



**HAL**  
open science

## **La différence de genre entre médecin et patient: un obstacle lors des consultations abordant la sexualité ?**

Pierre Lescure, Victor Baux

### ► **To cite this version:**

Pierre Lescure, Victor Baux. La différence de genre entre médecin et patient: un obstacle lors des consultations abordant la sexualité ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. <dumas-03403253>

**HAL Id: dumas-03403253**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03403253v1>**

Submitted on 26 Oct 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.



HAL Authorization



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**La différence de genre entre médecin et patient: un obstacle lors des consultations abordant la sexualité ?**

# **T H E S E E N B I N Ô M E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 6 Octobre 2021**

**Par Monsieur Victor BAUX**

**Né le 27 décembre 1991 à Oullins (69)**

**Et**

**Par Monsieur Pierre LESCURE**

**Né le 19 mai 1991 à Sainte-Foy-Les-Lyon (69)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

<b>Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan</b>	<b>Président</b>
<b>Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur (MCU-PH) LAGOANELLE-SIMEONI Marie-Claude</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur (MCU-PH) SARI-MINODIER Irène</b>	<b>Assesseur</b>



## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

### **Assesseurs :**

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick  
CHOUX Maurice  
CIANFARANI François  
CLAVERIE Jean-Michel  
CLEMENT Robert  
COMBALBERT André  
CONTE-DEVOLX Bernard  
CORRIOL Jacques  
COULANGE Christian  
CURVALE Georges  
DALMAS Henri  
DE MICO Philippe  
DELPERO Jean-Robert  
DESSEIN Alain  
DELARQUE Alain  
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre  
LAUGIER René  
LE TREUT Yves  
LEVY Samuel  
LOUCHET Edmond  
LOUIS René  
LUCIANI Jean-Marie  
MAGALON Guy  
MAGNAN Jacques  
MALLAN- MANCINI Josette  
MALMEJAC Claude  
MARANINCHI Dominique  
MARTIN Claude  
MATTEI Jean François  
MERCIER Claude  
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges  
MIRANDA François  
MONFORT Gérard  
MONGES André  
MONGIN Maurice  
MUNDLER Olivier  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert

VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAMBUC Roland  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SARLES - PHILIP Nicole  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SEITZ Jean-François  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THIRION Xavier  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène

## EMERITAT

### 2008

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

### 2009

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

### 2010

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

### 2011

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

### 2012

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

### 2013

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

### 2014

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

**2015**

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

**2016**

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

**2017**

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

**2018**

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

## 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

## Honoris causa

<b>1967</b>	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
<b>1974</b>	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
<b>1975</b>	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
<b>1976</b>	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
<b>1977</b>	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
<b>1978</b>	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
<b>1980</b>	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
<b>1981</b>	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
<b>1982</b>	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
<b>1985</b>	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
<b>1986</b>	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

<b>1987</b>	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b>	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
<b>1989</b>	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les Professeurs

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

**2002**

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur  
Sir

T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDA (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

# PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

## PROFESSEUR CERTIFIE

*BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

## PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis  
GUIS Sandrine  
GUYE Maxime  
GUYOT Laurent  
*GUYS Jean-Michel Surnombre*  
HABIB Gilbert  
HARDWIGSEN Jean  
HARLE Jean-Robert  
HOUVENAEGHEL Gilles  
JACQUIER Alexis  
JOURDE-CHICHE Noémie  
JOUVE Jean-Luc  
KAPLANSKI Gilles  
KARSENTY Gilles  
*KERBAUL François détachement*  
KRAHN Martin  
LAFFORGUE Pierre  
LAGIER Jean-Christophe  
LAMBAUDIE Eric  
LANCON Christophe  
LA SCOLA Bernard  
LAUNAY Franck  
LAVIEILLE Jean-Pierre  
LE CORROLLER Thomas  
LECHEVALLIER Eric  
LEGRE Régis  
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale  
LEONE Marc  
LEONETTI Georges  
LEPIDI Hubert  
LEVY Nicolas  
MACE Loïc  
MAGNAN Pierre-Edouard  
MANCINI Julien  
MEGE Jean-Louis  
MERROT Thierry  
METZLER/GUILLEMAIN Catherine  
MEYER/DUTOUR Anne  
MICCALEF/ROLL Joëlle  
MICHEL Fabrice  
MICHEL Gérard  
MICHEL Justin  
MICHELET Pierre  
MILH Mathieu  
MILLION Matthieu  
MOAL Valérie  
MORANGE Pierre-Emmanuel  
MOULIN Guy  
MOUTARDIER Vincent  
NAUDIN Jean  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier  
NICOLLAS Richard  
NGUYEN Karine  
OLIVE Daniel  
OLLIVIER Matthieu  
OUAFIK L'Houcine  
OVAERT-REGGIO Caroline  
PADOVANI Laetitia

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

*VIEHWEGER Heide Elke détachement*

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique ( <i>disponibilité</i> )
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
 CALVET-MONTREDON Céline  
 FORTE Jenny  
 JANCZEWSKI Aurélie  
 NUSSLI Nicolas  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

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

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

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

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

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

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

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

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

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

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

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

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

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

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)  
TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

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

GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)  
MANCINI Julien (PU-PH)

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

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

**CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPANO Patrick (PU-PH)

**ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE**

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

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

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

**CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)  
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
GUERIN Carole (MCU-PH)  
MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERRROT Thierry (PU-PH)  
*VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement*  
DARIEL Anne (MCU-PH)  
FAURE Alice (MCU-PH)  
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)  
  
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)  
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

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

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

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

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

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

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

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

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703**

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

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

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

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

*KERBAUL François (PU-PH) détachement*

MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BRUNET Philippe (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2020 (MOAL Valérie (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2020)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

**NUTRITION 4404**

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

VALERO René (PU-PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**NEUROLOGIE 4901****ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DAVID Thierry (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

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

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre*

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

**HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801**

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

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

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

## **REMERCIEMENTS COMMUNS:**

---

### **Monsieur le Professeur Gentile,**

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider notre thèse.

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

### **Madame le Docteur Aurélie Janczewski,**

Nous te remercions d'avoir accepté de diriger notre thèse, de nous avoir partagé tes connaissances. Merci pour ta disponibilité durant tout ce travail de recherche, ta confiance et ton soutien.

### **Madame le Docteur Lagouanelle-Simeoni Marie-Claude,**

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

### **Madame le Docteur Sari-Minodier Irène,**

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Nous vous en sommes très reconnaissants. Soyez assurée de notre sincère considération.

### **Aux médecins qui ont accepté de faire partie de cette étude,**

Merci à chacun d'entre vous d'avoir pris le temps de répondre à nos questions.

Merci pour votre implication, l'intérêt que vous nous avez témoigné et la sincérité de vos réponses.

## **REMERCIEMENTS Pierre:**

### **A Victor, mon co-thésard,**

Merci pour ces magnifiques années, de rires et de soirées, mais aussi de souffrance dans l'avancement de ces études. Merci pour ces longues heures de travail partagées et ces moments d'angoisse. Tu as toujours su transformer les situations pénibles en risibles. Merci d'être surtout mon ami, mon G.O. et surtout le Duc de Montmaur !

### **A Mathilde,**

Mon amour, merci pour ton aide et ton soutien à chaque instant, et ce depuis plus de 10 ans. Merci de m'avoir donné la chance de participer à ta vie, et merci de m'avoir donné un fils merveilleux. Tu es ma plus grande force. Je t'aime.

### **A mon fils Louis,**

Tu as été notre force dans ces derniers moments de rédaction, et tu fais aujourd'hui notre plus grand bonheur. Merci pour ton calme et ta patience qui nous ont permis de finaliser nos ouvrages avec ta mère.

### **A mes parents,**

Merci pour votre courage et votre détermination dans la vie. Ces valeurs que vous m'avez inculquées m'ont toujours été très précieuses. Merci de votre aide et de votre soutien pendant toutes ces années d'études, et les sacrifices que vous avez fait pour ma réussite. Votre présence au quotidien témoigne une fois de plus votre soutien indéfectible et la confiance que vous m'accordez.

### **A ma sœur, Marie,**

Merci pour ton amour, ta bienveillance et ton rire. Tu es et resteras toujours un pilier dans ma vie. Merci de m'avoir supporté et accueilli chez toi pendant les années de concours. Merci de toujours veiller sur moi, et de m'aider dans la réalisation de chacun de mes projets.

**A Gilles, Chloé et Hugo,**

Merci d'être les rayons de bonheur de notre famille.

Gilles, merci de m'avoir accepté comme un frère. Tu as toujours été présent pour moi et je t'en remercie.

Chloé, Hugo, votre joie, votre insouciance et votre amour me sont tellement précieux. Vous êtes comme mes enfants. Je me languis chaque fois de vous revoir.

**A ma belle-famille,**

Merci de m'avoir accueilli dans votre famille et de faire maintenant partie de la mienne. Vous avez toujours été d'un grand soutien, et même une source d'inspiration pour moi.

Merci à Clément et Amandine pour tous ces bons moments et ceux à venir.

**A ma grand-mère,**

Mamie, merci pour ton amour et ton soutien depuis toujours. Merci d'avoir compris mes absences et l'absence de retour à mes appels. Te rendre fière me comble de bonheur.

**A Régine et Patrick,**

Merci de votre aide quotidienne, tant en mécanique, qu'en préparation culinaire. Vous êtes comme des parents pour moi, et je vous remercie encore pour l'amour que vous me témoignez régulièrement

**A mes cousins, Baptiste, Léa, Anthony,**

Merci pour tous ces bons souvenirs, ces dimanches à jouer dans le jardin, et ces parties de Nintendo 64.

**A Rodolphe et Flora,**

Merci d'avoir toujours été là pour moi, nous. Je ne crois pas me souvenir d'une période de ma vie sans votre présence. Vous êtes les témoins des moments les plus importants de ma vie et pour cela je vous en remercie.

Sachez que j'éprouve une légère excitation concernant votre déménagement prochain sur Aix en Provence. Les postes sont disponibles. Le logement est trouvé.

**A Martin et Maxime,**

Merci d'avoir rendu à ces années de médecine leurs lettres de noblesse. Un bureau de l'AMEUSO comme celui-là, on peut difficilement faire mieux ! Merci pour tous ces moments de pur bonheur. C'est un véritable bonheur de vous revoir à chaque instant.

**A Clément,**

Mon Jerem', merci pour tout ! Tu es là depuis les premiers jours dans cette aventure médicale. Tu as été un pote, puis un colocataire. Maintenant tu es mon témoin et surtout mon ami. Je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta longue et grande carrière. A défaut d'être venu sur Nantes, tu pourras compter sur moi au Canada !

**A Clara P, Margaux, Clara C (+ Jeantou, Kiki, et Polo),**

Les filles, je remercie chacune d'entre vous pour votre folie. Chacune dans votre style. On a vécu ensemble des moments douloureux, mais à mes yeux c'est aussi les moments les intenses de ma vie. Avec vous la P1 c'était un pur bonheur. Je ne vous en remercierai jamais assez.

**A Clémence, Agathe, Anna et Marion,**

Merci pour cette aventure au CHA, ces sous-confs et confs, amilcar 2, et surtout ces nombreux moments de détente à vos côtés, qui ont été pour moi une bouffée d'oxygène. Ma porte vous sera toujours ouverte.

**Aux copains de la faculté de Médecine**, et plus particulièrement à **Yohan, Laure, Florian et Antoine**. Merci pour toutes ces soirées et ces déguisements. Je serais toujours là s'il y a besoin de garder un appartement, vous pouvez compter sur moi.

Merci **Maëva** pour ton sourire lumineux, ton humour et ta folie, et merci d'être le rayon de soleil qui fait le bonheur dans la vie de notre Victor.

**A Léa et Camille,**

Merci d'être les marraines de Mathilde et de toujours veiller sur elle quand je ne le peux pas. Merci de votre soutien et de votre amour au quotidien. Toujours disponible pour organiser une petite surprise ou simplement surfer la vague à Mimizan. Vous êtes des amies en or.

**A mes co-internes,**

Merci à **Morgane**, mais surtout à **Aline et Baptiste**, pour le plus merveilleux de tous les semestres d'internats. Ces 6 mois ont permis un accouchement, une histoire d'amour, beaucoup de chansons, et même un SHEEP Protocole. Merci les copains pour votre présence et votre soutien.

Merci également à **Dorothee** et **Mathias**, pour ce semestre aux urgences. J'ai eu plaisir à participer à cette petite compétition avec vous, et j'espère vous recroiser prochainement.

**A mes super collègues, Morgane, Claire, Alycia, Julie,**

Merci pour votre soutien, votre présence, et votre aide pendant cette année 2020 compliquée. Une expérience en demi-teinte, mais des rencontres incroyables. Merci pour les cafés, les histoires sur la GJ, le PG2-strepsil, et tout ce qui s'ensuit...

**Aux médecins** qui m'ont permis d'aimer ce travail, et notamment la gériatrie, Merci au **Dr GILBERT** et au **Dr REVEL**, les premiers, les lyonnais sudistes.  
Merci au **Dr BERNARD Fanny**, pour sa bienveillance et sa rigueur.  
Merci au **Dr BRASSAC Julien**, pour son aide précieuse, sa gentillesse, et ses bons conseils.

## **REMERCIEMENTS VICTOR:**

**A mon co-thésard Pierre**, merci d'avoir fait ce travail avec moi et surtout merci infiniment d'avoir gardé l'appartement de Villard-de-Lans. Nous avons parcouru ensemble cet énorme chemin qu'est la thèse. Nous nous sommes serré les coudes lors des moments difficiles mais nous avons aussi eu beaucoup de fous rires pendant ce travail. Je te souhaite beaucoup de bonheur a toi et ta petite famille. J'espère surtout que **Louis** sera meilleur à Fifa que toi.

**A Maëva**, ma chérie, mon amour, ma vie ne cesse d'être merveilleuse depuis que je t'ai rencontré. Ton sourire et ta joie m'ont permis de surmonter bon nombre d'épreuves lors de ces longues années d'études. Nous avons pu nous serrer les coudes lors des moments difficiles et partager beaucoup de rires avec toutes les personnes rencontrées durant notre internat. Tant de merveilleux souvenirs avec toi me traversent l'esprit en écrivant ces mots. C'est grâce à toi que je suis devenu l'homme que je suis aujourd'hui et je t'en remercie. Sache que ma plus belle récompense c'est de t'avoir rencontré et que tu sois à mes côtés tout au long de ma vie. Je t'aime.

**A mes parents**, merci pour votre soutien et tout l'amour que vous m'avez apporté. Vous avez toujours été derrière moi durant toutes mes années d'études. Vous avez toujours été là pour m'encourager malgré mes choix parfois... bizarre. **Maman** tu as toujours su trouver les mots pour me reconforter et me permettre d'aller de l'avant. **Papa** tu as toujours été bienveillant et de bons conseils même lors des exercices de mathématiques après chaque repas à l'île de Ré.

