvénient particulier, ils ne doivent pas être déconseillés (grade B ») [60].

De la même manière, aucun interne ne contre-indique les rapports sexuels par précaution, au nom d'une possible majoration du risque de fausse couche spontanée.

Pour étudier le lien potentiel entre rapports sexuels et risque d'accouchement prématuré, Sayle.A et al. ont comparé une cohorte de 187 femmes ayant accouché prématurément entre 29 et 36 semaines d'aménorrhée, à 409 patientes ayant accouché à terme. Cette étude met en évidence l'absence de majoration du risque d'accouchement prématuré due aux rapports sexuels, voire une réduction du risque chez les patientes continuant d'avoir des rapports sexuels y compris avec pénétration [61].

Cependant 10,9% des internes n'effectuent pas l'action de « rassurer la patiente et l'informer de l'absence de contre-indication aux rapports sexuels pendant toute la grossesse physiologique ». La parole du médecin semble pourtant importer pour ces femmes enceintes : dans une étude concernant 149 patientes au 3e trimestre de grossesse, dont 78,8% n'avaient aucune complication, Staruch.M et al. retrouvaient 27% des répondantes qui s'étaient entendu conseiller la suspension au moins temporaire des rapports sexuels par le corps médical [62].

Concernant la fréquence des rapports sexuels pendant le second trimestre, il ne semble pas y avoir de tendance uniforme dans la littérature. Alors que Masters et Johnson rapportaient une majoration de la fréquence des rapports sexuels au second trimestre [86], Makara et al. retrouvent une variabilité de l'évolution de la fréquence des rapports sexuels aux 1er et 2nd trimestres, comparativement au 3e trimestre où l'activité sexuelle décroît nettement [63].

Table 3.

Sexual activity in the different trimesters of pregnancy

Evaluation of the frequency	I trimester		II trimester		III trimester	
	n	%	n	%	N	%
Increased	38	19.00	45	22.50	16	8.00
Decreaded	75	37.50	89	44.50	143	71.50
Has not changed	87	43.50	66	33.00	41	20.50

Figure 16 : Evolution de la fréquence des rapports sexuels aux différents trimestres de grossesse

1.1.2 Sexualité et dysfonction érectile, le principe de précaution : quel bénéfice pour le patient coronarien ?

Seulement 19,7% des internes prescrivent le sildénafil dans ce contexte. Ils sont même 40,9% à considérer que la coronaropathie constitue une contre-indication absolue à la prise d'IPDE5. En effet, on peut lire dans le dictionnaire Vidal© à la rubrique « Mise en garde et précautions d'emploi » de la fiche du Sildénafil 50mg : « *Des cas d'événements cardiovasculaire graves dont infarctus du myocarde, angor instable, mort subite d'origine cardiaque , arythmie ventriculaire, hémorragie cérébrovasculaire, accident ischémique transitoire, hyper et hypotension ont été rapportés depuis la mise sur le marché de Sildénafil*».

Pourtant dans une revue de 67 essais cliniques en double -aveugle contre placebo, Giuliano et al. ne retrouvent pas de lien causal entre la prise de Sildénafil à posologie conseillée (jusqu'à 100mg) et la survenue d'événement cardiovasculaire [64].

Vlachopoulos et al. montrent l'absence d'augmentation du risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et de mortalité d'origine cardiovasculaire chez des patients coronariens traités par IPDE5 et capables d'une activité physique d'intensité au moins égale à celle d'un rapport sexuel [65].

Les IPDE5 sont même considérés comme pouvant être bénéfiques dans cette population. Dans une étude portant sur 43 145 patients suédois ayant eu un premier infarctus du myocarde, AnderssonP et al. retrouvent une moindre mortalité et un moindre risque de récurrence d'infarctus du myocarde, chez les patients ayant été traités secondairement par des IPDE5 [66].

Ces études ont conduit aux recommandations de la conférence Princeton III, qui réunit un groupe d'experts en réunion pluridisciplinaire afin d'optimiser la fonction sexuelle tout en préservant la santé cardiovasculaire [67]. La figure 17 dicte la prise en charge de la dysfonction érectile en fonction du risque cardiovasculaire du patient coronarien :

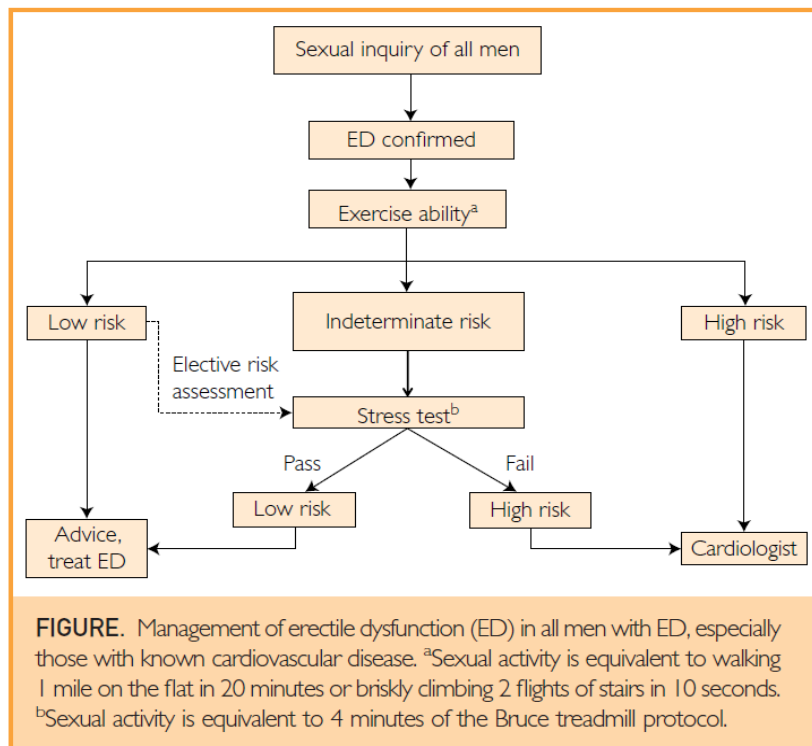


Figure 17 : Algorithme de prise en charge de la dysfonction érectile en fonction du risque cardiovasculaire

Cette appréhension de prescription des IPDE5 sur le terrain de l'insuffisance coronarienne, constitue une limitation dans l'accès de ces patients à l'amélioration de leur qualité de vie et un risque de décompensation de leur pathologie chronique par réduction de compliance [13]. En effet les βbloquants, entre autres molécules utilisées en cardiologie, peuvent participer à induire ou accroître une dysfonction érectile, et les internes réagissent bien en n'arrêtant pas cette classe médicamenteuse essentielle sans l'avis du cardiologue.

Un enseignement sur cette thématique permettrait de réduire cette « IPDE5-phobie » et faciliter la poursuite de la prise en charge de la dysfonction érectile, à l'avantage des insuffisants coronariens.

Enfin, 65% des internes connaissent la contre-indication absolue de la prise concomitante des IPDE5 et de dérivés nitrés, association qui engendre un risque majeur d'hypotension et donc de malaise et/ou syncope. Selon le dictionnaire Vidal : « *Compte-tenu de la connaissance de ses effets sur la voie NO/GMPc il a été montré que le sildénafil entraîne une potentialisation des effets hypotenseurs des nitrates, son utilisation concomitante avec les [...] nitrates, sous quelque forme que ce soit, est donc contre-indiquée* ».

1.1.3 Sexualité et éjaculation prématurée : une composante psychologique bien identifiée et une piste pharmacologique suspectée

15,3% des internes rassurent le patient en avançant la résolution spontanée mais en réalité seuls 3 le font sans prise en charge complémentaire soit 2,2%.

En effet, bien que souvent rapidement résolutive, l'éjaculation prématurée peut être source d'une grande anxiété, et nécessite donc « un minimum de conseils psychosexuels », de fournir au patient « des informations objectives basées sur nos connaissances actuelles de l'éjaculation prématurée » afin de « lutter contre les mythes et fausses idées, rectifier des objectifs erronés du patient » [68]. Ce moment dédié à l'information, est essentiel et « fait partie intégrante de l'attitude thérapeutique ». Il ne consiste pas en une simple réassurance.

40.1% des internes proposent de rechercher une dysthyroïdie biologique. En réalité, bien que 50% des patients ayant une hyperthyroïdie souffrent d'éjaculation prématurée, habituellement réversible au retour à l'équilibre de la fonction thyroïdienne, la prévalence d'éjaculation prématurée chez les patients ayant une dysthyroïdie n'est pas supérieure à la population générale [69;70].