**A mon grand frère Alexis**. Nous nous sommes éloignés mais sache que tu auras toujours une place particulière dans mon cœur. Nous avons partagé beaucoup de souvenirs ensemble. Je me rappelle que chaque mois tu m'offrais mon manga

One Piece lorsque je passais ma P1. Des petites attentions qui m'ont aidé et touché. Je suis fière de ce que tu es devenu et de ce que tu es.

**A mes oncles, mes tantes, mes cousins et cousines.** J'ai passé avec vous de merveilleux moments. Que ce soit à Dardilly, à Cassis ou encore à danser sur Just Dance, nous avons partagé ensemble bon nombre de fous rires et de joie.

**A ma belle-famille** merci de m'avoir accueilli dans votre merveilleuse famille. **Jean-Louis** et **Bettina** vous avez toujours été bienveillants avec moi, toujours de bons conseils. Nous nous retrouvons maintenant dans une belle aventure ensemble dans la contrée de Montmaur où nous allons nous construire de beaux souvenirs.

A la nouvelle famille Mousset, vous respirez le bonheur et êtes un exemple pour moi. **Vanessa** ton maniement de l'arc en Legolas m'a toujours impressionné tout comme ta bonne humeur et ta gentillesse. **Guillaume** j'espère que tes conseils en immobilier et en bitcoin me rendront riche et célèbre un jour...

A **Gata** mon mécanicien traitant et mon partenaire de Whisky je te rattraperai un jour dans ce domaine. PS la vidange de la 206 est bientôt à faire. A **Manue** aussi rebelle que gameuse. On t'a décrit comme un petit démon mais au fond tu es un vrai petit ange. C'est toujours un plaisir de passer des vacances chez vous. Je peux manger toutes les bêtises que je n'ai pas le droit d'habitude... Vous êtes un exemple de complicité.

**Solène** tu es une personne pétillante, pleine de vie et de bonne humeur. Je suis impatient de partager plein d'aventures avec toi.

Aux minoux, **Laure** tu es d'une maturité exemplaire pour gérer ton Jules, ton rire communicatif et ton style toujours soigné te caractérise. **Jules** grand pataud que tu es, tu ne rate pas une occasion de te rouler par terre a notre grande surprise.

A **Mathis** mon meilleur ami, je serais ton plus grand supporter quand tu commenceras ta carrière en NBA. Continue de tryhard pour battre tous ces noobs.

**A ma seconde famille : « la smala »** : Vous avez toujours été là, vous m'avez aidé à me construire. Vous retrouvez est toujours un moment de joie intense. C'est une longue et belle histoire d'amitié qui n'est pas près de s'arrêter. **Thomas** tu

es la personne avec qui j'ai grandi dans ce beau lotissement du Clos Sylvestre, à jouer au foot, au carte magic , à mario tennis. On n'arrive toujours pas à comprendre comment tu pouvais regarder des après-midi entiers le championnat de Curling. Et maintenant tu es devenu papa avec ta douce **Camille** qui peut s'avérer parfois une vraie tigresse, particulièrement autour d'un jeu de société. Je vous souhaite plein de bonheur avec **Martin**. **Sophie** ma bibiche, quelle joie communicative tu peux avoir. Qu'est ce qu'on s'est marré ensemble, à Saint maxime et au Saint Hilaire. Te voir t'énerver contre toi au Tennis car tu as « mangé trop de chocolat ». Je te souhaite tellement de bonheur avec ton **Pierrot**. **Océan** quelle belle fleur tu es, un de tes confrère Druide n'hésiterai pas une seconde pour te cueillir. Tu es une véritable maman pour nous et nous t'en remercions. **Alice** et **Charles**, quelle bouffée de légèreté quand on est avec vous. Votre petite famille est tellement chou, on a hâte de vous revoir et surtout d'admirer la reine de la planche à voile. **Martin** je t'ai toujours vu heureux, sourire au lèvres (sauf quand tu as traversé le parquet du chalet de Camille à la montagne) , toujours prêt à faire mille choses. Tu as trouvé ta voix en Espagne mais j'espère secrètement te voir revenir en France. **Yoann** mon Yoyo, mon frère de médecine. Qu'est ce qu'on en a fait des conneries ensemble. Sans toi ces études n'auraient pas eu le même goût. A nos leggings léopards et nos manteaux de fourrure. A ta coupe si caractéristique en lendemain de soirée. Qu'est ce qu'on a rit ensemble. A **Amaury**, mon momo, tu es comme un frère pour moi. Nous nous connaissons depuis le Collège et nous nous suivons depuis. Nous avons vécu beaucoup de belles choses ensemble De Belgique au Dour Festival, au col de Balme, à des trails en pleine nuit frontale allumée. Au plaisir de se retrouver autour d'un bon plat préparé par tes petites mimines. Tu te rapproche petit à petit de Gap avec ta belle **Coline** et nous allons faire, je te le promets, encore de belles bêtises car comme dirait Gérard Depardieu « Il vaut mieux faire des conneries que s'économiser ».

**A la communauté des hauts alpins : Rémi et Pauline** une belle amitié s'est créée entre nous. Rémi GMI haut alpins tu m'a donné le goût des échecs (au désespoir de Maëva) et toi Pauline même si tu ne comprends jamais rien je t'adore. PS : Rémi tu nous dois toujours une casserole. A **Dame Tuch** de la Coquette fan d'Avril Lavigne et à **Flobûche** maître international de la plus longue préparation échiquienne je vous remercie de ce que vous m'apportez et de vos conseils. A

**Anaïs** (reine du blindtest) et **Romain** (l'homme duvet) mes colloc' que de fous rires et de belles soirées boardgaming avec vous qui ne font que commencer à Gap. Sans oublier **Manon**, **Etienne**, **Baptiste**, **Aline**, **Alexis**, **Joris**, **Capucine**, **Ben**, **Justine**, **Maëlle**, **Clément** vous avez rendu la vie Gapençaise encore plus belle que ce qu'elle n'était déjà.

**A toutes ces belles rencontres tout au long de ces longues années d'études** : mon **Chattounet** avec qui j'ai vécu une belle colocation rue des trois Pierre à jouer des nuits entières à Dota. A mon **Flofou**, frère de Teuf avec ta danse si particulière et nos marches interminables dans Lyon à écouter des musiques atroces. A **Mathilde** avec ton rire de dauphins, petit Pépino qui est devenu maman.

A **Gaëliz**, **Matthias**, **Raphaël**, **Camille**, **Franck** membre du camping d'Arles je vous remercie pour ce que vous êtes et ce que vous m'avez apporté.

**A tous les docteurs** qui m'ont aidé à me construire et à grandir en tant que médecins : **Nico**, **Sylvia**, **Julia**, **Docteur Saint-Pierre**, aux **services des Urgences** de Gap.

## Table des matières:

<b>Table des matières:</b>	<b>1</b>
<b>1. Introduction :</b>	<b>5</b>
1.1. Sexualité, santé et société:	5
1.1.1. Historique et évolution de la sexualité:	5
1.1.2. Normes sexuelles et attentes sociales:	7
1.1.3. Sexualité et Politique:	7
1.2. La place de la médecine générale en santé sexuelle:	8
1.2.1. L'avenir de la médecine libérale:	8
1.2.2. Définition et compétences du médecin généraliste:	8
1.2.3. Santé Sexuelle et Santé Reproductive:	9
1.2.4. La santé sexuelle: un enjeu de santé publique:	10
Epidémiologie: dysfonctions sexuelles, IST:	10
Epidémiologie: violences sexuelles:	11
1.3. L'exercice médical selon le genre:	12
<b>2. Matériel et méthodes:</b>	<b>13</b>
2.1. Type d'étude:	13
2.1.1. Les différents types d'approches en analyse qualitative:	13
2.1.2. Le choix de l'analyse par « théorisation ancrée »:	13
2.2. Recherche préalable:	14
2.3. Population étudiée et échantillonnage :	14
2.3.1. Population d'étude :	14
2.3.2. Echantillonnage:	15
2.4. Le recueil des données:	15
2.4.1. Description du guide d'entretien:	15
2.5. L'analyse des données:	17
2.6. Ethique:	18
<b>3. Résultats:</b>	<b>19</b>
3.1. Population étudiée:	19
3.1.1. Caractéristique des médecins étudiées:	19

3.1.2. Caractéristiques des entretiens:	19
3.2. Modélisation des résultats:	20
3.3. Le contexte du patient :	21
3.3.1. Caractéristique du patient : âge	21
3.3.2. Caractéristique du patient : statut social	22
3.3.3. Caractéristique du patient : différence socio culturelle et/ou religieuse	22
3.3.4. Caractéristique du patient : patient atteint de maladie chronique et/ou incurable	23
3.3.5. Facteurs de vulnérabilité:	24
3.4. Le contexte du médecin:	25
3.4.1. L'éducation sexuelle:	25
3.4.2. Consultation dédiée : prendre le temps	25
3.4.3. Les facteurs environnementaux du médecin:	26
3.4.4. Meilleure connaissance de son genre sexuel:	26
3.4.5. L'expérience personnelle du médecin:	27
3.4.6. Manque de connaissance et de formation sur le sujet:	27
3.5. Les questions et les doutes du médecin:	28
3.5.1. Les doutes du patient vis-à-vis des compétences du médecins:	28
3.5.2. La sexualité n'est pas un motif de consultation pour les patients:	29
3.5.3. Absence de consultation de suivi dédiée:	29
3.5.4. Les préjugés du médecin:	30
3.6. Posture, légitimité, et réflexivité du médecin:	31
3.6.1. Le cabinet médical : un espace de parole libre:	31
3.6.2. Le médecin généraliste : un spécialiste de premier recours:	31
3.6.3. Sexualité individuelle et singulière:	32
3.6.4. Connaissance de la sexualité du genre opposé:	32
3.6.5. Les limites du médecin vis-à-vis de la sexualité:	33
3.6.6. Le médecin : un interlocuteur de choix pour ses compétences et ses conseils:	33
3.6.7. Curiosité du médecin généraliste : formation médicale continue:	34
3.6.8. Le lien avec le patient : rôle du médecin de famille:	34

3.6.9. Professionnalisme : la posture du médecin	35
3.7. Comment aborder la sexualité en consultation ?	36
3.7.1. Sujet abordé par le patient comme motif principal de la consultation:	36
3.7.2. Sujet évoqué de façon détournée:	37
3.7.3. Sujet abordé par le médecin:	37
3.7.4. Aborder la sexualité via une autre pathologie:	38
3.7.5. Influence de la présence d'un accompagnant:	39
3.8. Les techniques pour aborder la sexualité:	39
3.8.1. Motifs facilitant la consultation sur la sexualité:	39
3.8.2. Importance et utilité dans l'interrogatoire:	40
3.8.3. Outils de communication:	41
3.8.4. Éviter l'ambiguïté:	42
3.8.5. Techniques pour l'examen clinique:	43
3.8.6. Médecine Préventive:	44
3.8.7. Obtenir le consentement:	45
3.8.8. Réassurance, mise en confiance et mise en condition:	46
3.8.9. Adapter sa communication, son comportement:	47
3.8.10. L'absence de jugement du médecin:	48
3.8.11. Orienter le patient vers un autre intervenant:	49
3.9. La sexualité : un sujet à part ?	50
3.9.1. La sexualité est un problème au second plan:	50
3.9.2. La sexualité masculine : un problème mécanique	50
3.8.3. La sexualité dans une vision globale de la santé:	50
3.9.4. La sexualité, un sujet universel:	51
3.9.5. Dualité de la sexualité : problème médicale versus problème psychique	52
3.9.6. Impact sur la qualité de vie:	52
3.10. La consultation sur la sexualité : une consultation gênante.	53
3.10.1. Difficulté d'aborder le sujet avec un patient du sexe opposé:	53
3.10.2. Gêne ressentis par le médecin:	54
3.10.3. Les motifs de gêne du patient selon le médecin:	56
3.10.4. Sexualité: au coeur de l'intime:	57

3.10.5. La sexualité, un sujet toujours tabou:	57
3.11. Les réticences du médecin pour aborder certains aspects de la sexualité:	58
3.11.1. Sexualité, désir, consentement et relationnel:	58
3.11.2. La sexualité : une problématique de couple:	59
3.11.3. La sexualité et son retentissement psychologique:	60
3.11.3. Pression ressentie par le médecin:	61
3.10.4. Attirance, relation de transfert et contre transfert:	62
<b>4. Discussion :</b>	<b>64</b>
4.1. Critique de l'étude et validité:	64
4.1.1. Forces de l'étude: Pertinence de la méthode qualitative et originalité de l'étude:	64
4.1.2. Faiblesses de l'étude:	64
4.1.2.1. Biais d'investigation:	64
4.1.2.2. Biais de sélection:	65
4.2. Comparaison avec la littérature:	65
4.2.1. Le thème de la sexualité: un sujet délicat:	65
4.2.2. Le vécu des médecins femmes lors des consultations abordant la sexualité:	67
4.2.3. Le vécu des médecins hommes lors des consultations abordant la sexualité:	68
4.3. Perspectives:	69
<b>5. Conclusion :</b>	<b>72</b>
<b>6. Bibliographie :</b>	<b>74</b>
<b>7. Annexes :</b>	<b>78</b>
Annexe 1. Grille d'entretien du médecin Généraliste :	78
Annexe 2: Modélisation : L'impact du genre sur la consultation médicale abordant la sexualité:	81
Annexe 3: Caractéristiques des médecins interviewés:	82
<b>8. Liste des Abréviations:</b>	<b>85</b>

## **1. Introduction :**

Le concept de santé est une valeur centrale et entérinée du monde contemporain. Ces dernières décennies il a été démontré que la sexualité faisait partie intégrante de la santé de chaque individu. (1)

La notion de santé sexuelle émerge de plus en plus au sein des instituts. Il est d'ailleurs devenu un des objectifs nationaux de programme d'amélioration en termes de santé publique. (2)

La place de la sexualité est désormais reconnue comme source de bien-être et de santé. Elle est malheureusement trop souvent négligée par les médecins. (3)

En effet, trop peu de médecins abordent la thématique de la sexualité spontanément avec leurs patients, malgré une demande croissante de ces derniers. (3)

### **1.1. Sexualité, santé et société:**

#### **1.1.1. Historique et évolution de la sexualité:**

Au milieu des années soixante, la découverte et la diffusion de la pilule contraceptive a radicalement modifié la place et le statut de la sexualité dans la société et dans le champ de la santé publique. (5)

Cette découverte a donné un fondement médical à la sexualité. Elle a renforcé la légitimité sociale de cette dissociation entre activité sexuelle érotique et procréation.

Au cours de ces mêmes années, les sexologues américains Masters et Johnson ont élaboré la théorie de la "réponse sexuelle humaine" et de l'orgasme, en attribuant à l'activité sexuelle sa propre finalité érotique, au plan biologique et psychophysiologique, indépendamment de la procréation. (6)

Ces deux chercheurs ont grandement contribué à l'autonomisation d'une fonction sexuelle, en visant à l'obtention du plaisir par rapport aux fonctions reproductives des organes génitaux.