La recommandation actuelle consiste à ne pas réaliser de dosage systématique de TSHus chez tout patient se plaignant d'EP, mais plutôt à rechercher des signes d'hyperthyroïdie, primaire ou acquise, à l'interrogatoire [68].

Une proportion non négligeable des internes connaissait les bases du traitement pharmacologique de cette DS, et ce indépendamment du semestre d'ancienneté. Ces connaissances relativisent le sentiment de 42,1% des internes qui considèrent le traitement pharmacologique comme un écueil, en réponse à une question ultérieure.

En cas d'échec de l'application d'un gel anesthésiant sur le gland, le patient peut se voir prescrire un antidépresseur de la famille des inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine à la demande, la dapoxétine, qui possède l'AMM et a démontré son efficacité sur l'allongement du délai d'éjaculation intravaginale et l'augmentation de la satisfaction des patients traités, ainsi que de celle de leurs partenaires [71].

Les internes reconnaissent bien l'indication de la sexo-psychothérapie comportementale, dont l'efficacité peut être rapide dans cette affection.

1.1.4 Le vaginisme : une origine psychologique connue mais une méconnaissance de la stratégie diagnostique

L'examen au spéculum serait obligatoire dans le diagnostic de vaginisme pour 16,3% des internes. Pourtant, bien que la définition de cette pathologie soit difficile et discutée, puisqu'elle est confondue avec les dyspareunies dans la classification du DSM-5, des groupes de pairs internationaux la définissent comme suit :

« Impossibilité de pénétration liée à une contracture invincible venant fermer le vagin par un réflexe de défense non volontaire [...] L'essentiel du diagnostic repose dans l'interrogatoire [...] L'examen gynécologique est classiquement impossible[...]La peur de l'examen gynécologique est souvent intense et provoque une forte réaction émotionnelle » [72].

On comprend bien qu'un examen gynécologique serait au minimum inutile, voire délétère dans ce contexte.

Le diagnostic de cette pathologie est clinique : *« Il n'existe pas d'examen paraclinique pour confirmer le diagnostic de vaginisme qui reste [...] un diagnostic d'interrogatoire et empirique »*. Pourtant 26,3% des internes interrogés pensent qu'il est nécessaire avant tout traitement.

En revanche les internes identifient bien que cette pathologie nécessite une évaluation psychologique, qui peut mettre en évidence plusieurs mécanismes :

- anxiété de pénétration dans un contexte d'anxiété généralisée, chez une patiente « polyphobique »
- une immaturité sur le plan sexuel, due à des représentations erronées de la sexualité, potentiellement en lien avec une relation fusionnelle avec la mère
- la révélation d'abus sexuels, vécus directement ou indirectement via des « *mécanismes phobiques transgénérationnels* » qui se transmettent d'une figure maternelle à la patiente [72].

La composante psychologique rend cette pathologie accessible aux sexothérapies comportementale et cognitivo-comportementale qui « ont fait l'objet d'une évaluation positive de leurs résultats » [72]. Des exercices pratiques de dilatation vaginale, à l'aide de moyens techniques progressivement croissants, peuvent y être associés.

Un enseignement pourrait fournir l'information nécessaire à prévenir une attitude du corps médical qui pourrait aggraver l'évolution du trouble sexuel, d'autant plus concernant une pathologie qui se nourrit de l'anxiété.

1.2. L'intérêt marqué des internes

Les internes de la faculté Montpellier-Nîmes expriment un fort intérêt pour un enseignement en SS lors de l'internat de médecine générale, à un taux comparable à ceux des enquêtes de Cousseau.L et Vallée.J, puisque plus de 90% des interrogés le souhaitent [25;50].

Cousseau.L retrouvait une volonté de formation y compris chez les internes qui avaient déjà reçu une formation (79,2%). Dans notre étude, cette donnée eût été intéressante à exploiter, mais avec seulement 2 internes qui déclarent avoir bénéficié d'un enseignement antérieur en SS, on ne peut que le supposer.

On peut penser que cet intérêt traduit la prise de conscience des internes concernant leur rôle et leur légitimité dans le domaine de l'information et la prise en charge des troubles sexuels, conformément à leurs pairs qui reconnaissent que la prévention en matière de vie affective et sexuelle relève de leur action à hauteur de 79,7% [6], et aux recommandations de l'OMS [1].

1.3. Une confrontation bien réelle génératrice de malaise

78,1% des internes interrogés ont été confrontés à une plainte sexuelle. Dans l'étude de Cousseau.L qui portait sur 368 internes de la France entière, ils étaient 57%, et dans l'enquête de Vallée.J ciblant les internes de la faculté de médecine de Saint-Etienne, « une grande majorité » y avait été confrontée.

Pareillement à ces 2 études, ils étaient plus nombreux à être confrontés au fur et à mesure de l'avancement dans l'internat.

Cela confirme l'idée qu'un enseignement en santé sexuelle dispensé lors de l'internat ne serait pas trop précoce [25], compte tenu du fait que la problématique se pose aux internes au cours de cette période.

Ces situations étaient habituellement vécues comme un malaise par les internes. Dans les mêmes proportions que les internes interrogés dans l'étude de Vallée.J, la confrontation à une plainte sexuelle en consultation induit un malaise pour une large majorité des internes de cette étude. En effet, alors que 71% se disent « Pas du tout à l'aise/Plutôt mal à l'aise », ils étaient 69% (47% Pas l'aise/22% plus ou moins) dans l'enquête de Saint-Etienne.

Ce ressenti des étudiants contraste avec celui des médecins généralistes qui reconnaissent plutôt être à l'aise ou très à l'aise avec le sujet de la sexualité en consultation, notamment au cours d'entretiens d'études qualitatives [19;29;25]. Dans une thèse d'exercice de médecine générale de 2016, Verhaeghe.V interrogeait 72 MG, qui reconnaissaient être 61% à l'aise et 21% très à l'aise face à un patient qui évoque une DS. Baurain M faisait le même constat en 2018 : sur un échantillon de 337 médecins généralistes, ils étaient respectivement 59,1% et 15,5%.

Cette différence de ressenti face à une même problématique nous interroge. Sachant l'absence de formation initiale tant pour les pairs que pour les internes, on peut émettre l'hypothèse que l'expérience et la formation médicale continue fournissent aux premiers cette aisance qui fait défaut aux seconds.

La dispensation d'un enseignement en formation initiale pourrait permettre de rééquilibrer cette balance.

1.3.1 L'enseignement source potentielle d'aisance

En 2016, Clegg.M et al. interrogent 34 médecins britanniques qui avaient reçu une formation en santé sexuelle 10 ans auparavant lors de leur cursus universitaire : 79% se sentaient plus à l'aise pour discuter de troubles sexuels [73].

Une formation aussi courte soit-elle semble procurer le même résultat. En 2000-2001, parmi 199 étudiants de la faculté de médecine d'Edinburgh, G.S.Faulder et al. retrouvaient que les étudiants qui avaient participé à un programme d'éducation en santé sexuelle par les pairs, étaient significativement plus à l'aise avec les questions de sexualité que les étudiants qui n'avaient pas bénéficié de ce même programme [53].

Enfin, Cousseau.L retrouvait un score de satisfaction de prise en charge, dont l'aisance fait partie, significativement plus important chez les internes qui avaient bénéficié d'une formation en SS pendant l'internat (4,53/10 vs 3,67).

Ces données viennent confirmer l'idée qu'un enseignement en santé sexuelle apporte une réelle augmentation de l'aisance et des connaissances aux internes, y compris pour leur pratique quotidienne.

1.3.2 Un abord de la sexualité aisé qui masque un besoin de formation en communication ?

L'initiation du sujet de la santé sexuelle, connu pour être une difficulté majeure pour les internes de médecine générale, notamment par crainte de rompre la confiance médecin-malade [74] ou tout

simplement par peur d'ouvrir « la boîte de pandore » [38] ne semble pas constituer un frein majeur pour les internes de notre étude.

En effet, alors que dans les études de Cousseau.L et Vallée.J, les internes reconnaissent éprouver cette difficulté respectivement à hauteur de 51,1% et 37,5%, ce chiffre n'est que de 20,7% dans notre échantillon.

Cette attitude se rapproche de celle de leurs aînés, puisque dans le baromètre santé MG, 58,7% des MG interrogés se disaient plutôt à l'aise/tout à fait à l'aise pour initier des sujets de « santé affective et sexuelle ». Ce chiffre pourrait faire penser que les internes abordent facilement cette thématique en consultation, mais il entre en contradiction avec la littérature, qui retrouve rarement les MG à l'initiation d'une discussion sur la sexualité de leurs patients. C'est notamment le cas dans l'étude de Sonzini.L qui retrouvait que, 9 fois sur 10, le patient avait été à l'initiative d'une discussion avec le médecin [33].