C'est l'adjonction entre la mise au point d'une méthode contraceptive efficace, permettant la régulation des naissances, et la découverte de l'orgasme, qui ont contribué à la "révolution sexuelle", en faisant apparaître le plaisir comme nouvelle finalité. (7)

L'activité sexuelle est alors rendue légitime puisqu'elle est inscrite dans un équilibre biologique et psychologique.

La question du plaisir sexuel et du traitement des dysfonctions sexuelles est abordée plus tardivement, autour de 1975, où la prise en charge médicale s'intègre dans le cadre de la santé publique.

C'est seulement en 1974 que le concept de santé sexuelle apparaît lors d'une conférence de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cela marque un tournant dans le processus de légitimation de la dissociation entre l'activité sexuelle reproductive et non reproductive, et développe les principes de bien-être et d'épanouissement de la personne. (8)

La santé sexuelle s'inscrit donc comme un nouveau concept culturel de la sexualité, fondée sur la reconnaissance du caractère positif de l'activité sexuelle non reproductive, de son autonomisation par rapport à la vie reproductive et sur la reconnaissance du rôle de la médecine pour réaliser et soutenir les transformations proposées.

En 2002, L'OMS insiste lors d'un rapport sur cette nouvelle définition de la sexualité, faisant partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. (9)

De 2002 à 2010, L'OMS poursuit son travail et exige que la santé sexuelle s'incrive dans une approche positive et respectueuse de la sexualité, en y ajoutant des principes fondamentaux: la possibilité d'avoir des relations sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence, dans le respect des droits sexuels des personnes. (10)

De plus, la santé sexuelle s'enrichit également de concepts majeurs: elle ne signifie pas seulement l'absence de maladie, mais aussi le respect et l'absence de violence, en lien avec les droits humains.

La santé sexuelle n'est donc pas un but en soi mais une ressource quotidienne de la vie, un concept positif mettant l'accent sur les ressources physiologiques, psychiques, socioculturelles, ainsi que sur les capacités individuelles à les mettre en œuvre. (11)

Les préoccupations autour de la sexualité des patients s'inscrivent donc dans une approche holistique de l'individu, centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.

#### 1.1.2. Normes sexuelles et attentes sociales:

Les fondements sociétales de la sexualité s'appuie sur un "ordre traditionnel" où la sexualité est strictement identifiée à la procréation et au couple marié hétérosexuel.

A partir des années 1960-70, émerge un nouveau modèle de "conjugalité intersubjective", les pratiques sexuelles des hommes et des femmes se diversifient et se rapprochent. Les femmes ont une attitude beaucoup plus active dans l'interaction sexuelle.

La relation de couple ne se conçoit plus sans une activité sexuelle régulière et désirée par les deux partenaires.

Ces évolutions traduisent l'émergence d'un nouveau régime normatif mettant en avant l'égalité entre hommes et femmes, l'importance de la communication et le partage entre conjoints. Ce nouveau cadre social valorise la réciprocité et le bien-être personnel et relationnel, mais il oblige l'individu à une "réflexivité sur la vie sexuelle".(12)

#### 1.1.3. Sexualité et Politique:

La sexualité est depuis toujours un enjeu de santé publique, mais elle est progressivement devenue un enjeu sociétal et politique. Cela peut s'expliquer par la démocratisation de la méthode contraceptive, et par la lutte pour la législation de l'avortement menée par Simone Veil en 1975. Ensuite, l'épidémie du SIDA va représenter une mise en lumière de la liberté sexuelle et de ces pratiques.

La société et le gouvernement, par la mise en place de campagnes de préventions et de soins, vont alors devenir des acteurs prépondérants et mettre la sexualité sur le devant de la scène politique. Cela a contribué à la définition d'une ligne de conduite des pratiques sexuelles.

Aujourd'hui, la lutte pour la liberté sexuelle notamment l'homosexualité, la bisexualité et les problématiques d'identités sexuelles reste un sujet de revendication majeur, enclin à des enjeux politiques importants. Parmi les combats actuels, on peut également évoquer celui de la lutte pour la libération et l'égalité des droits des femmes, avec l'émergence récente du mouvement "METOO".

Tous ces sujets sociologiques abordant le thème de la sexualité, sont très souvent repris par le monde politique. Cela peut malheureusement conduire à établir des normes et des codes sociétaux, pouvant être responsables de courants de pensées critiquables, tels que l'homophobie, la misogynie, les violences sexuelles, etc. (12)

## **1.2. La place de la médecine générale en santé sexuelle:**

### **1.2.1. L'avenir de la médecine libérale:**

Aujourd'hui, le médecin généraliste occupe une place prépondérante au cœur du soin primaire, dans une population française vieillissante et avec une démographie croissante. (13)

Malgré une volonté d'augmentation du nombre total de médecins formés, on constate ces dernières années une baisse conséquente de la proportion de médecins généralistes s'installant en cabinet libéral. En effet, le nombre de médecins généralistes a baissé de 0,9% depuis 2020 et de 9% depuis 2010. La croissance annuelle moyenne est de -0,9% selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). (14)

Nous sommes également face à une féminisation de la profession de médecin généraliste. Au premier janvier 2021, les femmes représentent 51,5% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière, confirmant cette féminisation de la profession. (14)

L'accès aux soins n'est donc plus assuré correctement sur l'ensemble du territoire et à l'heure actuelle, de plus en plus de patients peinent à trouver un médecin généraliste. (15)

La France, ainsi que de nombreux pays, est donc confrontée à cette problématique sanitaire: moins de médecins pour soigner une population croissante et vieillissante. (16)

### 1.2.2. Définition et compétences du médecin généraliste:

Selon le ministère des Solidarités et de la Santé, le rôle du médecin généraliste est “d’être confronté à des questions de santé et à des patients qu’il commence par écouter pour mieux les examiner: questions sur les douleurs, les antécédents, les habitudes de vie et les problèmes professionnels ou personnels [...] Le médecin généraliste a un rôle important dans la prévention. Il contribue ainsi à réduire les risques de maladies ou de complications ultérieures par des informations, des questions et des conseils adaptés”. (17)

Selon les définitions de l’OMS, la sexualité est un aspect central de l’être humain qui se construit tout au long de la vie. Elle prend en compte le sexe, les identités et les rôles socialement associés aux genres, l’orientation sexuelle, l’érotisme, le plaisir, l’intimité et la reproduction. (1)

Aborder la sexualité fait donc partie intégrante des compétences de prise en charge globale du médecin généraliste comme définis en 2002 par la World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA). (18)

### 1.2.3. Santé Sexuelle et Santé Reproductive:

La définition de la santé sexuelle retenue par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) repose sur celle de l’OMS: “La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d’avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risques, ni coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis”. (19)

Le HCSP considère que la santé sexuelle concerne toutes les personnes, quels que soient leur âge ou leur forme d'expression sexuelle. Elle repose sur la capacité de développer et maintenir des relations interpersonnelles, d'apprécier son propre corps, d'interagir avec les deux sexes de façon respectueuse, d'exprimer de l'affection, de l'amour et d'avoir des relations d'intimité d'une manière compatible avec ses propres valeurs.

La santé reproductive implique que les personnes puissent avoir une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, avec la capacité et la liberté de décider ou non de concevoir des enfants, si elles le souhaitent et quand elles le désirent.

La santé sexuelle englobe le développement sexuel et la santé reproductive. D'une manière générale, les trois grands axes de la sexualité (plaisir, affection, procréation) sont considérés, quelles que soient les traditions culturelles et religieuses. De manière constante, le respect de la dignité des personnes, de leur consentement, le principe d'autonomie et le principe de bienveillance s'y inscrivent.

#### 1.2.4. La santé sexuelle: un enjeu de santé publique:

La promotion de la santé sexuelle constitue une problématique et un enjeu de santé publique dans le soin primaire.

En France, la première stratégie nationale de santé sexuelle a été lancée en 2016 par le HCSP en partenariat avec la ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Madame Marisol Touraine. Elle définit à l'horizon 2030 les grandes orientations nationales, partagées au niveau interministériel, en faveur d'une meilleure santé sexuelle.

La stratégie nationale de santé sexuelle investit le champ de la santé sexuelle et reproductive sous un angle global et positif et dans un cadre partagé au niveau interministériel. Ses orientations stratégiques 2017-2030 s'articulent autour des grandes priorités suivantes :

- Promouvoir la santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes;
- Améliorer le parcours de santé en matière d'infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH et les hépatites virales;
- Améliorer la santé reproductive;
- Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables;

- Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle
- Prendre en compte les spécificités de l'outre mer. (2)

a) Epidémiologie: dysfonctions sexuelles, IST:

Selon l'enquête sur le Contexte de la Sexualité en France (CSF) on constate que la part des dysfonctions sexuelles est importante. En effet on relève que 65,4% des femmes et 33,5% des hommes déclarent avoir déjà eu des troubles sexuels. Parmi ces patients souffrant de dysfonctions sexuelles 22,2% d'entre eux n'ont jamais consulté de médecin à ce sujet. (20)

Cependant, il est à ce jour acté que celles-ci sont à l'origine d'un retentissement non négligeable sur la qualité de vie de chaque personne, et sont fortement corrélées à l'augmentation des scores de dépression et d'anxiété. (21) De plus, les dysfonctions sexuelles affectent aussi la sexualité du ou des partenaires, ainsi que la qualité de vie et l'harmonie du couple.

Concernant les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), on retrouve également des chiffres en hausse, en particulier pour les infections à Chlamydia et Gonocoque. En effet, en 2019 le nombre d'infections à Neisseria Gonorrhoeae n'a cessé d'augmenter (+21%) par rapport à 2017.

Concernant l'infection à Chlamydia Trachomatis, entre 2017 et 2019, le nombre de diagnostics d'infection a augmenté de 29%. Cette progression est plus marquée chez les femmes de 15 à 24 ans, avec une hausse de 41%. Elle est tout de même de +38% chez les hommes. (22)

b) Epidémiologie: violences sexuelles:

Concernant les violences sexuelles, leur prévalence est également très préoccupante.

En 2008, 16% des femmes et 5% des hommes déclarent avoir subi des viols ou des tentatives de viols au cours de leur vie. Parmi les femmes de 18 à 59 ans, 0,5% déclarent avoir été victime de ces faits l'année précédant l'enquête.

L'enquête VIRAGE réalisée en 2015 par l'Institut National d'Étude Démographique (INED) retrouvent des chiffres toujours aussi alarmants.

En effet, celle-ci révèle que chaque année 62 000 femmes seraient victimes de viol ou de tentative de viol et 580 000 auraient subi au moins une agression sexuelle. A noter que 1,4% des femmes ont subi ces violences au sein du couple.

Au total, au cours de sa vie 1 femme sur 26 est violée et 1 sur 7 est agressé sexuellement. (23)

### **1.3. L'exercice médical selon le genre:**

De plus en plus de patients sont demandeurs d'une prise en charge globale de la part de leur médecin généraliste. Cela incluant leur santé sexuelle.

Le genre du médecin est un facteur qui influence le comportement du patient, dans ses choix et son attitude. Du fait de la féminisation de la profession, la relation médecin-patient est en évolution (22).

Une étude française réalisée en 2016 a comparé la relation médecin-patient en fonction du genre du médecin. Les résultats de cette étude montrent que les patients pour qui le genre du médecin est un critère de choix, choisissent un praticien du même sexe. (24)

Ceci est expliqué par un phénomène d'identification. Le patient supposant que le médecin est plus à même de le comprendre, s'il ressent ou vit les mêmes choses que lui. Si le patient souhaite évoquer un problème intime, le choix du médecin généraliste en fonction de son genre devient prépondérant. Ceci est d'autant plus vrai dans la population féminine. (25)

Il apparaît donc important d'intégrer le genre dans la médecine et la recherche. Cela répond à un questionnement à la fois scientifique et éthique, afin de lutter contre les inégalités et les discriminations qui touchent les hommes et les femmes dans les domaines de la santé. (26)

L'objectif principal de cette étude est de chercher à comprendre comment la différence de genre entre médecin et patient influence les consultations de médecine générale abordant la sexualité.

## **2. Matériel et méthodes:**

### **2.1. Type d'étude:**

#### **2.1.1. Les différents types d'approches en analyse qualitative:**

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons fait le choix d'une méthode qualitative par analyse d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la région PACA, de mars 2020 à février 2021. (27)

L'objectif était d'explorer les différents mécanismes pour aborder la question de la sexualité en consultation de médecine générale, et les freins en lien avec le genre sexuel du patient et du médecin.

Il existe différents concepts méthodologiques en recherche qualitative : la méthode dite de « théorisation ancrée », la biographie, l'ethnographie, l'étude de cas et la phénoménologie. (28)

#### **2.1.2. Le choix de l'analyse par "théorisation ancrée" :**

Notre choix s'est porté sur la méthode dite de "théorisation ancrée". Cette méthode implique de créer une nouvelle théorie, plutôt que d'appliquer des théories préexistantes, concernant un sujet qui a été peu exploré jusqu'à présent. (24)

Pour réaliser cette méthodologie, nous nous sommes référés aux ressentis, aux émotions et à l'expérience des médecins pour le restituer fidèlement.

Un carnet de bord a permis de conserver les observations réalisées lors des entretiens et de constituer la liste des pistes à suivre ultérieurement, afin d'orienter en conséquence la collecte des données.

## **2.2. Recherche préalable:**

Une recherche bibliographique sur la thématique étudiée a été faite au début de ce travail, avant la réalisation des entretiens. Celle-ci a été volontairement limitée pour minimiser les préjugés et ne pas orienter les réponses des médecins lors des entretiens semi-dirigés.

La revue de littérature a été ensuite reprise à la fin de notre étude, soit au stade final du codage des entretiens afin d'étayer les théories et concepts émergents.

La recherche bibliographique a été effectuée à partir de plusieurs banques de données: SUDOC, PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, CAIRN, le site de la Haute Autorité de Santé(HAS), le site de l'OMS et le site de Santé Publique France.

Nous avons également réalisé une étude approfondie de l'analyse qualitative afin d'améliorer notre connaissance sur cette méthodologie de recherche.

## **2.3. Population étudiée et échantillonnage :**

### **2.3.1. Population d'étude :**

La population de cette étude est composée de médecins de la région PACA, uniquement majeurs, de tous âges, ayant une activité professionnelle variée en médecine générale. Pour obtenir un échantillon le plus représentatif possible, nous avons souhaité une diversité des pratiques médicales.

Pour rester conforme à la méthodologie de la recherche qualitative, le nombre de médecins à inclure dans notre étude n'a pas été déterminé à priori. Nous avons appliqué le principe de la saturation des données, c'est-à-dire un arrêt des investigations lorsqu'aucune nouvelle information pertinente n'est apparue sur plusieurs entretiens successifs. (29)

### 2.3.2. Echantillonnage:

Dans une étude qualitative l'échantillon n'est pas randomisé mais raisonné. Il n'a donc pas pour but d'obtenir un panel de participants représentatifs de la population, mais d'interroger des participants que l'on suppose être concernés par la théorie émergente. Les critères de sélection ont été fondé sur le jugement des deux chercheurs, afin d'obtenir la plus grande diversité de participants, en se référant à l'échelle anglosaxone Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). (30),(Annexe 4).

Les premiers médecins généralistes ont été recrutés par connaissance, en particulier dans les cabinets médicaux dans lesquels les investigateurs ont exercé en tant qu'interne ou médecin remplaçant.

Par la suite, l'échantillonnage a été réalisé en "boule de neige", permettant d'obtenir une population hétérogène et variée. (31)

Tous les participants ont été inclus sur la base du volontariat.

Pour ne pas influencer le recrutement des participants, la question de recherche n'était pas annoncée avant le début des entretiens. Les participants étaient uniquement informés de la thématique de recherche: la différence de genre sexuel entre médecin et patient.

## **2.4. Le recueil des données:**

### 2.4.1. Description du guide d'entretien:

Nous avons choisi d'effectuer des entretiens semi-dirigés, pour favoriser la libre expression des médecins sur le thème de la différence de genre entre médecin et patient.

L'élaboration du guide d'entretien a été réalisée conjointement par les deux chercheurs, encadrés par leur directrice de thèse, après une documentation sur la méthodologie de celui-ci. Le but du guide d'entretien est d'aborder l'ensemble des thèmes de l'étude à travers différentes questions exposées aux médecins.

Il a été constitué exclusivement de questions ouvertes, rédigées en entonnoir et agrémentées de relances et de reformulations, dans l'optique d'obtenir des entretiens fluides et naturels. Ce guide d'entretien a été l'interface entre la conceptualisation de l'étude et sa mise en œuvre. (Annexe 1)

Ce guide d'entretien a été testé sur un médecin appartenant à l'entourage d'un des investigateurs. Ceci a permis une amélioration du guide et l'obtention d'une information la plus juste possible au moment de l'étude.

#### 2.4.2. Réalisation des entretiens:

Les entretiens individuels, semi-dirigés, ont été réalisés entre mars 2020 et février 2021.

Pour ne pas cloisonner le travail et la réflexion, et pour enrichir la triangulation de la recherche, chacun des deux investigateurs a réalisé des entretiens avec les médecins.

Chaque entretien a été réalisé par un seul investigateur. Celui-ci avait le double rôle de poser les questions et de recueillir les réponses, en respectant la grille d'entretien et en utilisant des techniques de relances et de reformulation, sans influencer le médecin dans son discours.

Les investigateurs ont donc adopté une posture neutre et une écoute active et empathique.

L'ensemble des entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique, ou d'un téléphone portable. Ils ont ensuite été intégralement retranscrits mot par mot sur un ordinateur via le logiciel Microsoft Word. Pour garantir l'anonymisation des données, quatre lettres et un chiffre ont été attribués à chaque participant dès la retranscription de l'entretien.

Tout au long des entretiens, les deux investigateurs ont pris des notes sur la communication non verbale et les silences des médecins. La prise de note a été limitée au strict minimum, afin de ne pas interrompre les médecins dans leur récit. Ces notes ont ensuite été intégrées dans la retranscription.

Chacun des interviewés a été informé en début d'entretien du thème de la recherche, du principe de l'entretien et de son enregistrement vocal, ainsi que de l'anonymisation des données. Le consentement de chaque participant a été recueilli au début de l'entretien.

La saturation des données a été obtenue lors de l'entretien n°19, confirmée par les entretiens n°20 et n°21.

Les entretiens ont été conduits en fonction de la disponibilité des médecins et des investigateurs. Vingt et un entretiens ont été réalisés, 18 lors d'un rendez-vous physique au sein du cabinet du médecin généraliste interrogés. Trois autres entretiens ont été réalisés par visioconférence du fait de la situation sanitaire liée au COVID-19.

## **2.5. L'analyse des données:**

L'analyse qualitative des données a été réalisée selon la méthode de la théorisation ancrée de P.Paillé, adaptée de la Grounded Theory de B.Glaser et A.Strauss. (32)

Cette méthodologie de recherche est fondée sur une comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain. Son but est la construction d'une théorie à partir de données empiriques.

Dans un premier temps nous avons procédé à un codage ouvert (ou codage longitudinal). Les groupes de mots, appelés *verbatim*, qui constituent le *corpus* ont été encodés uns à uns de façon ouverte.

Ensuite nous avons réalisé un codage thématique (ou codage axial) afin de permettre la création de catégories: chacun des *verbatim* a été étiqueté d'un code. Enfin, les codes obtenues ont été mis en relation les uns avec les autres, pour créer des catégories révélant des concepts plus globaux. Cela correspond au codage sélectif qui permet la création d'un modèle basé sur l'émergence de nouvelles théories "ancrées" dans le récit des personnes interrogées.

Une triangulation des données a également été réalisée par le double codage de l'ensemble des entretiens.

Un carnet de bord a également été tenu par les deux investigateurs de l'étude, pendant toute la durée de la recherche dans le but de conserver des notes de terrain, des questionnements, des ressentis ou des opinions.

## **2.6. Ethique:**

Chaque participant de l'étude a été sélectionné sur la base du volontariat, et son consentement a été systématiquement recueilli avant le début de l'entretien. Chaque participant a été informé de la possibilité d'annuler sa participation à l'étude à tout moment.

L'anonymisation des données a été réalisée par la méthode de la pseudonymisation. La pseudonymisation est un traitement des données personnelles, réalisé pour que l'on ne puisse plus attribuer les données relatives à une personne physique sans avoir recours à des informations supplémentaires. En pratique la pseudonymisation consiste à remplacer les données directement identifiantes d'un jeu de données par des données indirectement identifiantes.

Notre travail initial avait pour objectif d'étudier l'impact du genre entre les médecins femmes et les patients hommes dans les sujet abordant la sexualité en consultation de médecine générale.

Nous avons déposé une demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) afin de pouvoir interroger les patients.

Nous avons reçu une réponse défavorable de ce dernier.

Après discussion avec notre directrice de thèse, Dr JANCZEWSKI, notre travail de recherche s'est finalement recentré sur l'ensemble des médecins généralistes quelque soit leur sexe.

### **3. Résultats:**

#### **3.1. Population étudiée:**

##### **3.1.1. Caractéristique des médecins étudiées:**

Parmi les médecins interrogés, 11 étaient des femmes et 10 étaient des hommes. Leur âge variait de 28 ans à 66 ans, pour une moyenne d'âge de 40,7 ans. Sur l'ensemble des médecins, 5 sont des médecins remplaçants, et les 16 autres sont installés dans leur cabinet médical, seul ou dans un cabinet de groupe.

##### **3.1.2. Caractéristiques des entretiens:**

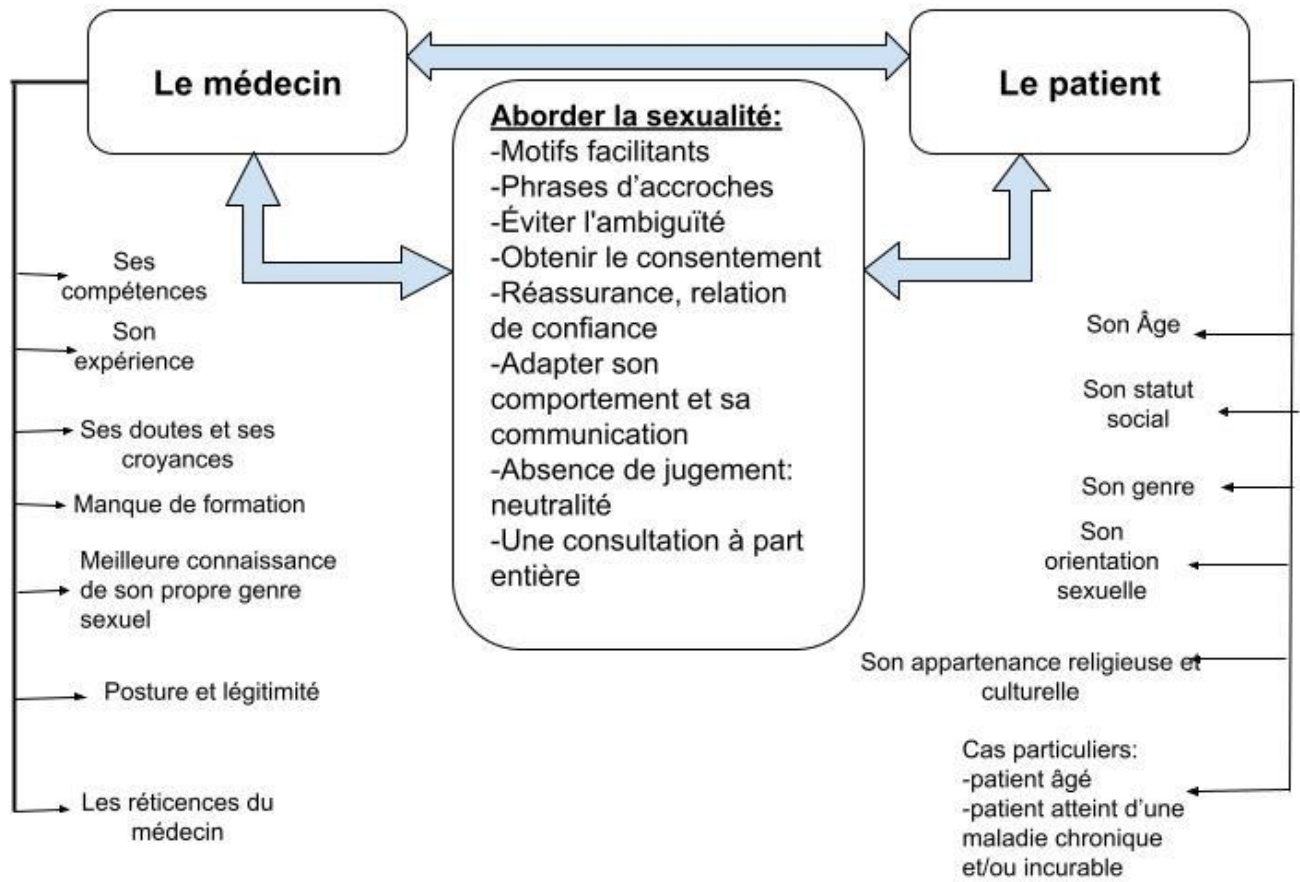
Sur les 21 entretiens réalisés, 18 ont été réalisés en face à face, dans une pièce calme et fermée au sein du cabinet du médecin généraliste recruté.

Les 3 autres entretiens ont été réalisés par visioconférence, au vu de l'obligation sanitaire liée à la pandémie mondiale du COVID.

Les entretiens ont duré entre 17.46 minutes et 48.48 minutes, pour une moyenne 29.26 minutes. (Annexe 3)

La saturation des données a été obtenue au 19<sup>ème</sup> entretien, confirmé par les entretiens n°20 et n°21

### 3.2. Modélisation des résultats:



(Annexe 2)

### **3.3. Le contexte du patient :**

#### **3.3.1. Caractéristique du patient : âge:**

L'âge du patient joue un rôle crucial dans l'abord de la sexualité en médecine. La majorité des médecins interrogés trouvent qu'il est plus facile d'aborder le sujet avec un patient du même âge voir plus jeune.

*MF5VB : Je me sens plus à l'aise avec une personne jeune, qu'une personne âgé*

*MH3PL : c'est vrai que plus les patients sont jeunes, même si je n'ai pas de frontières d'âge défini, plus c'est facile d'aborder la sexualité.*

Selon eux, cela peut s'expliquer par le fait que chez les patients du même âge ou plus jeunes, les sujets abordant la sexualité sont plus nombreux et sont plus prépondérants que chez les personnes âgées (contraception, IST, grossesse etc.)

*MF4PL : Dans cette tranche des 30-50 ans ... c'est là où on est confronté à des troubles de la sexualité plus ouvert.*

*MH2PL : tu ne vas pas spontanément demander à des personnes âgées comment se passe leur sexualité [...] parce qu'il y a moins d'enjeux que ce soit en termes d'IST ou de grossesse.*

A contrario, les médecins interrogés ont une certaine difficulté à évoquer le sujet avec des patients plus âgés qu'eux.

*MF4VB : Je ne connais pas trop la sexualité des personnes âgées donc j'ai du mal à me projeter.*

*MH5PL : on aborde peut-être un peu moins spontanément la sexualité chez les gens de 60-70 ans sans doute à tort.*

### 3.3.2. Caractéristique du patient : statut social:

Un médecin interrogé pense que le statut social du patient peut avoir un impact dans le déroulement de la consultation dédiée. En effet le statut "couple" ou "célibataire" peut avoir un impact dans ces consultations:

*MF3PL : Je dirais qu' être en couple ou célibataire peut avoir une influence. Chez un patient célibataire je vais plus m'encquérir sur le fait qu'il utilise bien des protections par rapport aux IST.*

### 3.3.3. Caractéristique du patient : différence socio culturelle et/ou religieuse:

Ce travail nous a montré qu'il existe un certain embarras, quelque soit le genre du médecin, à l'abord de la sexualité chez des patients présentant une culture différente:

*MF1PL: Les patients d'origine maghrébine ont un regard sur la sexualité différent du mien [...] il y a affrontement d'idéologie.*

*MH1PL: il y a beaucoup de femme qui sont originaires du Maghreb, de confession musulmane, de cultures africaines, et c'est vrai que c'est plus dur d'aborder ce sujet avec elles car elles sont plus réservées, plus discrètes la dessus*

D'autres évoquent la difficulté d'initier une discussion chez un patient appartenant à une religion et pratiquant:

*MH2PL: C'est sur qu'avec la religion tu peux te retrouver avec des difficultés. Mais finalement cela concerne toutes les religions, mais surtout avec les personnes très pratiquants. Je pense que le sexe dans n'importe quelle religion, ce n'est pas forcément le truc dont on parle le plus.*

*MH5PL: Chez les gens qui ont une pratique religieuse très rigoureuse. C'est un sujet qui est mal, voire non traité du tout.*

#### 3.3.4. Caractéristique du patient : patient atteint de maladie chronique et/ou incurable:

Une autre difficulté à aborder la sexualité en lien avec le patient, est celle de la personne malade. En effet, les patients atteints de pathologie lourde peuvent parfois être "oubliés" sur leur sexualité. Lors de nos entretiens, un médecin a souligné ce propos.