Cette absence de difficulté ressentie fait craindre que les internes considèrent, au même titre que certains de leurs aînés, qu'il revient au patient d'exprimer sa plainte, et non au médecin de la dépister. Pour prévenir ce « rendez-vous manqué », un enseignement de communication en santé sexuelle sur les modèles connus [44;45;46] pourrait-il être judicieux ?

Plus que l'initiation du sujet, ce sont la thérapeutique médicamenteuse ainsi que la prise en charge psychologique qui semblent poser le plus problème aux internes, pour respectivement 42,1% et 39,3% d'entre eux. Cela fait écho à l'étude de Vallée.J dans laquelle 84,4% des internes souhaitaient un enseignement sur la thérapeutique et 40,6% sur la prise en charge psychologique.

Il apparaît que les internes semblent davantage préoccupés par le manque de solutions à délivrer au patient plutôt que par la stratégie de communication en santé sexuelle.

1.4 La carence d'enseignement en santé sexuelle lors de l'internat

La quasi-totalité des internes interrogés n'a pas bénéficié d'une formation en santé sexuelle lors de l'internat. Vallée.J et Cousseau.L avaient également constaté ces chiffres puisque 84% des 32 internes stéphanois questionnés et 85,9% des internes en médecine générale, étaient dans la même situation.

Il est pourtant stipulé dans la réforme de l'enseignement du 21 avril 2017 [75] Article 2 : « *L'étudiant est également capable [...] de suivre et de mettre en œuvre des politiques de santé*

publique, notamment dans le cadre [...] de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive » et le HCSP en fait un objectif majeur de la SNSS (Objectif 3 Axe 1) [4]. Sous l'impulsion ou non des deux enquêtes de Vallée.J et Cousseau.L citées précédemment, un enseignement en santé sexuelle est actuellement délivré aux internes de médecine générale dans ces deux facultés.

La définition de l'enseignement en santé sexuelle n'ayant pas été explicitée dans l'énoncé de la question, il est possible que les internes aient évoqué cette problématique en Groupe d'Echange de Pratiques Tutoré (GEPT), mais qu'ils ne considèrent pas cette situation comme un enseignement. C'est pourtant une des modalités d'enseignement choisie dans d'autres UFR, et nous y reviendrons plus loin.

2. LES CARACTERISTIQUES DE L'ENSEIGNEMENT : COURT, INNOVANT ET ORIGINAL

2.1 Obligatoire ou optionnel : l'indécision

La question à choix unique Oui/Non « Cet enseignement en santé sexuelle devrait-il avoir un caractère obligatoire ou optionnel ? » a révélé une indécision totale : 50.4% des internes le souhaiteraient obligatoire.

Parmi les UFR françaises qui proposent un enseignement en SS lors de la formation initiale des MG, 7 l'ont rendu optionnel.

Ce caractère facultatif pourrait constituer un premier pas, mais Cousseau.L entrevoyait déjà dans son travail le risque que les internes n'aient pas tous la même liberté d'accès à ces cours. En effet, selon une enquête de 2016 réalisée par l'ISNI, 50% des internes seulement pouvaient prendre leur demi-journée de formation autorisée par l'article R6153-2 du code de santé publique, et dans la pratique un tiers ne s'absentait jamais [76]. Ces chiffres semblent n'avoir pas varié, puisque selon une enquête de 2019 menée par le même syndicat, parmi tous les internes français de médecine toute spécialité confondue, 51% reconnaissent n'avoir jamais (27%) ou presque jamais (24%) pu prendre une demi-journée de formation au cours des 3 derniers mois [77].

Ce constat fait craindre l'impossibilité pour une majorité des internes de bénéficier d'un enseignement en SS facultatif, quand bien même ils le souhaiteraient.

Qui plus est, un caractère optionnel n'apparaît pas adapté à l'importance d'une problématique jugée prioritaire, fréquente, diffuse dans la société quels que soient l'âge et l'état de santé, connue pour

avoir un retentissement sur la qualité de vie globale et qui a donc logiquement conduit à l'élaboration d'une stratégie nationale de santé publique.

2.2 Le consensus du volume horaire restreint

Les internes privilégient un enseignement court, d'une durée de 1 journée ou moins, bien que 33,6% d'entre eux accepteraient un enseignement de 1 à 2 journées.

Dans les faits, aucune université française ne dispense actuellement plus d'une journée de formation en SS au sein de la formation initiale des internes en médecine générale.

On peut souligner la difficulté prévisible à satisfaire les attentes des internes, mises en exergue par cette étude, au cours d'un enseignement si court. En effet, dans l'étude de Cousseau.L, parmi les 14,4% des internes qui avaient bénéficié d'une formation en SS, allant d'une initiation lors de l'externat au DIU de sexologie, 67,9% l'estimaient trop courte.

Il sera donc nécessaire de prioriser les thématiques abordées.

2.3 Thématiques d'enseignement : priorité aux problématiques contemporaines au détriment des plus âgés

2.3.1 Le plébiscite des connaissances générales

75,6% privilégient un enseignement sur les DS générales masculines et féminines, contre 93,6% dans le travail de Cousseau.L.

Un tel enseignement est dispensé depuis 1999 dans 101 universités de médecine d'Amérique du Nord (sur 141 existantes). Parmi elles, 94% dispensaient une formation sur les causes de DS, 85,2% sur le traitement, 79,2% sur l'identification et 69,3% sur l'implication des troubles sexuels dans le handicap et les pathologies chroniques [52].

2.3.2 Le désir d'agir dans les violences sexuelles

Une originalité remarquable est la volonté des internes de cette étude de bénéficier d'un enseignement sur les « Violences sexuelles et/ou conjugales », placé en seconde position dans la hiérarchie des thématiques d'enseignement souhaitées, devant « DS et facteurs de risque cardiovasculaires ».

Le groupe d'experts réuni dans le travail de thèse de Borel.A et Mertz.E, publié en 2019, avait également proposé cette thématique dans le cadre de l'élaboration d'un contenu de formation à l'abord de la sexualité pour les IMG par méthode DELPHI [55]. Il positionnait les violences sexuelles en 3e position, derrière les sujets « Concept de santé sexuelle et « Aspects psychologiques et affectifs en lien avec la sexualité ».

Cette sensibilité des internes est probablement à rapprocher de la place grandissante qu'occupe le sujet des violences sexuelles et faites aux femmes dans la société, particulièrement depuis le mouvement #MeToo de 2017. Toutefois les enquêtes réalisées ces 30 dernières années avaient déjà fait le constat, les violences sexuelles sont :

- trop fréquentes : 4% des femmes avaient subi des violences physiques sur les 12 derniers mois d'après l'enquête ENVEFF de 2000 [78], l'enquête VIRAGE de 2016 retrouvait le chiffre de 2,57%, mais la variabilité de ce chiffre peut aller jusqu'à 16 % dans l'enquête CSF [6]
- répétées dans le temps
- indépendantes de la catégorie socioprofessionnelle de la victime.

Du point de vue des médecins, il a également été rapporté un défaut de prise en charge des victimes de violence sexuelle et conjugale, y compris par les médecins généralistes qui occupent pourtant une place de choix en tant que médecin de famille, puisque c'est dans la sphère familiale que se produit la plupart de ces actes de violence [78;79].

En 2001, le rapport Henrion faisait état du « *retard dans le dépistage, l'accueil et la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale, lié à des réticences, des freins culturels et une méconnaissance de la situation par les professionnels de santé* ». Les médecins sous-estimaient la prévalence, limitaient cette atteinte aux couches sociales défavorisées, craignaient l'intrusion dans la vie de famille et les représailles judiciaires au sein de leur patientèle et déploraient leur impuissance. Pour remédier à cette situation, le groupe de travail proposait déjà « *la formation multidisciplinaire sur le sujet pour tous les professionnels de santé [...] et d'inscrire impérativement ce sujet dans les programmes des examens voire de l'internat* » comme la première des « dix actions prioritaires à mettre en œuvre rapidement » [80].

Dans ce sens, l'article 51 du 04 août 2014 [81] oblige les professionnels de santé à une formation sur la thématique des violences sexuelles. L'item n°10 « Violences sexuelles » figure dans la liste officielle des items de l'Examen Classant National de l'internat de médecine.

Actuellement 5 universités de médecine dispensent un enseignement relatif à cette thématique.

Pour finir, N.Bajos et M.Bozon retrouvaient une prévalence plus élevée de DS chez les patients ayant subi des violences sexuelles : davantage de dysfonction érectile (28 vs 16,3%) et de dyspareunies (24 vs 15%).