*MH3PL: Je pense que j'ai des lacunes sur la sexualité quand on est malade. Là je reconnais que c'est compliqué. Un patient dépressif ou polypathologique ou atteint d'un cancer... ce n'est pas quelque chose que j'aborde spontanément.*

*MH3PL: Avec les patients qui ont des problèmes psychiatriques, j'ai beaucoup de mal. Ce sont des patients qui ont probablement des problèmes de sexualité mais je ne m'y consacre pas. Je ne sais pas si le problème c'est que j'ai du mal à l'aborder ou le fait que je sois obnubilé par leur pathologie somatique ou psychiatrique.*

### 3.3.5. Facteurs de vulnérabilité:

Deux facteurs de vulnérabilité ont été identifiés lors de cette étude. Ils provoquent un point de vigilance accrue chez les médecins interrogés et permettent une vigilance accrue lors de ce type de consultation. Le premier facteur correspond à penser que chez les patients dépressifs les troubles de la libido peuvent aggraver la situation.

*MF1VB: Chez des patients dépressifs ayant des problèmes de couple, j'aborde la sexualité.*

*MF3VB: Parfois, ça peut être abordé de manière détournée s'il y a un problème de dépression sous-jacente avec des problèmes de libido.*

Le second facteur de vulnérabilité que l'on trouve dans cette étude, est le cas des patientes en situation de précarité et les violences faites aux femmes. En effet, selon les médecins interrogés, cette caractéristique de la population représente une alerte, conduisant un interrogatoire plus poussé sur la sexualité.

*MH1PL: Dans le centre où je pratique, on a une population très précarisée. Il y a cet aspect de violences faites aux femmes.*

*MH3PL: La précarité sociale a un impact majeur. Le fait d'être une femme précaire chez moi ca déclenche une réaction où j'ai tous les warnings qui s'allument pour me dire qu'il y a une alerte.*

### **3.4. Le contexte du médecin:**

#### **3.4.1. L'éducation sexuelle:**

Lors de l'étude, des médecins ont précisé l'importance d'une éducation sexuelle chez les jeunes patients. Celle-ci est nécessaire à la compréhension des différentes pathologies et sensibilise les plus jeunes à la sexualité.

Cette éducation pouvant être faite par le médecin lui-même, en parallèle des parents mais également à l'école.

*MH3PL: Je reprend un peu les connaissances, notamment anatomique, sur la sexualité des jeunes filles. Identifier avec elle l'utérus ou le col, comprendre ce que sont les HPV, mais aussi parler du cancer du col de l'utérus.*

*MH2PL: Ce n'est pas forcément au médecin généraliste de tout faire. Je pense qu'il y a aussi une part d'éducation qui doit être faite à l'école.*

#### **3.4.2. Consultation dédiée : prendre le temps:**

La sexualité est un sujet délicat dans notre société. Il est donc difficile pour un patient d'en parler librement. Par conséquent, il est important pour le médecin de créer une zone de confiance. Ceci passe par le fait d'avoir une consultation dédiée, un espace de parole et savoir prendre le temps avec le patient.

*MF3VB: C'est un sujet intime, qui prend du temps donc il faudrait faire une consultation dédiée.*

*MF2PL: Ce qui est important c'est le temps dans la consultation [...] Donc il faut avoir du temps, laisser parler le patient.*

*MF5PL: L'important c'est de créer un espace de parole*

### 3.4.3. Les facteurs environnementaux du médecin:

Pour aborder la sexualité, plusieurs facteurs sont nécessaires. Certains sont indépendants de la volonté du médecin, et deviennent un obstacle au bon déroulement de la consultation.

Quelques uns des médecins ont évoqué ces problématiques: la fatigue, les difficultés des consultations précédentes, etc.

*MF5PL: clairement la fatigue et surtout la difficulté des consultations que l'on a eues auparavant, peut entraîner une attitude différente avec le patient qui vient parler de sexualité*

*MH1VB: Tu sens qu'il y a des patients plus détendus, avec qui tu peux prendre plus de le temps. Et tu sens qu'avec d'autres c'est plus difficile, ils sont plus procéduriers.*

### 3.4.4. Meilleure connaissance de son genre sexuel:

On remarque en interrogeant les médecins, qu'ils ont plus de facilité à aborder ce type de consultation s'ils ont le même genre sexuel que le patient.

En effet, être du même sexe rendrait plus facile le conseil et la réassurance vis à vis du patient.

*MF1VB: Je connais mieux le corps d'une femme que d'un homme. J'aurai moins de conseil à lui donner que si c'était une femme.*

*MH5PL: Je me sens plus à l'aise avec les hommes, tout simplement parce qu'en étant moi-même un homme, c'est plus simple et plus facile de les conseiller, de les rassurer*

### 3.4.5. L'expérience personnelle du médecin:

L'étude nous montre que l'expérience du médecin facilite la prise en charge des consultations dédiées à la sexualité.

D'une part, en parler librement et régulièrement permet d'y accéder plus aisément:

*MF2PL: Je pense que tout est une question d'habitude, et que si tu as l'habitude d'en parler, c'est plus facile.*

*MF5PL: Comme toutes questions difficiles, plus on l'aborde, plus on est à l'aise.*

D'autre part, l'âge du médecin et les expériences passées rendent plus aisé l'abord de la sexualité:

*MF4VB: J'en parle beaucoup plus facilement que quand j'avais 15 ans de moins et que je débutais ma pratique.*

*MH5VB: Avec l'âge ça m'est plus facile maintenant. Et avec l'expérience aussi.*

*MH1PL: Au début de ma carrière c'était compliqué, mais maintenant ça l'est beaucoup moins.*

### 3.4.6. Manque de connaissance et de formation sur le sujet:

Un des sujets récurrents dans cette étude et qui provoque chez les médecins, femmes ou hommes, un obstacle à l'abord de la sexualité, est le manque de connaissances et de formation dans ce domaine. Qu'il s'agisse de compétences théoriques, ou de formation pratique avec l'apprentissage de stratégies de communication.

*MF3VB: En médecine générale, on ne nous apprend pas forcément dans nos études à aborder la sexualité .*

*MF2PL: Je trouve qu'on n'est pas très bien formé à la gestion de cette situation.*

*MH2PL: Il n'y a pas vraiment de formation pour aborder la sexualité en médecine générale, et d'ailleurs de formation de communication en médecine générale.*

### **3.5. Les questions et les doutes du médecin:**

#### 3.5.1. Les doutes du patient vis-à-vis des compétences du médecin:

Un des problèmes soulevés par cette étude est le doute qu'ont les patients par rapport aux compétences et connaissances du médecin sur le sujet de la sexualité. D'une part, ce sujet sortirait du domaine d'expertise du médecin généraliste et aurait moins sa place en consultation qu'un problème cardiaque ou autre complication organique.

*MF1VB: Je pense que le patient ne se sentirait pas légitime de nous le demander, parce que pour lui ça ne serait pas adapté, ça sortirait de notre champ de compétence.*

D'autre part, il existe chez les médecins interrogés, l'idée que la différence de genre accentue cette sensation de manque de compétences ressenties par le patient. En effet, pour lui un médecin aura plus de difficulté à comprendre et à résoudre un problème sexuel chez un patient du sexe opposé.

*MF1PL: "Ca vous ne pouvez pas le comprendre mademoiselle". Je me suis senti rejetée d'une discussion abordant le thème de la sexualité, parce que j'étais une femme.*

*MH4VB: Elles sont gênées du fait aussi que je ne fais pas de gynécologie, que je ne suis peut-être pas le bon interlocuteur .*

### 3.5.2. La sexualité n'est pas un motif de consultation pour les patients:

Dans ce travail de recherche, nous nous sommes aperçus, et c'est ce que nous allons voir dans ces deux prochains paragraphes, toute la difficulté chez les femmes comme chez les hommes de parler de sexualité avec son médecin, que ce soit pour des lésions organiques ou des problématiques dans leur intimité. Cela démontre que les problématiques sexuelles ne sont pas considérées par les patients comme des enjeux de santé, justifiant une consultation médicale.

*MH4VB: Les femmes de 25-45 ans qui parlent de sexualité c'est rarissime [...] elles sont un peu pudiques.*

*MF1VB: Je pense que les hommes consultent très peu pour leur sexualité en général, que se soit avec une médecin femme ou homme.*

### 3.5.3. Absence de consultation de suivi dédiée:

Nous venons de voir que chez les patients, femmes et hommes, il existe une difficulté pour aborder le sujet avec son médecin.

Nous nous sommes aperçus qu'il est aussi difficile pour les médecins femmes d'évoquer et de réaliser un suivi chez un patient homme. En effet, selon elles, il n'existe pas de consultation dédiée comme le suivi gynécologie chez une femme. Ceci peut provoquer un frein, une gêne, pour évoquer la sexualité avec ces patients.

*MF1VB: Les hommes on ne les voit pas, parce qu'il n'y a pas de renouvellement de pilule.*

*MF5VB: Je me sens un peu gênée de discuter sexualité avec un homme car je n'ai pas de consultations qui s'y prête. Avec les femmes il y a des consultations gynécologiques.*

*MF3PL: Etant donné que chez les hommes il n'y a pas de suivi gynéco, c'est compliqué d'aborder le sujet.*

#### 3.5.4. Les préjugés du médecin:

L'abord de la sexualité est un sujet enclin aux préjugés, pouvant interférer et impacter la consultation. Ceux-ci peuvent être portés sur l'âge, la religion, l'origine du patient, ou encore les habitudes de vie et les pratiques sexuelles.

Ces préjugés peuvent provoquer des croyances et des freins lors de la consultation, quel que soit le sexe du médecin.

*MH1PL: Quand je reçois une femme d'origine musulmane, voilée, d'emblée je me dis qu'aborder le sujet de la sexualité est plus problématique. Peut être que non, mais je me le représente comme ça. Mais au final, je n'ai jamais eu parmi ces femmes de confession musulmanes de blocage de leur part pour aborder la sexualité, ce qui me montre bien que j'ai un préjugé envers elle.*

*MH2PL: Chez les personnes plus âgées, tu te dis qu'il y a moins d'enjeux en termes d'IST. Mais c'est vrai qu'on voit de plus en plus de jeunes retraités qui ont des rapports sexuels occasionnels et des partenaires multiples.*

### **3.6. Posture, légitimité, et réflexivité du médecin:**

#### **3.6.1. Le cabinet médical : un espace de parole libre:**

En médecine générale, les patients livrent leur intimité au médecin. Pour faciliter ceci il est nécessaire de créer un cadre de confiance. Cela commence au cabinet médical qui doit être un espace de parole libre, et un lieu où doit régner une atmosphère de confiance.

*MF5PL: Je pense que nous, en tant que médecin, on doit créer un espace de parole. Déjà parce que nous sommes astreints au secret médical, mais surtout parce que le cabinet médical est un endroit de confiance où les gens ne se sentent pas jugés.*

*MF5PL: Apporter cet espace de parole et le protéger, c'est quelque chose auquel je suis fermement attaché.*

#### **3.6.2. Le médecin généraliste : un spécialiste de premier recours:**

Le médecin généraliste est le soignant de premier recours pour les patients. Il est donc important pour lui d'être sensibilisé à ce genre de consultation. Dans cette étude, ce sont les médecins hommes qui ont appuyé cette importance.

*MH2VB: Je pense que l'on est au premier plan car on est les médecins de premier recours.*

*MH2PL: Le médecin généraliste est le premier rempart, c'est-à-dire le premier médecin que les patients consultent. Donc, par la force des choses, forcément il faut qu'il maîtrise un peu dans ce domaine là.*

### 3.6.3. Sexualité individuelle et singulière:

Selon les médecins interrogés dans cette étude, la sexualité est une variable. Elle diffère selon les croyances, le ressenti de la personne en face, mais aussi celui du médecin lui-même. En effet, écouter, l'évoquer, discuter, et résoudre les problèmes de ces consultations dépend également de ses propres croyances, de son vécu, et de ses expériences. La sexualité est propre à chacun. Elle est personnelle.

*MF2PL: La sexualité c'est aussi et surtout des convictions personnelles.*

*MF2PL: Il y a tout de même cette idée d'une sexualité normale. Alors qu'en fait non, selon les couples, selon l'âge, la culture, et surtout la personne, la sexualité est très différente et propre à chacun.*

*MF5PL: Je pense que la sexualité et la façon dont on l'aborde font partie de qui on est en tant que personne.*

### 3.6.4. Connaissance de la sexualité du genre opposé:

Comme nous l'avons vu, la connaissance de la sexualité des patients est complexe, du fait que celle-ci soit multiple. La connaissance de la sexualité vient avant tout de ses expériences personnelles. Un médecin nous a exposé son appartenance sexuelle, et les connaissances de la sexualité du genre opposé que cela engendre.

*MH3PL: être un homme est un obstacle pour la compréhension de la sexualité par rapport à ma propre sexualité, car je suis homosexuel. Donc je ne connais rien de la sexualité des femmes, si ce n'est ce que j'ai appris des consultations dans le cadre de ma profession.*

### 3.6.5. Les limites du médecin vis-à-vis de la sexualité:

Lorsque nous avons abordé les limites de la sexualité avec les médecins généralistes, nous avons eu des réponses diverses. Pour certains, les limites concernent les bornes mises dans la consultation, en fonction de ce qui était entendable ou non. Pour d'autres, il s'agit avant tout des limites personnelles dans le champ des compétences du domaine de la sexualité.

*MH4PL: moi je me concentre sur le côté médical et le bien être du patient. Les histoires, les disputes, ce n'est pas mon domaine.*

*MH3PL: J'ai l'impression de partir de plus loin que d'autres confrères hétérosexuels. Le fait d'avoir une sexualité avec une femme me semble quand même être une des étapes à la compréhension de la sexualité féminine.*

### 3.6.6. Le médecin : un interlocuteur de choix pour ses compétences et ses conseils:

Le médecin endosse différents rôles au sein de la consultation: un rôle de soignant, mais aussi de conseiller de part son expérience et ses compétences. Son écoute et ses connaissances permettent au patient de comprendre et de trouver des réponses à leurs problématiques.

*MH3PL: Je me sens concerné dans mon rôle de conseil. Notamment chez les hommes qui ont des problèmes d'impuissance, quel que soit leur âge.*

*MH3PL: Je les aide à comprendre la complexité du phénomène de l'érection, qu'ils ont tendance peut-être à sous-estimer en pensant que ce n'est qu'une histoire de virilité.*

*MH4PL: Il y a certaines problématiques sexuelles qui sont très importantes où parfois j'ai l'impression de pouvoir apporter aussi par mon expertise ou mon expérience des solutions à mes patients.*

### 3.6.7. Curiosité du médecin généraliste : formation médicale continue:

Nous avons vu que les sujets abordant la sexualité peuvent être une difficulté pour les médecins notamment vis-à-vis de leur formation médicale sur le sujet. Cependant, celle-ci peut également éveiller la curiosité du médecin et permettre une formation personnelle afin de répondre au mieux au problème posé lorsque celle-ci lui sera soumis une nouvelle fois.