Il pourrait donc y avoir un grand bénéfice à dépister les dysfonctions sexuelles qui pourraient révéler des situations de violence sexuelle et vice versa.

L'attrait des internes de la faculté Montpellier-Nîmes pour ce sujet apparaît donc dans la bonne temporalité pour espérer améliorer les compétences du médecin généraliste de demain dans ce domaine probablement empreint d'un tabou encore plus vaste que celui de la sexualité.

2.3.3 Les troubles de l'identité du genre : le souhait de (re)nouer le lien avec cette population minoritaire ?

Une autre originalité est la quatrième position de l'item « Troubles de l'identité de genre » qui intéresse 18,3% des internes. Aucun enseignement portant sur ce sujet n'est actuellement dispensé lors de l'internat en France.

Nous avons vu précédemment que les populations « trans » sont à la marge du système du santé et peuvent ressentir de la discrimination de la part du corps médical et paramédical [23] qui ignore beaucoup de cette population et a même parfois des préjugés et fausses-croyances la concernant [27]. Loin derrière Internet et les associations « trans », le médecin ne représente une source d'information sexuelle que pour 31% des interrogés de l'enquête Chrysalide.

Un enseignement pourrait permettre une amélioration de la compréhension de ces populations, de leur faciliter davantage l'accès aux soins et de relégitimer le médecin généraliste comme source fiable et sans jugement sur la santé sexuelle, conformément à l'objectif 1.2 de l'axe IV de la SNSS : *« renforcer les connaissances des professionnels de santé sur les parcours de transition ainsi que les spécificités de la SS dans cette population »*, particulièrement exposée aux comorbidités sexuelles.

2.3.4 VIH et contraception : l'assurance qui masque le défaut de dépistage

Les items « Sexualité et VIH » et « Sexualité et contraception » remportent peu de suffrages, respectivement 3,1% et 10,7%. Ces deux sujets étant traités dans les disciplines d'infectiologie et de gynécologie lors de l'externat sous la forme des items « UE 2 N° 35 : Contraception » « UE 6 : N° 165 Infections à VIH », on peut supposer que les internes se sentent suffisamment formés pour ces thématiques enseignées tôt dans le cursus.

Pourtant, le recueil d'informations telles que l'orientation sexuelle, le nombre de partenaires ou encore les antécédents d'IST est connu pour être difficile pour les médecins [27].

Lewis et al. faisaient déjà le constat en 1986 : sur 1000 internistes et médecins généralistes interrogés par auto-questionnaire, 4% recherchaient activement l'orientation sexuelle du patient et ses pratiques, et 10% posaient des questions permettant l'évaluation du risque de transmission VIH [82]. Dans le travail de thèse de Guerber.M qui interrogeait 500 patients d'un cabinet de médecine générale, le patient était à l'initiative d'une discussion sur la sexualité dans 75% des cas et d'un test VIH dans 73% des prescriptions [30].

On peut donc émettre l'hypothèse que les internes s'estiment suffisamment formés sur le plan médical « technique », mais le défaut d'attitude proactive de leurs pairs pour le dépistage pose la question de la nécessité d'un enseignement sur la communication pour aborder l'orientation sexuelle des patients et les pratiques sexuelles, à l'instar de l'université Paris Sud Kremlin-Bicêtre qui propose un enseignement de 3h sur « Abord de la sexualité en médecine générale ».

2.3.5 Sexualité et vieillissement : la perpétuation du désintérêt

Les sujets « Sexualité et vieillissement » et « Sexualité et ménopause » n'ont recueilli que très peu de suffrages, respectivement 5,3% et 3,8%. Ces chiffres contrastent totalement avec les 70,8% d'intéressés du travail de thèse de Cousseau.L.

Pourtant dans cette population :

- la sexualité est jugée nécessaire au bien-être par 55% des femmes de plus de 50 ans [13]
- la prévalence des DS est par définition la plus élevée alors qu'une activité sexuelle perdue souvent puisque 90% des femmes de plus de 50 ans et en couple, continuent d'avoir une activité sexuelle selon la même enquête

- les patients de plus de 50 ans ressentent davantage le besoin de parler de sexualité mais n'osent exprimer leur plainte que rarement, malgré la même rareté d'abord de la part du médecin [20;83].

En effet, la sexualité des personnes âgées est peu prise en compte dans la société et le cabinet de médecine générale : les patients sont peu demandeurs, ils ont tendance à ne pas exprimer leur plainte, considèrent les troubles sexuels comme normaux pour l'âge et ont peur d'être jugés comme « pervers » par le corps médical et leur famille [13;25].

La formation paraît incontournable car la spécificité de la difficulté d'abord de la sexualité dans cette population, dont le nombre est amené à augmenter dans les années à venir puisqu'en 2050 plus de 30% de la population française aura plus de 60 ans [84] laisse peu d'espoir quant à la modification de cet état grâce à l'auto-formation et l'apprentissage par le terrain.

3. LES MODALITES DE L'ENSEIGNEMENT

3.1 Une formation jugée urgente

En réponse à une question à choix unique, 79,6% des internes estiment qu'une formation en santé sexuelle est nécessaire avant la fin de l'internat.

Ce sentiment d'urgence est probablement en rapport avec la confrontation directe des internes et leur absence d'aisance. Des études plaident pour un enseignement le plus précoce possible : Clegg.M montre qu'un enseignement qui permet une amélioration des connaissances, de la compréhension des troubles sexuels et une attitude proactive pour faire l'anamnèse de la SS est d'autant plus efficace qu'il est délivré précocement, idéalement lors de l'externat [73].

On peut supposer que ce début précoce permettrait également de sensibiliser les étudiants à l'importance de la problématique sexuelle, et à les doter d'outils pour la confrontation en consultation, dont on a vu qu'elle était réelle lors de l'internat.

Le souhait des 20,4% de bénéficier d'un enseignement dans les années post-internat s'inscrit dans le vœu de la SNSS de développer la formation médicale continue. Cependant il n'apparaît pas de

contradiction entre la nécessité de former les praticiens sur le long terme, et la même nécessité de leur fournir un enseignement précocement.

3.2 Nature de l'enseignement : le contre-pied de la tendance nationale

3.2.1. *La priorité donnée aux cas cliniques*

Les IMG souhaitent en majorité un enseignement dispensé par des spécialistes en sexologie.

Ils sont 38,9% à choisir la résolution de cas cliniques, quand ils étaient 69,1% dans l'étude de Cousseau.L. Pour information cette forme d'enseignement est dispensée uniquement à Lyon pour l'item « Sexualité » ayant comme objectifs : « *Comprendre les enjeux de la sexualité dans la santé globale, pouvoir l'aborder en tout aisance et en connaître les orientations diagnostiques et thérapeutiques principales* ».

Cette modalité d'enseignement est en conformité avec une des « natures d'enseignement » recommandées dans l'arrêté du 21 avril 2017 pour le DES de MG : « *Méthode dérivant des apprentissages par résolution de problèmes (ARP)* » [75].

3.2.2 *Le rejet des GEPT et la piste des terrains de stage spécialisés*

La forme de dispensation d'un enseignement en SS la plus répandue dans les universités de France est le Groupe d'Echange de Pratiques Tutoré, conformément à l'article 5 de l'Arrêté du 21 avril 2017 qui privilégie « *les groupes d'échange de pratique et de confrontation débat* » et d'autres formes d'enseignement au détriment des formes plus verticales comme le cours magistral théorique qui intéresse tout de même 19,8% des internes de cette étude.

Dans son modèle d'enseignement en santé sexuelle élaboré en 1984, Ross recommandait déjà de privilégier les jeux de rôle et l'interactivité [85]. Pourtant, seuls 4 internes de la faculté Montpellier-Nîmes déclarent être intéressés par l'abord en GEPT.

On distingue là un démarquage net des internes de la faculté Montpellier-Nîmes par rapport à la dynamique nationale et aux recommandations récentes sur la nature des enseignements à dispenser aux internes en médecine générale de France.

L'inclusion dans un stage mère-enfant intéresse 19,8% des internes, particulièrement des TCEM1. Selon les recommandations du HCSP, des Centre Gratuits d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CEGGID) pourraient être proposés comme terrains de stage.

3.2.3 Une voie d'avenir à explorer ; le e-learning

On note que le e-learning (apprentissage par voie électronique) occupe le cinquième rang dans cette hiérarchie. Cet enseignement contemporain, qui apparaît adapté à cette population, pourrait en outre répondre aux impératifs d'organisation de la maquette des enseignements théoriques. On pourrait imaginer une complémentarité entre des enseignements présentiels qui permettraient l'échange et l'interactivité entre les étudiants et des enseignements davantage axés sur les connaissances théoriques, dispensés par des spécialistes, en e-learning.

4. LES LIMITES D'UN ENSEIGNEMENT EN SS : LA CONFIRMATION DE LA MOTIVATION MALGRÉ DES FREINS CONNUS RECURRENENTS

4.1 Le renouvellement de l'intérêt des internes mais un DIU qui attire moins

Il est rassurant de voir que 39,4% des internes ne voient aucun frein à l'instauration d'un enseignement en SS.

Le principal frein mentionné était la durée du DIU tel qu'il est proposé actuellement, puisqu'il constitue un frein majeur à un enseignement en SS pour 34,3% des interrogés. On note que s'il était proposé en 1 an, il intéresserait 8 étudiants.

Ces chiffres interrogent sur la proportion de MG qui se formeront à l'avenir en sexologie via le DIU. Pour rappel, dans les premiers résultats de l'enquête d'A.Giami de 2019 sur les caractéristiques de la population française de sexologues, il était observé un net recul du nombre de médecins [12]. Doit-on craindre un moindre investissement des MG en sexologie à l'avenir si la formation proposée demeure inchangée ?

Seules 3 personnes avouaient être mal à l'aise avec le sujet. Cet aveu est peu retrouvé dans la littérature, et n'apparaît jamais dans les enquêtes qualitatives. L'interrogation demeure quant à la possibilité d'un enseignement de modifier ce sentiment.

4.2 L'anticipation des problématiques de terrain ; l'éternel problème du temps et de l'argent

Les freins identifiés par A.Giami [37] montrent que la formation ne constitue qu'une clef parmi d'autres pour améliorer la prise en charge des troubles sexuels.

Concernant le caractère chronophage des consultations, 27.7% des internes l'identifient comme un frein au développement d'une formation en SS. Cependant, une vision optimiste nous ferait dire que près de 75% des internes ne considèrent pas ce caractère chronophage comme un obstacle majeur, à l'inverse de leurs aînés [38;6;12;19;20;29]. La nouvelle génération de médecins généralistes serait-elle donc prête à consacrer plus de temps que leurs pairs à discuter sexualité en consultation ?

En lien avec ce caractère chronophage, une proposition dans la littérature consiste à créer une cotation spécifique pour adapter la rémunération au temps de consultation. C'est le cas par exemple de la cotation ALQP003 adaptée à une consultation longue pour identifier un épisode dépressif caractérisé.

Les internes ne sont que peu à entrevoir le manque de réseau de spécialistes en sexologie comme un frein, contrairement à leurs aînés qui l'incriminent fréquemment. Pourtant son développement paraît indispensable pour assurer une prise en charge pluridisciplinaire.

5. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

5.1 Faiblesses

Il existe évidemment de nombreux biais dans notre étude :

- Biais de recrutement : les IMG connaissaient le sujet, nous avons pu sélectionner des internes particulièrement intéressés par la thématique.
- Biais de non-réponse : 2/3 des internes n'ont pas répondu et ce malgré 2 relances. Il n'était pas possible d'obtenir un retour pour déterminer la cause de cette absence de réponses, on ne peut qu'émettre des suppositions : désintérêt ? manque de temps ? sursollicitation pour les différents mémoires et thèses ? crainte de l'évaluation des connaissances et de failles dans la garantie d'anonymat ? fatalisme ?
- La notion « d'évaluation des connaissances » dans l'intitulé du questionnaire a pu rebuter des internes. Pour prévenir cela, un message précédait le remplissage du questionnaire, pour informer de l'absence de notation et du caractère succinct de cette partie. Les internes avaient en revanche accès à un corrigé justifié en fin de questionnaire, dans un souci de pédagogie.

- Biais de mesure : le questionnaire utilisé n'est pas validé, mais créé à partir de données de la littérature. Des erreurs ont pu être commises lors du recueil et du traitement des données, la formulation approximative a pu induire des incompréhensions du lecteur et donc des réponses inexactes. Pour limiter cela le questionnaire a été soumis à l'Unité de Recherche Clinique et d'Epidémiologie du CHU de Montpellier. De plus, le questionnaire ne comportait que des questions fermées, ne laissant ainsi pas la place à l'expression des sondés. Une proposition « Autres » ponctuait 8 questions, mais peu de suggestions ont été faites. Comme déjà évoqué cette configuration de questions fermées était souhaitée pour favoriser le taux de réponse.

Par ailleurs l'absence de définition du terme de « santé sexuelle » et « sexologie », lors des questions « Avez-vous bénéficié d'une formation en santé sexuelle ? » « Avez-vous reçu un enseignement en SS lors du DES de MG » pouvait également induire des erreurs de compréhension et donc de réponse.

5.2 Forces

- La population étudiée était représentative de la population cible et homogène. Les promotions des 2 premières années étaient suffisamment représentées, ce qui constitue un avantage puisqu'un éventuel enseignement concernerait plutôt ces promotions. On peut imaginer que les TCEM 1 et 2 ont répondu dans l'espoir de bénéficier du changement de leur formation initiale.
- Le taux de réponse était suffisant pour permettre l'exploitation des données, et au moins aussi élevé que celui de l'étude de Cousseau.L (24,7%). Même si l'investigateur s'attendait à un taux de réponse plus important compte tenu de l'originalité du sujet, on peut supposer qu'un questionnaire court, ne comportant que des réponses fermées ont participé à permettre d'atteindre ce taux.

L'ensemble des questionnaires a été rempli correctement, il n'était donc pas nécessaire d'en exclure pour l'analyse des données.

Il existe actuellement peu d'études dans la littérature scientifique sur la formation des internes français en sexologie. Ce travail a le mérite d'explorer le souhait des internes en médecine générale, qui n'est connu qu'à Saint-Etienne suite à l'étude de 2016 de Vallée.J et à l'échelle nationale avec

Cousseau.L mais avec un taux de 57,07% d'internes toulousains et aucun Montpelliérain.

Cette étude apporte donc des connaissances nouvelles sur le souhait des internes de notre faculté vis-à-vis de cette éventuelle formation en santé sexuelle.

5.3 Perspectives

Comme évoqué avec les thématiques de « Sexualité et VIH » et « Sexualité et contraception », un des problèmes transversaux à la prise en charge de la santé sexuelle des patients, est le défaut de communication en santé sexuelle. On peut donc regretter de ne pas avoir proposé l'item « Communication en santé sexuelle » dans la question « Quel sujet souhaiteriez-vous voir aborder ? ». Il serait intéressant d'évaluer l'intérêt des internes pour un tel enseignement.

Les internes reconnaissent majoritairement s'être sentis mal à l'aise lors d'une consultation autour de la sexualité. 3 internes avouaient même ne pas être à l'aise avec la thématique. Une étude qualitative pourrait permettre d'explorer le ressenti des internes face à cette situation, et être comparée au ressenti des médecins généralistes, déjà plusieurs fois exploré dans des thèses d'exercice de médecine générale.

Un enseignement selon les modalités précisées ci-dessus pourrait être expérimenté, et une évaluation rétrospective des étudiants décider des modifications ultérieures à y apporter.

CONCLUSION

Bien conscients que la formation actuelle des internes est déjà suffisamment dense, et que les sujets qui nécessiteraient une formation sont nombreux, la santé sexuelle nous semble tenir une place particulière du fait de son retentissement transversal, l'absence de formation malgré une confrontation au quotidien et le caractère tabou qui fait sous-estimer la prévalence des troubles.

En tant que futurs ambassadeurs de la prévention primaire, les internes de médecine générale se doivent d'être sensibilisés au mieux à cette problématique.

Les internes de médecine générale de la faculté Montpellier-Nîmes ressentent cette urgence d'instaurer un enseignement en santé sexuelle au cours du troisième cycle.

Dispensé sous forme de cas cliniques et abordant autant les sujets de base que des thématiques plus spécifiques telles que les violences sexuelles et l'identité de genre, cet enseignement devrait reprendre certaines caractéristiques des formations en santé sexuelle actuellement dispensées dans un certain nombre d'UFR médicales françaises.

Cet enseignement leur apparaît comme nécessaire pour permettre une amélioration de la prise en charge des dysfonctions sexuelles, il n'efface cependant pas les autres freins connus pour constituer un écueil à l'initiation ou la prise en charge d'un trouble sexuel, et pour lesquels d'autres propositions doivent être étudiées.

Il serait intéressant d'expérimenter un enseignement conforme aux souhaits des internes, éventuellement complété par une éducation à la communication en santé sexuelle, et d'évaluer par la suite la satisfaction des internes, l'acquisition du savoir et du savoir-faire.