*MF5PL: D'avoir un patient qui est venu me parler de PREP parce qu'il avait un souci, ça m'a permis de me pencher sur la question, et cela m'a enrichie. Et surtout ça me permet d'avoir plus de facilité à aborder le sujet.*

*MF5PL: En fait, j'essaie de prendre le temps avec les patients à la fin de la consultation pour poser des questions, afin de m'enrichir personnellement sur des sujets que je ne maîtrise pas.*

### 3.6.8. Le lien avec le patient : rôle du médecin de famille:

Nous avons vu qu'un cadre de confiance doit être instauré pour que le sujet de la sexualité soit abordé plus facilement par le patient et par le médecin. Ceci se fait grâce à la relation créée entre le médecin et le patient. Cette relation se construit sur le long cours. Dans l'étude, les médecins, homme ou femme, montrent qu'une longue relation avec le patient facilite cette consultation.

*MF4PL: Plus on connaît le patient, plus c'est facile d'en parler, il faut une certaine confiance pour que les gens nous parlent.*

*MF5PL: Maintenant je me sens vraiment leur médecin de famille. Je prends ça comme une marque de confiance. Ils ont fini par me voir pour me parler de leurs problèmes intimes.*

A contrario, certains médecins ont évoqué le fait qu'une relation longue entre un médecin et un patient peut avoir des conséquences contraires: la gêne de parler de sexualité avec quelqu'un de "familier".

*MF2PL: Parler de sexualité avec un médecin qui nous connaît alors que nous n'en avons jamais discuté peut-être gênant.*

*MH5VB: Les gens que l'on connaît très bien vont être plus gênés parce qu'on a cette relation un peu plus "familial".*

### 3.6.9. Professionnalisme : la posture du médecin:

La sexualité est un sujet sensible dans notre société. En parler à son médecin peut être une véritable épreuve pour le patient comme pour le médecin. Dans notre étude, tous les médecins, homme ou femme, ont insisté sur l'importance de la posture du médecin lors de ces consultations. Il faut avant tout montrer que les médecins sont des professionnels de santé, d'une part pour mettre un cadre dans le dialogue et d'autre part dans un contexte de réassurance.

En effet, la sexualité est un problème de santé et le médecin est là pour écouter le patient et essayer de résoudre ses problématiques.

*MF3VB: J'essaie d'être la plus rigoureuse possible, dans une position médicale. Si je suis à l'aise, l'image que je vais dégager sera une position détendue, et lui il va le ressentir.*

*MF3PL: Quand j'enfile ma blouse, je n'ai plus de sexualité.*

*MH3VB: C'est important d'être toujours dans le professionnel et de savoir qu'il y a une frontière infranchissable.*

*MH5VB: Il faut rester professionnel, mettre un cadre , être empathique. Ne pas déborder dans le sympathique. Je renforce le cadre si je me sens déstabilisé, pour ne pas me laisser déborder.*

### **3.7. Comment aborder la sexualité en consultation ?**

#### **3.7.1. Sujet abordé par le patient comme motif principal de la consultation:**

Les médecins, lors de cette étude, ont affirmé que l'abord de la sexualité vient avant tout du patient lui-même. Il est rare que le médecin évoque spontanément le sujet. La plupart du temps, c'est le patient qui lance le sujet, ou son/sa conjoint(e). Le fait que le patient s'exprime sur ce sujet enlève une certaine gêne qui peut s'instaurer dans la discussion et facilite le déroulé de la consultation.

*MF5VB: Si c'est le patient qui aborde le sujet ça ne me pose aucun soucis de discuter de sexualité avec lui, que se soit un homme ou une femme.*

*MF2PL: Souvent se sont les patients qui vont l'aborder, plus que moi qui vais leur demander.*

### 3.7.2. Sujet évoqué de façon détournée:

Il existe des consultations facilitant l'abord de la sexualité. Chez la femme, les consultations évoquant la contraception en font parti. Chez l'homme on remarque que ce sont les dysfonctions érectiles qui permettent au médecin de mettre un pied dans leur sexualité. Cela reste tout de même assez difficile.

En effet c'est un sujet encore tabou et souvent évoqué en fin de consultation, ce qui ne rend pas aisé son abord par le médecin.

Dans cette étude, cet obstacle est particulièrement évoqué par les médecins femmes.

*MF1VB: Je n'ai eu que des renouvellements de type VIAGRA, mais toujours en fin de consultation, et on n'aborde pas vraiment le sujet.*

*MF5PL: En fait, chez les hommes avec des troubles de l'érection ou des traitements, c'est à ce moment que tu abordes la question de la sexualité.*

### 3.7.3. Sujet abordé par le médecin:

Nous venons de voir dans le paragraphe précédent que dans la plupart des cas c'est le patient qui évoque le sujet. Selon la majorité des médecins, cela désacralise la chose et permet de rebondir sur le sujet plus facilement.

Cependant, dans notre travail de recherche un médecin a appuyé sur le fait que c'est lui qui aborde le sujet et cela est bien reçu par les patients.

*MH1PL: Un médecin qui s'occupait de la sexualité m'avait dit : "tout vient de vous". Elle voulait en fait me dire que les blocages venaient en fait de nous, les médecins. Si l'on apprend à se débloquer, on s'aperçoit que les patients en parlent plus librement. C'est à ce moment que j'ai compris qu'on pouvait parler de tout avec ses patients. Il faut juste trouver le bon moment et les bons mots.*

*MH1PL: Les patients sont tellement contents que l'on aborde le sujet. Parce que si on ne l'aborde pas nous même, il ne l'aurait jamais abordé eux.*

#### 3.7.4. Aborder la sexualité via une autre pathologie:

Nous venons de voir que chez les hommes les dysfonctions érectiles sont une porte d'entrée pour évoquer le domaine de la sexualité avec eux. Mais les médecins abordent également le sujet via bon nombre d'autres pathologies. Celles-ci sont d'une aide précieuse pour ouvrir une discussion qui peut être, comme nous l'avons vu, délicate.

*MF4VB: Chez le patient hypercholestérolémique, plus ou moins diabétique, oui je pose la question sur la qualité de l'érection.*

*MH3VB: Abordée chez les femmes plus jeunes dans un contexte de dyspareunies, d'infections urinaires, d'infections génitales.*

*MH4VB: Je parle souvent de libido sur les syndromes dépressifs.*

*MH3PL: Je l'abordais déjà de manière décomplexé chez la jeune fille de 11-13 ans en rapport avec la vaccination HPV.*

#### 3.7.5. Influence de la présence d'un accompagnant:

La présence d'un accompagnant en consultation provoque parfois une majoration de la difficulté pour le médecin d'aborder certains sujets. Ceci se confirme particulièrement avec le sujet de la sexualité. L'accompagnant peut être un frein pour le patient ainsi que pour le médecin.

*MF1VB: Il y avait la compagne de monsieur à côté donc je n'ai pas creusé.*

*MF5PL: Souvent pour les adolescentes c'est difficile de les voir seule. On les voit souvent avec leurs parents donc du coup il y a des choses qui ne sont pas faciles à aborder devant eux.*

*MH2VB: Autant contraception ça passe, autant IST, savoir si elle a déjà eu des rapports c'est vrai que ça peut être gênant... gênant vis-à-vis de la patiente elle-même mais aussi vis-à-vis de la mère.*

### **3.8. Les techniques pour aborder la sexualité:**

#### **3.8.1. Motifs facilitant la consultation sur la sexualité:**

Nous avons constaté que certains motifs de consultation permettait d'accéder plus facilement au sujet de la sexualité avec les patients.

Il s'agit principalement des consultations de gynécologie ou de contraception qui permettent d'aborder plus aisément le sujet de la sexualité avec les patientes de sexe féminin.

*MF5PL: avec les filles c'est plus facile, tu peux l'aborder avec la contraception ou le suivi gynécologique avec le frottis.*

Dans cette étude, nous avons également constaté qu'aborder la sexualité avec des patients ayant un âge inférieur à celui du médecin engendre une certaine facilité du point de vue du médecin.

*MF4PL: Quelqu'un de 18 à 25 ans, ça pourrait être presque mon enfant et du coup ça m'est plus facile de discuter de ça.*

De la même manière, plusieurs médecins ont fait émerger l'idée qu'il est plus facile d'aborder la sexualité avec un patient du même sexe:

*MH1VB: La plupart des femmes préfèrent voir une femme pour parler de ce genre de sujet.*

### 3.8.2. Importance et utilité dans l'interrogatoire:

Quelques médecins interviewés pensent que l'abord de la sexualité dans leur interrogatoire présente un intérêt majeur, et qu'il serait même nécessaire de l'intégrer dans des questions systématiques lors de la consultation de médecine générale.

*MF3VB: si je pose la question c'est que j'estime que c'est important pour la consultation.*

*MH1PL: il ne faut pas avoir peur de poser les questions pertinentes, parce que finalement le patient nous en remercie par la suite.*

*MH2PL: peut-être qu'il faudrait effectivement mettre en place un interrogatoire systématique pour tous les patients afin que l'on ne passe plus à côté de ces sujets là, qui ont certainement des problématiques sous-jacentes.*

### 3.8.3. Outils de communication:

Pour aborder la sexualité en consultation, les médecins interrogés utilisent différents outils ou supports.

Cela leur permet de remettre la sexualité dans un contexte scientifique voire anatomique.

Certains utilisent davantage un support visuel ou numérique.

*MH2VB: Je vais facilement leur donner des sites Internet où elles pourront aller chercher l'information et ainsi avoir une idée générale. Ça permet d'aborder le sujet sans aller trop loin, de dédramatiser la chose.*

*MH3PL: j'utilise des planches anatomiques avec une description gynécologique notamment. Donc je me sers souvent d'un support papier avec des dessins et des tableaux.*

Alors que pour d'autres, l'abord de la sexualité se fait sur une approche plus verbale. Il s'agit donc d'utiliser les mots adaptés, tout en trouvant un temps dédié pour évoquer ce sujet qui peut paraître intrusif de la part du patient.

*MF5PL: Lorsque je parle de sexualité, j'essaie toujours de dire les mots, les vrais mots. On peut mal se comprendre si on ne dit pas les vrais mots, et c'est compliqué de comprendre une problématique médicale si on ne sait pas exactement de quoi on parle.*

*MH1PL: mes outils de communications se résument principalement à ma parole. Je n'utilise pas de documents, fiches ou dessins. C'est du verbal. C'est uniquement par l'entretien que je construis avec elle, et évidemment il faut trouver le bon moment pour l'aborder.*

Évoquer la sexualité dans un contexte de prévention semble être une des solutions les plus utilisées par l'ensemble des médecins interrogés.

*MH5PL: ma technique c'est de l'aborder dans un contexte de prévention, de dépistage, de choses qui parlent et qui paraissent évidente au patiente dans mon rôle de médecin généraliste. Je parle des violences physiques, morales ou sexuelles et après j'enchaîne en demandant au patient s'il a eu des rapports avec des hommes, des femmes, ou les deux.*

*MH3PL: quand je reçois une dame je cherche tout de suite à savoir si elle prend une contraception. C'est ma porte d'entrée pour aborder la sexualité.*

Pour certains médecins, aborder la sexualité avec leurs patients hommes nécessite de poser une question ouverte et assez direct:

*MH4PL: chez les hommes je dirais qu'il faut simplement leur poser la question. Une question très simple, qui peut aboutir ou pas à un développement du sujet de sa part.*

*MF2PL: j'ai remarqué qu'avec les hommes il y a souvent ce sourire gêné au début, mais une fois que tu l'abordes, ça les soulagent. Il faut être direct sans les mettre mal à l'aise.*

#### 3.8.4. Éviter l'ambiguïté:

Nombreux des médecins interrogés ont exprimé l'importance d'éviter toute ambiguïté avec le patient. On constate cependant que pour éviter celle-ci, les médecins femmes cherchent avant tout à imposer un cadre à leur patient homme.

*MF1VB: c'est sur que j'aurais un abord plus professionnelle avec un homme pour éviter toute ambiguïté.*

*MF1PL: si je sens qu'il peut y avoir une attirance, ou que le patient peut avoir une ambiguïté, là oui, ça me met très mal à l'aise d'aborder le sujet.*

Concernant les médecins hommes, on retrouve une certaine inquiétude quant au ressenti de la patiente femme lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

*MH4VB: il y a ce que tu penses, et ce que tu vas projeter par rapport à l'autre. Qu'est ce qu'elle va penser ?*

*MH5PL: je trouve que parfois on s'empêche de regarder une poitrine, on s'empêche de déshabiller les femmes parce que sans doute, on a peur de mal faire ou d'aller au-delà de ce que la patiente souhaiterait.*

#### 3.8.5. Techniques pour l'examen clinique:

Dans cette étude, nous avons interrogé les patients sur leur attitude lors de l'examen clinique.

Quelques médecins ont évoqué l'importance de mettre des gants pendant l'examen, afin de mettre une certaine distance avec le patient.

*MF1PL: je pense, un peu comme tout le monde, que je mets des gants. Au-delà du fait de l'hygiène, je pense que ça marque une certaine distanciation.*

*MF3PL: Pour l'examen des parties génitales je met des gants*

De plus, une femme médecin a évoqué l'idée que le patient homme devait être autonome pour l'examen de son sexe lors de la consultation.

*MF4PL: S'il doit me montrer son sexe, se décalotter, je lui demande de le faire seul. C'est à lui de le faire, pas à moi.*

Pour les autres médecins, l'examen clinique reste une position de vulnérabilité du patient qu'il faut prendre en compte tout au long de la consultation.

*MF5PL: si j'ai un examen génital à faire, dans un premier temps je fais mon examen clinique et ensuite je donne les explications une fois que le patient est habillé et devant mon bureau. Car je trouve que c'est une position vulnérable qui n'est pas agréable.*

*MH5PL: souvent pour mon examen clinique je suis sur un tabouret pour être au plus près de mon patient, ou du moins être à la bonne hauteur.*

#### 3.8.6. Médecine Préventive:

Aborder la sexualité se fait, pour bon nombre de médecins, par le biais de la prévention. L'ensemble des médecins interrogés considèrent que la prévention est une part importante de leur travail en médecine générale.

*MH2PL: pour moi la prévention c'est la base de notre métier. Si le médecin généraliste n'est pas formé à faire de la prévention, c'est compliqué pour le patient. Ce n'est pas le spécialiste qui va le faire.*

*MH3PL: pour les patientes qui auraient des partenaires multiples ou des rapports en grande quantité, mon travail c'est surtout de faire de la prévention.*

L'aspect du travail du médecin généraliste repose certes sur le diagnostic et le traitement de pathologies somatiques ou psychiques, mais quelques médecins considèrent que l'aspect préventif de la médecine est capital pour aider les patients. En effet, la médecine préventive permet d'identifier des risques évitables et d'apporter des conseils aux patients pour leur santé.

*MH1PL: je vais aborder la sexualité dans le cadre de la prévention générale. Je vais inclure l'abord de la sexualité via cet aspect de la prévention. C'est finalement ça qui m'importe, savoir si le rapport est protégé.*

Deux médecins ont également considéré que l'aspect préventif de leur travail permet de légitimer l'abord de la sexualité avec leur patient.