BIBLIOGRAPHIE

1. WHO – Developing sexual health programmes [Internet]. Disponible sur : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/
2. Chaire UNESCO – Santé sexuelle et Droits Humains [Internet] disponible sur: <https://www.santesexuelle-droitshumains.org/la-chaire-unesco-presentation>
3. HCSP – Santé sexuelle et reproductive 2016 [Internet] disponible sur <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clef=551>
4. HCSP – Stratégie nationale de Santé Sexuelle 2017 [Internet] disponible sur https://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
5. WONCA Europe - Société Européenne de Médecine générale - médecine de famille. Définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste – médecin de famille - 2002
6. Gautier.A - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
7. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Family Practice*. 1 oct 2001;18(5):5168.
8. M Bonierbale, J Waynberg. 70 ans de sexologie française. *Sexologies*. n°16 (2007) p 238-258
9. Giami A, de Colomby P. La profession de sexologue en Europe : diversité et perspectives communes. *Sexologies*. Janv 2006;15(1):713.
10. Giami A, Chevret-Méasson M, Bonierbale M. Les professionnels de la sexologie en France : quelques évolutions. Premiers résultats de l'enquête nationale (2009). Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezpum.biu-montpellier.fr/article/233499/resultatrecherche/3>
11. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues*. 2007; n° 250(7):5660.
12. Giami A. Profession sexologue : les évolutions de la profession de sexologue. Résultats préliminaires de l'enquête INSERM/FF3S 2019. 2019 Assises de Sexologie – 28/03/2019 – Montpellier
13. N. Bajos, M. Bozon, N. Beltzer, et M. Godelier. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Paris, France: La Découverte, impr. 2008, 2008.
14. Giuliano F, Droupy S. Dysfonction érectile. *Progrès en Urologie*. 1 juillet 2013;23(9):62937.

15. Giuliano F, Chevret-Measson M, Tsatsaris A, Reitz C, Murino M, Thonneau P. Prévalence de l'insuffisance érectile en France : résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès d'un échantillon représentatif de 1004 hommes. *Progrès en Urologie*. 2002;8.
16. Costa P, Avances C, Wagner L. Erectile dysfunction: knowledge, wishes and attitudes. Results of a French study of 5.099 men aged 17 to 70. *Prog Urol*. Févr 2003;13(1):8591.
17. E. O. Laumann, A. Paik, et R. C. Rosen. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors, *JAMA*, vol. 281, no 6, p. 537544, févr. 1999.
18. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* 2011 ; 141:w13178.
19. Verhaeghe V. Implications des médecins généralistes dans le diagnostic et la prise en charge des dysfonctions sexuelles [Mémoire DIU de Sexologie] Université de Lille et Amiens; 2016
20. Dusz L. Aborder la sexualité en consultation de médecine générale. [Thèse d'exercice] Université de Poitiers ; 2015
21. Moreira ED, Glasser DB. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe, *BJUI*, Apr 2008, Vol 101 Issue 8 p 1005-1011
22. Lagana J. Dépistage des troubles sexuels en médecine générale . [Mémoire DIU Sexologie] : Université de Montpellier ; 2016
23. Association Chrysalide – Enquête santé trans 2011 ; Lyon disponible sur <http://chrysalidelyon.free.fr/fichiers/doc/santetrans2011.pdf>
24. INSEE – Estimation de la population au 1er janvier 2020 ; disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
25. Cousseau L, Freyens A, Corman A, Escourrou B. Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés. *Sexologies*. avr 2016;25(2):6977.
26. Waymel M. Adolescentes - Sexualité – Médecins Généralistes. Attentes et Besoins. Quelle place pour le médecin généraliste ? [Thèse d'exercice] : Université de médecine Montpellier-Nîmes ; 2019.
27. Tarragon J. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale : étude qualitative réalisée dans les Hauts-de-France [Thèse d'exercice] Université de Lille ; 2018.
28. Compagnon J, Lespourci M. Comment les médecins généralistes de Haute-Garonne abordent ils la sexualité avec les adolescents? Quelles suggestions ont-ils pour améliorer cet abord ? [Thèse d'exercice] Université Toulouse III Paul Sabatier ; 2017
29. Baurain M. Parlons sexualité! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients? [Thèse d'exercice]. France : Faculté de Médecine de Nice ; 2018
30. Guerber M. Aborder la sexualité en médecine générale, qu'en pensent les patients à risque ? Etude quantitative auprès de 500 patients d'un cabinet de médecine générale du Bas-Rhin [Thèse

d'exercice] Faculté de médecine de Strasbourg ; 2019.

31. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale : Etude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice] Université de Rennes ; 2016.

32. Bartoli S. Aborder la sexualité en médecine générale ; Attentes, opinions et représentations des hommes [Thèse d'exercice] Université de Poitiers ; 2015.

33. Sonzini L. Le dépistage des dysfonctions sexuelles en médecine générale : enquête auprès de 200 patients et 122 médecins généralistes [Thèse d'exercice] Université de Lyon ; 2004.

34. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *Journal of Public Health*. 1 déc 1997;19(4):38791.

35. Lewis CE, Freeman HE. The Sexual History-Taking and Counseling Practices of Primary Care Physicians. *West J Med* 1987 Aug;147:165-167.

36. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore SE, Fry-Johnson Y. Sexual History-Taking among Primary Care Physicians. *Journal of the medical association*. 2006;98(12):6.

37. 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.

38. Gott M. « Opening a can of worms »: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*. 1 oct 2004;21(5):52836.

39. M. Temple-Smith, J. Hammond, P. Pyett, et N. Presswell, Barriers to sexual history taking in general practice , *Aust Fam Physician*, vol. 25, no 9 Suppl 2, p. S71-74, sept. 1996.

40. Gavignet R. Le médecin généraliste, la sexualité féminine et ses troubles: enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes des Alpes Maritimes. [Thèse d'exercice] Université de Nice Sophia Antipolis ; 2014.

41. Lemesre V. Prise en charge des troubles de la sexualité du post-partum des médecins généralistes du littoral Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice] Université de Lille ; 2018.

42. Noëlie B, Amandine C. 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. [Thèse d'exercice] Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2018.

43. A. Zeler, C. Troadec. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France, *Sexologies*, vol. 26, no 3, p. 136145, juill. 2017.

44. Nusbaum MRH, Hill C, Carolina N, Hamilton CD. The Proactive Sexual Health History. 2002;66(9):8.

45. Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Ed Ther*. 1976;2(2):1-15.

46. Mick J, Hughes M, Cohen MZ. Using the BETTER Model to assess sexuality ; *Clinical journal*

of Oncology ; Feb 2004 ; Vol8 Numb 1.

47. OMS. Communication Brève Relative à la Sexualité: recommandations pour une approche de santé publique.2016.Disponible sur:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexualityrelatedcommunication/fr/

48. Jones R. Introduction to history taking and principles of sexual health. Postgraduate Medical Journal. 1 août 2004;80(946):4446.

49. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine disponible sur :<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238>

50. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. Exercer. 2008;(81):49-51.

51. Cousseau L. Perception et attentes des internes en médecine générale sur leur formation en sexologie [Mémoire DIU Sexologie] Université Paul Sabatier Toulouse ; 2016.

52. DS Solursh et al. The human sexuality education of physicians in North american medical schools ; Nature ; 2003 - Suppl 5 S41-S45.

53. Georgina S Faulder, Simon C Riley et al. Teaching sex education improves medical students confidence in dealing with sexual health issues ; Contraception ; 2007 ; 135-139.