*MF3PL: C'est par la prévention, la contraception, que j'essaye d'aborder le sujet pour que se soit plus naturel et moins intrusif.*

*MH5PL: ma technique c'est de l'aborder dans un contexte de prévention, de dépistage, de choses qui parlent et qui paraissent évidente au patiente dans mon rôle de médecin généraliste. Je fais mon job de prévention et donc de médecin en abordant aussi ces questions.*

### 3.8.7. Obtenir le consentement:

Le consentement du patient, notamment lors de l'examen clinique des parties intimes semble une évidence. Cependant, seulement trois médecins ont relevé qu'ils recherchaient systématiquement à obtenir le consentement de leur patient.

*MF1PL: Je demande toujours l'autorisation à la personne de le faire. Je lui explique que par rapport aux symptômes, si cela ne le dérange pas, j'ai besoin d'examiner son sexe. J'attends évidemment qu'il accepte.*

*MF5PL: ce que je demande toujours c'est: "acceptez vous que je regarde ?". La personne a le droit de refuser, évidemment. J'essaie de toujours demander l'accord dans le questionnaire que je fais.*

### 3.8.8. Réassurance, mise en confiance et mise en condition:

Lors de nos entretiens avec les médecins, nous avons relevé que la priorité pour aborder la sexualité en médecine générale reste la mise en confiance du patient. Cette mise en confiance repose sur plusieurs caractéristiques.

Dans un premier temps, la discussion avec le patient et les explications qui lui sont donnés.

*MF1VB: j'essaie de lui expliquer en quoi ça consiste, ce qui va se passer lors de l'examen.*

*MH3PL: j'essaie de la manière la plus décontracté possible d'aborder le sujet afin que cela devienne une conversation possible dans la famille.*

Dans un second temps, certains médecins utilisent l'idée de généraliser la situation pour inclure le patient afin qu'il ne se sente pas isolé, contribuant là encore à établir cette relation de confiance.

*MF2PL: ce qui est primordial c'est de le mettre à l'aise. J'essaie de leur expliquer que le problème dont ils viennent me parler est fréquent et que j'en vois souvent. Cela dédramatise un peu le truc. J'essaie de généraliser le problème pour que le patient se sente moins isolé.*

Enfin, l'ensemble des médecins considère que cette confiance est fragile, et qu'elle nécessite donc une certaine précaution afin de ne pas heurter le patient.

*MF5PL: je porte beaucoup d'attention aux mots que j'utilise, de manière à ne pas heurter le patient. Mon but c'est d'essayer de toujours ouvrir une porte et de ne pas en fermer une.*

*MF4PL: Il faut mettre des limites dans ce qui est acceptable, pour le médecin, mais surtout pour le patient.*

#### 3.8.9. Adapter sa communication, son comportement:

Lors de nos entretiens, nous avons pu voir l'importance d'adapter sa communication avec les patients chez de nombreux médecins. Chacun cherche à trouver un discours qu'il considère juste et adapté au patient. La reformulation et la vulgarisation médicale semblent deux éléments clés allant dans ce sens.

*MF1VB: j'utilise peut être plus des mots scientifiques, mais il faudrait essayer de vulgariser la chose. J'essaie également de reprendre les mots qu'il utilise.*

*MF5VB: je parle franchement, j'utilise les mots pour les mots. Il n'y a pas de tabou*

Beaucoup considèrent qu'une approche trop directe est considérée comme frontale par le patient et aurait des conséquences négatives dans la suite de la consultation.

*MF1PL: j'essaie de l'aborder progressivement, de ne pas mettre les pieds dans le plat. Je ne veux pas sauter sur le patient avec des questions trop frontales.*

*MF3PL: C'est toujours une approche indirecte. Jamais de question frontale.*

L'idée qui ressort de manière prépondérante, est que le médecin doit s'adapter au patient présent en face de lui. Trouver les bons mots selon son attitude, ses connaissances et ses réactions.

*MF5PL: je leur explique ce que je peux faire, ce que je devrais faire, et je m'adapte à leur réponse. J'essaie d'avoir le respect de la pudeur de chacun et de m'adapter à cette pudeur. Il faut être très attentive aux réactions verbales et non verbales du patient, pour pouvoir rebondir dessus ou pour aussi ressentir notre propre maladresse.*

*MH5VB: On va adapter notre comportement, nos stratégies thérapeutiques en fonction de l'individu qu'on a en face de nous.*

#### 3.8.10. L'absence de jugement du médecin:

La posture du médecin est un facteur clé pour aborder les questions autour de la sexualité. Nous avons relevé lors des différents entretiens que la plupart des médecins cherchent à avoir une attitude la plus neutre possible pour aborder ce sujet. Cette absence de jugement étant pour beaucoup un trépied pour exercer la médecine générale.

*MF2PL: c'est ce que j'essaie d'expliquer à chaque fois aux gens: leur sexualité je m'en fiche. J'essaie simplement de répondre aux questions qu'ils ont. Je ne veux pas être discriminante car pour moi la sexualité c'est aussi des convictions.*

*MF4PL: En tant que médecin tu n'es pas là pour dire si c'est bien ou si c'est mal.*

*MH2PL: je pense que ce qui est important c'est de s'assurer de la sécurité de la personne. Après ce n'est pas dur de ne pas être discriminant. Je laisse simplement les gens faire ce qu'ils veulent et j'essaie de les comprendre.*

#### 3.8.11. Orienter le patient vers un autre intervenant:

Le médecin généraliste est le premier interlocuteur de choix pour les patients. Cependant, il est parfois nécessaire de demander un avis spécialisé auprès d'un confrère.

Dans cette étude nous nous sommes rendus compte que certains médecins préfèrent envoyer leurs patients consulter directement un autre intervenant. Soit parce qu'ils ne sont pas à l'aise avec la consultation sur les problématiques de sexualité, ou qu'ils ne se sentent pas en capacité de répondre aux différentes questions du patient:

*MH1VB: Si je n'ai pas les réponses qu'il attend, on essaie de voir avec les collègues ou les spécialistes concernés.*

*MF5PL: si j'ai besoin, je l'accompagne vers quelqu'un qui peut répondre à sa demande si je ne suis pas en capacité de le faire.*

Soit parce qu'il s'agit d'une gêne du patient ou du médecin en lien avec la différence de genre entre les deux interlocuteurs. Le médecin propose alors d'aller voir un confrère appartenant au même genre sexuel que le patient.

*MH4VB: Si la personne est gênée j'essaye de les rediriger vers une médecin femme.*

*MH1VB: Si elles ont besoin (les patientes) de voir une femme pour parler de ça, il y a mes collègues qui sont la.*

### **3.9. La sexualité : un sujet à part ?**

#### **3.9.1. La sexualité est un problème au second plan:**

Les médecins interrogés pensent que les patients considèrent que la sexualité ne rentre pas vraiment dans une catégorie de soin. Ils considèrent qu'elle est une problématique de second plan.

*MF4VB: il y a une retenue du patient probablement parce que ça ne rentre pas dans un contexte de soins. Ils ne le rapprochent pas à un soin, comme s'ils venaient dire qu'ils sont essouffés.*

*MH5PL: le problème en médecine générale c'est que c'est rare que les gens viennent pour ça.*

#### **3.9.2. La sexualité masculine : un problème mécanique**

Deux médecins femmes ont évoqué l'idée que la sexualité masculine était avant tout en lien avec des troubles de l'érection. Selon elles, les patients ne consultent qu'en cas de problématique mécanique.

*MF1VB: dans ma pratique je trouve que c'est plus amené sur un problème mécanique.*

*MF2PL: Je pense que les hommes sont plus amenés à en parler en consultation, parce que soit ça marche, soit ça ne marche pas. Donc lorsque ça ne marche pas, tu en parles au médecin.*

### 3.8.3. La sexualité dans une vision globale de la santé:

Les médecins considèrent, pour beaucoup, que la sexualité fait partie des besoins essentiels des êtres humains. Ainsi, les problématiques attrayant à la sexualité sont donc considérées comme des problèmes de santé pour lesquels le médecin généraliste peut apporter une expertise et une aide.

*MF4VB: cela fait partie des fonctions essentielles pour l'être humain et sa qualité de vie.*

*MF5PL: la médecine générale est concernée de A à Z sur la question de la sexualité. Autant sur le vécu, que sur le bien être ou les pathologies induites. Cela fait partie de la personne et de la prise en charge globale de la personne. Si ça doit affecter son psychisme, son anxiété, son quotidien et son rapport à lui-même et potentiellement aux autres, pour moi ça fait partie des problématiques du médecin de famille. La sexualité physique, le rapport à sa sexualité, l'orientation sexuelle, font partie intégrante de la santé du patient et donc de mon travail.*

### 3.9.4. La sexualité, un sujet universel:

Deux médecins ont relevé l'importance d'aborder la sexualité. Pour eux, c'est un sujet universel et fréquent qui concerne tout un chacun. Il faudrait pouvoir l'aborder de manière plus systématique pour ne pas renforcer le tabou déjà présent autour de ce sujet.

*MF2PL: Je pense que c'est une problématique importante car c'est très fréquent. Il faudrait l'aborder de manière plus systématique. J'explique au patient qu'on a tous une sexualité et qu'on peut tous avoir des problèmes à ce sujet.*

*MH3PL: nous sommes tous concernés par la sexualité, quel que soit l'âge, quelle que soit sa vie de couple. J'en reviens à l'HPV, où mon discours peut toucher tout le monde: l'enfant, le papa, la maman et éventuellement frères et sœurs. Dans ce cas là je ne me sens pas obligé d'isoler un membre de la famille pour expliquer une situation concernant la sexualité, car c'est un sujet universel.*

### 3.9.5. Dualité de la sexualité : problème médicale versus problème psychique

Trois médecins ont évoqué la difficulté d'individualiser la sexualité selon une problématique psychique ou purement clinique. En effet, il semble réducteur d'individualiser ces deux entités car elles semblent liées, aussi bien dans leur aspect de bien-être que dans leur aspect pathologique.

*MF5PL: il peut y avoir des pathologies qui sont liées à la sexualité, sur le versant psychique ou violence. Mais il peut aussi y avoir des pathologies intriquées dans la sexualité comme les cancers.*

*MH5VB: il faut bien faire comprendre (au patient) que c'est un problème médical[...] car ils ont souvent des connotations comme quoi ce n'est pas une maladie.*

### 3.9.6. Impact sur la qualité de vie:

Deux médecins femmes ont évoqué l'importance de la sexualité dans la vie de leurs patients, notamment l'impact sur leur qualité de vie en cas de problématiques associées.

Le retentissement des difficultés sexuelles du patient peut avoir un impact psychologique majeur et engendrer un retentissement psychosomatique.

*MF4VB: Parfois ça engendre de vrai souffrance pour eux dans leur vie, dans leur qualité de vie, et dans leurs couples. S'il t'en parle c'est que pour lui c'est super important, et que ça fait partie de sa vie, de sa qualité de vie.*

*MF4PL: S'il te livre ces choses-là, c'est qu'il est sûrement au bord du gouffre.*

### **3.10. La consultation sur la sexualité : une consultation gênante.**

#### 3.10.1. Difficulté d'aborder le sujet avec un patient du sexe opposé:

Les médecins interrogés ont quasiment tous évoqué une difficulté à aborder la sexualité avec un patient du sexe opposé. Certains évoquent ressentir une gêne concernant la sexualité et l'intimité que cela renvoie.

Leur peur d'être invasif concernant la vie de leur patient entraîne un blocage dans la consultation .

D'autres ont davantage une inquiétude afin de ne pas commettre de maladresse.

Pour les médecins femmes, il en ressort surtout que les hommes n'abordent pas la sexualité, ou l'abordent de manière subtile et avec retenue. Cela a pour conséquence de créer une gêne chez elles car elles ne souhaitent pas être indécates.

*MF4PL: C'est plus enveloppé chez l'homme. La façon de nous parler, de l'aborder est plus en retrait.*

*MF5PL: dans ma façon d'aborder les choses je sais que ce n'est pas une question qui est facile à aborder avec les hommes. Je perçois une difficulté supplémentaire pour les hommes. Je me dis que si ces hommes qui viennent m'en parler, émettent déjà de la difficulté à aborder le sujet, c'est bien par rapport à ma position de femme à la base.*

Pour les médecins hommes, on peut noter que la problématique vient moins du fait que les femmes n'évoquent pas leur sexualité, mais surtout qu'ils ressentent une certaine pression de la part de celles-ci. Il semblerait que les médecins hommes considèrent que leurs patientes ne souhaitent pas être examinées par un homme.

De plus, même s'ils évoquent être confrontés parfois à la sexualité de leurs patientes, ils considèrent avoir des difficultés pour prodiguer des conseils, par manque de connaissances. La sexualité des femmes étant souvent représentée comme complexe.

*MH4PL: du point de vue des femmes c'est compliqué je pense. Certaines me le disent: "docteur, pour ce genre de problèmes je vais aller voir ma gynéco ou votre collègue femme". Donc oui je pense que le fait d'être un homme complique la prise en charge de mes patientes femmes concernant leur sexualité.*

*MH2VB: autant avec les hommes il n'y a aucun problème, autant avec les femmes ça va un peu plus les gêner dans l'ensemble d'être examiné par un homme.*

*MH1PL: il y a peut-être des aspects de la sexualité féminine que je n'ai toujours pas compris.*

### 3.10.2. Gêne ressentis par le médecin:

Quelques médecins ont évoqués ressentir une gêne lors de consultation abordant la sexualité avec des patients du sexe opposés.

Dans un premier temps, on retrouve que cette gêne est en lien avec l'attitude du patient ou du sujet de la consultation. Cela peut devenir une source de malaise pour le médecin. Certains évoquent également le fait de ne pas vouloir entrer dans la sphère privée du patient.

*MF1PL: j'ai l'impression que de leur parler de sexualité, ça reflète un peu ma sexualité. C'est bizarre, mais j'ai peur qu'il transfère leur sexualité dans les mots que je vais employer.*

*MH4PL: moi quand je parle de sexualité j'essaye de ne pas m'enfoncer plus que cela dans le sujet. Je ne veux surtout pas être voyeuriste.*

Cependant, on peut identifier que selon le sexe du médecin d'autres motifs de gênes se dégagent.

Chez les médecins hommes, il s'agit principalement d'être déstabilisé par le motif de la consultation, ou le comportement de leurs patientes. Deux médecins hommes ont également évoqué que la tenue de leur patiente avait été un facteur déstabilisant.

*MH2PL: En fait, je sais que ça peut paraître stupide, mais elle était habillé avec des vêtements assez courts. Sans dire que je me projetais sur elle, mais je suis quand même un homme avec une attirance pour les femmes, donc ça ne m'a pas laissé insensible et j'ai été perturbé. Clairement dans ces cas-là, les relations hommes femmes entrent en jeu.*

*MH5PL: la dernière fois que j'ai été déstabilisé c'est parce qu'une patiente était venue habillée dans une tenue très suggestive et que ça m'a interpellé dans mon approche.*

Concernant les médecins femmes, quatre d'entre elles ont évoqué être gênées lors des consultations abordant la sexualité, parce qu'elles avaient vécues une consultation déroutante voire même traumatisante.