54. Giami A, de Colomby P. Profession sexologue. Sociétés Contemporaines 2001;41-42:41—63.

55. Borel A, Mertz E. Élaboration par méthode Delphi® du contenu d'une formation à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale, destinée aux internes de médecine générale, et réflexion sur sa forme. [Thèse d'exercice] : Université de Médecine de Grenoble ; 2019

56. Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé. [Internet] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037051110/>

57. Pr Vaillant L et coll. Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé – Rapport ministériel, Paris. Commandité par le ministère des solidarités et de la santé et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Janvier 2018. Disponible sur :https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_service_sanitaire_pr_vaillant.pdf

58. Département Universitaire de Médecine Général Montpellier-Nîmes ; Actualités étudiant – Maquette planning étudiants 2019 – 2020. Disponible sur: <https://dmg-montpellier-nimes.edu.umontpellier.fr/> (consulté le 07/06/2020)

59. François de Singly. Le questionnaire - 4e édition. Paris : Armand Colin 128 tout le savoir ; 2012. 128p

60. Haute Autorité de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes. Avril 2005. p17

61. A.E Sayle D.A Savitz J.M Thorp Jr et al. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. Obstet Gynecol. 2001 Feb;97(2):283-9

62. M.Staruch A.Kurchaczyk K.Zawadzka. Sexual activity during pregnancy Neuroendoc letters. Vol 37 n°1. 2016;37(1) : 101-106

63. Makara-Studzinska. M Plewik. I K. M Krys. Sexual activity of women in different trimesters of pregnancy. *European journal of medical technologies*. 2015;2(7):1-9
64. Giuliano F, Jackson G, Montorsi F et al. Safety of sildenafil citrate: review of 67 double-blind placebo-controlled trials and the postmarketing safety database. *Int J Clin Pract*. 2010;64(2):240-255.
65. C Vlachopoulos N Lokaeimidis K Rokkas et al. Cardiovascular effects of Phosphodiesterase 5 inhibitors. *Journal sexual of medicine*. Vol 6 Issue 3. March 2009. p 658-674
66. D.P Andersson Y.T Lagerros A Grotta et al. Association between treatment for erectile dysfunction and death or cardiovascular outcomes after myocardial infarction. *British med journal*. Heart 2017
67. The Princeton consensus expert conference. The Princeton III consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo clin Proc*. 2012;87(8) : 766-778
68. G Bou Jaoudé. Troubles de l'éjaculation : M Bonierbale F Courtois. *Médecine sexuelle – Fondements et pratiques*. Ed Lavoisier MSP. 2016. p 141-156
69. Donatucci. CF. Etiology of ejaculation and pathophysiology of premature ejaculation. *J Sex Med*. 2006;3(s4):303-8
70. Sadeghi-Nejad H, Watson R. Continuing medical education : premature ejaculation : current medical treatment and new directions (CME). *J Sex Med*. 2008;5(5):1037-50.
71. JL Pryor, SE Althof, C Steidle et al. Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation : an integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials. *Lancet* 2006;368:929-37
72. MH Colson. Vaginisme. M Bonierbale, F Courtois. *Médecine sexuelle – Fondements et pratiques*. Ed Lavoisier MSP. 2016. p 192-196
73. M Clegg Pye J K R Wylie. Undergraduate training in human sexuality. *Sexual medicine*. Vol 4 Issue 3. Sept 2016. p 198-208
74. Chambelland L. Exploration des difficultés des internes en médecine générale pour communiquer en santé sexuelle avec les patients [Thèse d'exercice] Université de Poitiers ; 2015

75. Arrêté du 21 avril 2017. Connaissances, compétences et maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées [...] du troisième cycle des études de médecine. DES de médecine générale. Journal officiel de la république française.
76. ISNI - Conditions et temps de travail des internes. 2016
77. ISNI - Conditions et temps de travail des internes. Enquête ISNI 2019-2020.
78. Equipe ENVEFF 2003. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000. Paris:La documentation française. 370p
79. A Debauche A Lebugle E Brown et al. Enquête violences et rapports de genre (Virage 2016). INED. Documents de travail 229. Jan 2017
80. R Henrion L Prévot et groupe d'experts. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. Février 2001.
81. Article 51 - Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (1) - Légifrance
82. Lewis CE, Freeman HE. The Sexual History-Taking and Counseling Practices of Primary Care Physicians. West J Med. Août 1987;147(2):165-7.
83. A Farine. Comment les médecins généralistes réagissent-ils face à une plainte sexuelle d'un homme de plus de 50 ans ? Enquête qualitative auprès de 12 médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. 2015.
84. R Bobbé. Projections de population 2005-2050 : vieillissement de la population en France métropolitaine. Econ stat. 2007;408(1) : 95-112
85. Ross MW. Designing sexual medicine courses: a model. Medical Education. 1984;18(1):24-30.
86. W Masters V Johnson. Human sexual response. Paris (1966), Réédition 2010, Ed Ishi Press, pp 161-189 ; 386 pages

Etat des lieux des connaissances, attentes et besoin de formation en santé sexuelle

Bonjour à toutes et à tous.

Je suis médecin généraliste en Languedoc-Roussillon, et dans le cadre de ma thèse de médecine générale, j'ai décidé d'évaluer la nécessité d'un enseignement spécifique en santé sexuelle lors de la formation initiale des internes en médecine générale.

En effet, comme vous le savez, il n'existe pas d'enseignement à la santé sexuelle lors de l'internat, alors que nous y sommes confrontés au quotidien (et vous êtes probablement nombreux à vous en rendre compte...)

Pour cela, je vous remercie de prendre le temps de remplir ce questionnaire qui vous prendra moins de 3 minutes.

Concernant les questions de connaissances, il n'y a pas de note mais vous disposerez d'un corrigé détaillé avec les références bibliographiques, en fin de questionnaire.

Dans le souci de bénéficier d'une formation en santé sexuelle de qualité, j'espère que vous serez un maximum d'internes à y répondre :)

ATTENTION: Merci de ne remplir le questionnaire que si vous êtes ACTUELLEMENT interne en méd générale.

Bonne lecture!

BELHAJ Yassin - Médecin généraliste

*Obligatoire

Qui êtes-vous?

1. Quel est votre sexe ? *

Une seule réponse possible.

- Homme
 Femme
 Ne se prononce pas

2. Dans quelle ville avez-vous effectué votre externat ? *

3. En quel semestre d'internat êtes-vous actuellement? *

Une seule réponse possible.

- 1er semestre
 2nd semestre
 3e semestre
 4e semestre
 5e semestre
 6e semestre

Santé sexuelle en pratique

4. **1/4 - Concernant une patiente de 25ans, G1P0 (primigeste nullipare), au second trimestre de grossesse,sans antécédent médicochirurgical particulier, la grossesse se déroule bien. Elle aimerait poursuivre les rapports sexuels avec pénétration vaginale, mais est quelque peu inquiète... ***

Cochez la/les affirmation.s vraie.s

Plusieurs réponses possibles.

- a) Vous la rassurez, pas de contre-indication (CI) aux rapports sexuels avec pénétration pendant toute la grossesse physiologique
- b) CI dans le cas de certaines situations pathologiques
- c) CI par prudence, risque de fausse couche spontanée (FCS) plus important
- d) Il est habituel de voir une fréquence plus importante de rapports sexuels durant cette période, contrairement aux 1er et 3e trimestres où l'activité sexuelle tend à diminuer ou se stabiliser

5. **2/4- Patient de 55 ans marié, infarctus du myocarde stenté il y a 5 ans, coronaropathie, dyspnée stade 1 NYHA (NewYork Heart Association) . Il a vu le cardiologue récemment qui retrouve une situation stable. Le patient vous parle de ses problèmes « d'impuissance qui traîne », il souhaite « la pilule bleue »... ***

Cochez la.les affirmation.s vraie.s

Plusieurs réponses possibles.

- a) La dysfonction érectile apparaît simple, je peux prescrire un inhibiteur de la 5-phosphodiesterase (IPDE5)
- b) Non, les IPDE5 sont strictement contre-indiqués chez le patient coronaropathe
- c) Je dois arrêter immédiatement les B-Bloquants
- d) Je dois veiller à ce que le patient ne prenne pas le traitement en même temps que des dérivés nitrés

6. **3/4- Patient de 25 ans, vous parle de sa difficulté à retarder l'éjaculation lors des rapports sexuels. A vrai dire, « depuis le début de ma vie sexuelle », l'éjaculation survient systématiquement avant la pénétration, et cela le gêne lui et sa/son partenaire... ***

Cochez la.les affirmation.s vraie.s

Plusieurs réponses possibles.

- a) Vous le rassurez, c'est fréquent à cet âge et la résolution est spontanée
- b) En cas d'éjaculation prématurée secondaire, on peut discuter de doser une TSHus
- c) Une psychothérapie comportementale pourrait résoudre ce symptôme
- d) On peut prescrire de la lidocaine à appliquer sur le gland avant les rapports sexuels
- e) On peut prescrire un Inhibiteur Sélectif de Recapture de la Sérotonine (ISRS) de demi-vie courte

7. **4/4- Une patiente de 24 ans vient vous voir car, depuis toujours, elle n'arrive pas à «entrer dans son vagin».Vous évoquez un vaginisme primaire... ***

Cochez la.les affirmation.s vraie.s

Plusieurs réponses possibles.

- a) Un examen gynécologique au spéculum est obligatoire face à un tel diagnostic
- b) Des examens complémentaires sont nécessaires avant tout traitement
- c) Une évaluation psychologique est nécessaire
- d) Le traitement consiste en une sexothérapie cognitivocomportementale associée à l'utilisation de dilateurs vaginaux

Formation personnelle en santé sexuelle et satisfaction

8. **Avez-vous bénéficié d'une formation en santé sexuelle? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 11.*

Section sans titre

9. **Dans quel cadre? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Formation médicale continue/Développement professionnel continu (FMC/DPC)
- DIU de sexologie humaine
- Documentation personnelle
- Cours pendant l'externat
- Autre : _____

10. **Quel est votre degré de satisfaction concernant cette formation ?**

Une seule réponse possible.

- Très satisfait.e
- Assez satisfait.e
- Peu satisfait.e
- Pas du tout satisfait.e

La santé sexuelle au quotidien

11. **Avez-vous déjà été confronté.e à une plainte sexuelle lors d'une consultation? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 15.*

Section sans titre

12. Si oui, à laquelle/auxquelles? **Plusieurs réponses possibles.*

- Dyspareunie
- Trouble du désir sexuel
- Trouble de l'orgasme
- Vaginisme
- Dysfonction érectile
- Ejaculation prématurée
- Autre : _____

13. Quel a été votre degré d'aisance ? **Une seule réponse possible.*

- Pas du tout à l'aise
- Plutôt mal à l'aise
- A l'aise
- Très à l'aise

14. Quel.s élément.s de la prise en charge vous a/ont posé le plus problème ? **Cochez maximum 2 réponses**Plusieurs réponses possibles.*

- Amener le sujet
- Caractériser la dysfonction sexuelle
- L'examen physique
- Le diagnostic étiologique
- L'information et la prévention
- Le traitement pharmacologique
- La prise en charge psychologique
- Adresser à un spécialiste
- Autre : _____

Evaluation de l'enseignement en santé sexuelle lors de l'internat et satisfaction**15. Avez-vous bénéficié d'un enseignement en santé sexuelle dans le cadre de la formation de l'internat dispensée pour le DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées)? ****Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non *Passez à la question 18.*

Section sans titre

16. Sur quelle(s) thématique(s) portait l'enseignement? **Plusieurs réponses possibles.*

- Dysfonction sexuelle et FDRCV (Facteurs de Risque Cardiovasculaires)
- Sexualité et contraception
- Sexualité et vieillissement
- Sexualité et VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine)
- Sexualité et grossesse
- Violences sexuelles
- Dysfonctions sexuelles générales (Dysfonction Erectile/Ejaculation Précoce/Dysorgasmies/Dyspareunies/ Troubles du désir)
- Sexualité et ménopause
- Autre : _____

17. Quel est votre degré de satisfaction concernant cet enseignement? **Une seule réponse possible.*

- Pas du tout satisfait.e
- Peu satisfait.e
- Plutôt satisfait.e
- Très satisfait.e

Section sans titre**18. A quel point estimez vous le besoin d'une formation en santé sexuelle? ****1 seule réponse possible**Plusieurs réponses possibles.*

- Besoin urgent
- Besoin d'une formation avant la fin de l'internat
- Besoin d'une formation dans les années post-internat
- Besoin d'une formation continue

Evaluation de la demande de formation en santé sexuelle**19. Seriez vous intéressé.e par un enseignement en santé sexuelle intégré dans votre enseignement de l'internat? ****Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 21.*
- Non
- Ne se prononce pas *Passez à la question 25.*

Section sans titre

20. Pour quelle raison? *

Sélectionnez 1 raison seulement
Une seule réponse possible.

- On ne peut pas tout connaître *Passez à la question 25.*
- Ca ne relève pas de la médecine *Passez à la question 25.*
- L'enseignement dans les différentes spécialités suffit *Passez à la question 25.*
- Le médecin généraliste n'est pas légitime *Passez à la question 25.*
- La prise en charge est à réserver aux médecins spécialistes *Passez à la question 25.*
- Discuter sexualité avec les patients me met mal à l'aise *Passez à la question 25.*
- Autre *Passez à la question 25.*

Section sans titre**21. Quel caractère devrait avoir cet enseignement? ***

1 seule réponse possible
Plusieurs réponses possibles.

- Obligatoire
- Optionnel

22. Quel volume horaire vous paraît nécessaire pour cet enseignement? *

1 seule réponse possible
Plusieurs réponses possibles.

- Moins de 1 journée
- 1 journée
- Entre 1 et 2 journées
- Plus de 2 journées

23. Quel sujet souhaiteriez-vous voir aborder? *

Cochez 2 cases au maximum
Plusieurs réponses possibles.

- Violence sexuelle et/ou conjugale
- Dysfonction sexuelle et FDRCV
- Sexualité et contraception
- Sexualité et vieillissement
- Sexualité et VIH
- Dysfonctions sexuelles (Ejaculation prématurée/Dysfonction érectile/Troubles de l'orgasme/Troubles du désir)
- Identité de genre et ses troubles
- Sexualité et grossesse
- Sexualité et ménopause
- Autre : _____

24. Sous quelle forme? *

Cochez 2 cases au maximum

Plusieurs réponses possibles.

- Cas cliniques
- Jeux de rôle
- Cours magistral théorique
- Intervention de spécialistes médicaux (sexologues médecins/Sage-femmes) et paramédicaux (IDE, Psychologues, kinés...)
- DIU de "Communication en santé sexuelle et médecine sexuelle" durée 1 an
- Inclusion dans le stage mère-enfant
- Cours de théâtre
- Au cours des GEPT (Groupe d'Echange de Pratique Tutoré)
- E-learning
- Autre : _____

Limites au développement de l'enseignement de la santé sexuelle**25. Quel(s) frein(s) vous feraient renoncer à cette formation ? ***

Cochez 2 cases au maximum

Plusieurs réponses possibles.

- Chronophage (consultation 30min minimum)
- Il n'existe pas de diplôme spécialisant reconnu de médecine sexuelle
- Il n'existe pas de cotation spécifique auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (G=25e)
- Le Diplôme Inter-Universitaire d'approfondissement dure 3 ans
- Je suis mal à l'aise avec le sujet de la santé sexuelle
- Aucun
- Autre : _____

26. Remarque.s supplémentaire.s, suggestion.s...

Fourni par

 Google Forms

Serment d'Hippocrate

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
- Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
- Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes consoeurs et confrères si j'y manque.

RESUME

Introduction : La santé sexuelle, définie par l'OMS depuis 1975, fait incontestablement partie de la prise en charge en soins primaires et constitue un enjeu de santé publique manifeste. Malgré cela, les médecins généralistes peinent à aborder le sujet en consultation. Parmi les différents leviers qui permettraient l'amélioration de cet état, l'inclusion d'un enseignement dédié dans la formation initiale apparaît comme un moyen d'avenir. Une dynamique de développement de cet enseignement s'initie depuis 2017 dans plusieurs universités françaises, conformément à la stratégie nationale de santé sexuelle éditée en 2016 par le Haut Conseil de Santé Publique. Actuellement il n'existe pas tel enseignement dispensé aux internes de médecine générale de la faculté de médecine Montpellier-Nîmes.

Objectifs : L'objectif principal est d'évaluer la nécessité d'un enseignement en santé sexuelle pour les internes de médecine générale de l'université Montpellier-Nîmes. L'objectif secondaire est de décrire les caractéristiques que devrait avoir cet enseignement.

Méthode : Etude épidémiologique descriptive transversale unicentrique. Echantillon d'internes de médecine générale de la faculté Montpellier-Nîmes. Diffusion d'un auto-questionnaire par liste courriel de l'université. Analyse statistique au moyen des tests du Chi² et de Fischer.

Résultats : Il ressort de notre étude que les internes possèdent des notions de base, alors que la quasi-totalité déplore toute formation en santé sexuelle, bien que certaines réponses traduisent des comportements potentiellement préjudiciables alors qu'évitables. Ils expriment un intérêt marqué pour une formation en santé sexuelle lors de l'internat, formation qui leur permettrait de gérer les plaintes sexuelles rencontrées lors de consultations qui engendrent un malaise et un sentiment d'impuissance à délivrer des solutions thérapeutiques. Selon eux, cet enseignement devrait être dispensé précocement dans l'internat. Conformément à la tendance nationale, l'enseignement serait court et centré sur les notions de base, mais les thématiques de prédilection ainsi que la forme d'enseignement suggérées constituent une originalité dans le paysage des enseignements en santé sexuelle proposés en France. Pareillement à leurs aînés, ils perçoivent les autres limites de la prise en charge des plaintes sexuelles, sans que ces dernières leur paraissent être une entrave au développement d'un enseignement en santé sexuelle lors de l'internat.

Conclusion : Les internes en médecine générale de la faculté Montpellier-Nîmes possèdent des connaissances malgré une carence de formation. Ils souhaitent un enseignement en santé sexuelle précocement dans l'internat, court, innovant, dispensé par des spécialistes en sexologie, et ce malgré les freins connus à la prise en charge des troubles sexuels.

Mots-clés : Internes médecine générale, formation, santé sexuelle, faculté Montpellier-Nîmes