*MF2PL: j'ai eu une expérience gênante ou j'ai examiné un jeune homme qui s'est mis à avoir une érection.*

*MF3PL: ce qui me déstabilise c'est de me retrouver face à des hommes qui n'ont aucune pudeur, aucune retenue.*

*MF5PL: j'ai eu une expérience assez compliquée avec un jeune adolescent (propos déplacés) il y a eu une entrée dans la sphère personnelle, et je me suis senti complètement déstabilisé ! En fait, il a franchi la ligne du professionnel au personnel.*

### 3.10.3. Les motifs de gêne du patient selon le médecin:

Lors de nos entretiens nous avons questionnés les médecins sur leurs représentations des motifs de gêne du patient.

Nous avons constaté qu'aucun des hommes médecins n'a développé ce sujet.

Cependant, chez les médecins femmes, on retrouve que le motif de gêne de leurs patients hommes reste les dysfonctions érectiles. Pour elles, les troubles de l'érection peuvent renvoyer vers un trouble de la virilité. La peur du jugement des patients concernant cette dysfonction érectile est également évoquée.

*MF5VB: c'est difficile de parler d'impuissance quand ce sont des personnes avec des hautes responsabilités. Il ne veut pas que je m'imaginer des choses sur ses relations intimes.*

*MF6VB: Chez les hommes aussi c'est difficile car on est dans une société où la virilité est importante.*

On retrouve également chez beaucoup de médecins interrogés l'idée que le patient refuse l'examen clinique.

*MF4VB: quand j'ai besoin de regarder le OGE, souvent ils me disent: "ah non, ça m'embête !"*

*MF5PL: parfois ils acceptent que je regarde, mais me demande d'éviter de toucher.*

#### 3.10.4. Sexualité: au coeur de l'intime:

Un seul médecin a souligné la proximité du médecin généraliste en consultation, notamment l'entrée dans la sphère privée et l'intimité des patients.

*MH4PL: c'est une partie qui fait référence à l'intime. On rentre vraiment dans l'intimité de nos patients.*

#### 3.10.5. La sexualité, un sujet toujours tabou:

Malgré l'hypersexualisation omniprésente dans notre société, on constate toujours que la sexualité reste un sujet tabou. L'idée principale qui en ressort est celle d'une honte, conduisant la plupart des patients, quelque soit leur sexe, à ne pas vouloir évoquer le sujet.

*MH1PL: aujourd'hui c'est assez bizarre parce qu'on a l'impression qu'il y a beaucoup de libertés sexuelles et pourtant le sujet reste très tabou. En tout cas moi j'ai l'impression que le sujet redevient tabou. A la fois je pense qu'il y a beaucoup de pudibonderie dans la société, alors que la sexualité, la pornographie sont très exposés dans notre quotidien.*

*MF5PL: tout ce qui concerne la sphère urogénitale et je dirais même au niveau de la partie anale, avec notamment les hémorroïdes ça reste pour les patients du domaine du honteux. Je me dis que c'est une question qui est difficile pour tout le monde*

Des médecins constatent que la sexualité est un sujet tabou au sein du cercle familial. Cela représente une contrainte pour pouvoir aborder librement le sujet avec leurs patients.

*MH5PL: il y a des familles où c'est un sujet tabou et c'est compliqué d'en parler.*

*MH4PL: c'est tabou pour pleins de raisons. Déjà dans les familles, personne n'en parle.*

Pour certaines médecins femmes, la sexualité est tabou chez l'homme par crainte d'un jugement concernant l'atteinte de leur virilité, ou la honte induite à l'évocation de troubles sexuels.

*MF1VB: c'est un sujet assez tabou chez les hommes parce que cela touche leur virilité*

*MF4PL: Pour un patient homme c'est très difficile d'en parler...ce n'est pas quelque chose qui est rentré dans les mœurs.*

### **3.11. Les réticences du médecin pour aborder certains aspects de la sexualité:**

#### 3.11.1. Sexualité, désir, consentement et relationnel:

Deux médecins nous ont interpellés sur le discours proposé par le médecin pour aborder la sexualité en consultation de médecine générale. En effet, le discours du médecin est souvent davantage centré sur les problématiques que sur le ressenti du patient dans son désir et son relationnel avec son ou ses partenaires.

*MF2PL: pour la femme j'aborde la sexualité plus sur le thème des violences conjugales, mais pas sur le plan de la relation elle même.*

*MH1PL: je n'ai pas posé de questions par rapport à d'éventuelles douleurs ou le plaisir qu'elle aurait pu avoir.*

Un médecin a évoqué que la notion de consentement était également souvent laissée de côté, alors qu'elle lui semble pourtant fondamentale. Elle a insisté sur le fait que nombreuses patientes ont des rapports sexuels non consentis.

*MF2PL: je pense qu'il existe une vraie inégalité homme femme dans la sexualité. Il y a des choses du quotidien qui sont tellement ancrées dans une sorte de normalité, que finalement cela nous contraint dans notre sexualité. Récemment une étude est sortie et j'y est lu qu'une femme sur deux avait déjà eu des rapports sexuels non consentis. C'est juste énorme.*

#### 3.11.2. La sexualité : une problématique de couple:

Pour certains médecins, la sexualité est avant tout liée au couple, ainsi les problématiques sexuelles découlent de difficultés au sein du couple.

Un médecin a révélé ne pas vouloir s'immiscer dans ces problématiques de couple.

D'autres ont témoigné avoir des difficultés à aborder ces problématiques de couple en consultation.

*MH2PL: pour les personnes plus âgées, hormis les pathologies de couple, les troubles sexuels je ne vois pas trop comment les aborder. Je ne vais pas remplacer un sexologue.*

*MH3PL: après je ne vais pas nécessairement chercher des problèmes spécifiques au couple.*

Cependant, deux médecins se sont exprimés sur ce lien entre sexualité et relation de couple. La problématique de la sexualité propre de la femme au sein du couple est soulevée.

*MH3VB: une femme [...]qui a plusieurs reprises à évoquer des problèmes avec son mari dans le domaine de la sexualité. C'est plus sous la pression de leur coinjoint qu'elles sont amenées à avoir des rapports sexuels [...] j'ai l'impression qu'elles le subissent.*

*MF2PL: je pense que la sexualité c'est une grande part de la vie d'un couple et puis de la vie personnelle de chacun. Cela pose la question de chercher à comprendre cette norme dans la sexualité qu'est le devoir conjugal d'une femme.*

### 3.11.3. La sexualité et son retentissement psychologique:

Plusieurs médecins ont insisté sur le retentissement psychologique que peuvent induire les problèmes sexuels chez leurs patients.

Une médecin femme a notamment évoqué les questions d'identification sexuelle et les troubles que cela pouvait engendrer chez les patients jeunes.

*MF5PL: ça peut être juste un ressenti, un rapport au corps, un rapport au couple. Mais cela peut avoir un jour un impact sur la santé, ne serait-ce que sur la santé psychique de la personne. On sait que les problèmes d'identité sexuelle peuvent entraîner des troubles psychiques importants.*

Plusieurs médecins hommes ont eux développés l'importance d'évoquer le sujet de la sexualité avec leurs patients, lors de consultation ou celui-ci présentait des signes cliniques d'une baisse de l'humeur.

*MH1PL: là ou je vais l'aborder systématiquement c'est lorsque la personne est un peu triste, anxieuse, là je vais essayer de comprendre pourquoi.*

*MH3PL: on a abordé la sexualité chez ce patient qui traversait une phase difficile d'épuisement professionnel, qui avait une perte d'estime de lui importante.*

### 3.11.3. Pression ressentie par le médecin:

Lors de nos différentes interviews avec les médecins généralistes, nous avons constaté que l'ensemble des médecins ressentait une pression pour aborder le sujet de la sexualité avec leurs patients.

Là encore, le motif précis engendrant cette pression est différente entre les médecins femmes et les médecins hommes.

Pour les médecins femmes, il s'agit surtout de ne pas commettre d'impair, de ne pas bousculer leur patient.

*MF2VB: je les ferais revenir exprès pour ça, car il ne faut pas se mettre la pression. Si tu te mets la pression sur un sujet sur lequel tu n'es pas super à l'aise, c'est difficile. Le fait de faire revenir le patient ça permet de diminuer la pression.*

*MF3PL: Si je vois que la personne est un petit peu plus sur la retenue, a du mal à ouvrir le sujet, je ne vais pas m'acharner. On a déjà du mal à appuyer notre position de médecin en tant que femme.*

*MF5PL: il faut que le patient soit sûr de sa demande envers moi, et que moi je sois sûr de comprendre sa demande. En tout cas, je sais que ce sont des consultations qui me demandent une réflexion importante à chaque fois que je parle.*

Chez les médecins hommes, cette pression ressentie est principalement centrée autour de l'examen clinique, et de la peur d'avoir des mots ou des gestes déplacés. Ce qui pour certains semble limiter l'examen clinique.

*MH1VB: Tu as toujours une arrière-pensée devant une patiente femme où tu te demandes ce qu'elle pense. Est-ce qu'elle est à l'aise? Est-ce que je suis trop intrusif? Quand tu fais un examen gynéco à une femme jeune, tu te poses la question (de ce qu'elle pense), Tu peux avoir une certaine pression.*

*MH4VB: Exemple chez la jeune fille qui vient seule et qui peut dire que j'ai éventuellement fait des choses sur elle alors que ce n'est pas le cas [...] c'est un truc qui me trotte dans la tête[...] je fais hyper attention[...] et je pense que les consoeurs, elles n'ont pas ce problème.*

*MH5PL: c'est une question de pudeur, mais ça rejoint aussi sûrement l'attirance sexuelle. Mais je trouve que parfois on s'empêche de regarder une poitrine, on s'empêche de déshabiller les femmes parce que sans doute on a peur de mal faire, ou d'aller au-delà de ce que la patiente souhaiterait.*

#### 3.10.4. Attirance, relation de transfert et contre transfert:

Nous avons également abordé avec les médecins généralistes les relations de transfert et contre-transfert avec les patients.

L'ensemble des médecins femmes a témoigné ne jamais avoir eu de relation de transfert envers un patient. Pour la plupart, la posture professionnelle qu'elles s'imposent les empêche de se projeter sur leur patient.

Trois médecins hommes ont expliqué avoir déjà ressenti de l'attirance pour une patiente, et la modification de leur comportement que cela a engendré.

*MH5PL: j'étais touché en tant qu'homme. C'est-à-dire que ma pudeur à été touchée et ça m'a interpellé. J'ai trouvé cette patiente séduisante et je me suis posé la question de savoir si c'était fait exprès ou pas. Effectivement ça m'a déstabilisé parce que la dame était dans une tenue que j'estime n'être pas vraiment adaptée à la situation. C'était très bizarre et ça m'a perturbé en tant que médecin, et en tant qu'homme ça m'a fait me poser des questions.*

*MH4PL: si je ressens une attirance pour une patiente, peut-être qu'à la rigueur je vais mettre plus de barrières au niveau de l'examen clinique. S'il y a un examen des seins ou un examen gynécologique, je serais sûrement plus réticent à le faire.*

## **4. Discussion :**

### **4.1. Critique de l'étude et validité:**

#### **4.1.1. Forces de l'étude: Pertinence de la méthode qualitative et originalité de l'étude:**

Notre travail de recherche s'est porté sur une étude qualitative. C'est, en effet, la méthode la plus appropriée pour recueillir et retranscrire des données subjectives, afin de comprendre un phénomène et ses ressentis.

Nous avons essayé de mettre en évidence des dynamiques de pensées grâce à des entretiens semi-dirigés, à questions ouvertes, pour faciliter l'abord d'un sujet délicat.

En effet, la thématique de la sexualité en médecine est un sujet sensible mais qui est également passionnant. Dans la littérature scientifique bon nombre d'étude ont déjà évoqué ce thème, mais à notre connaissance aucune ne s'est intéressée à l'impact de la différence de sexe entre le professionnel et le patient dans les consultations dédiée à la sexualité.

Le recueil de données a donc été réalisé par deux chercheurs avec des entretiens semi-dirigés dont la majorité a été effectuée en face à face (seulement trois d'entre eux ont été réalisés en visioconférence du fait de la crise sanitaire). Le consentement des différents praticiens a été recueilli avant de réaliser l'entretien.

Le travail réalisé en binôme a été une véritable force car elle a permis de limiter la subjectivité de l'étude grâce, entre autres, à la triangulation des données, qui entrent dans les critères de validité interne des recherches qualitatives. Tous nos entretiens ont été doublement codés. Nous avons également réalisé ensemble la catégorisation et la modélisation de nos résultats.

#### 4.1.2. Faiblesses de l'étude:

##### 4.1.2.1. Biais d'investigation:

La faible expérience des chercheurs dans le domaine des études qualitatives a pu représenter une limite.

Les premiers entretiens ont pu être source de difficulté avec des problèmes de relance ou d'aiguillage dans des questions ouvertes. Les chercheurs ont pu perfectionner le guide d'entretien et la manière de le mener tout au long de l'étude.

##### 4.1.2.2. Biais de sélection:

Les praticiens ayant participé à l'étude étaient le plus souvent issus de cabinets de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et particulièrement dans une zone géographique restreinte à Marseille, Aix-en-provence et Gap.

Les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat. Le recrutement des interviewés a pu privilégier des médecins sensibles au sujet.

Bien que le sujet soit riche, intéressant, et qu'il touche une population générale qu'elle soit professionnelle de santé ou non, nous n'avons pas pu inclure dans notre enquête l'avis des patients par refus du comité de la CNIL.

#### **4.2. Comparaison avec la littérature:**

##### 4.2.1. Le thème de la sexualité: un sujet délicat:

La France connaît depuis 50 ans une évolution des comportements sexuels. Notre société, largement marquée par une culture "traditionnelle", a connu une libération de la parole ainsi qu'une levée de la censure littéraire et cinématographique. L'arrivée d'internet a de nouveau bouleversé cet accès à la sexualité depuis quelques années.

Malgré cette hyper communication, la sexualité reste un sujet délicat et tabou. Durant cette étude, la majorité des médecins, femmes et hommes, expliquent ce phénomène par une peur des patients de l'évoquer. Cette crainte grandit dans notre société où se développent de nouveaux tabous comme ceux de la virginité, de l'abstinence sexuelle et de l'impuissance. Selon l'étude CSF de 2008, 84% des personnes interrogées (femmes et hommes) considèrent la sexualité comme indispensable au bien-être, alors que parmi eux la majorité n'ont jamais consulté et abordé le sujet. (33)

La consultation abordant la sexualité en médecine générale est donc un sujet sensible. Pour le médecin, la difficulté première lors de la prise en charge d'un problème sexuel est d'arriver à l'évoquer. Lors de ce travail de recherche, les médecins interrogés estiment que la sexualité représente un pan important dans la santé de leur patient. Paradoxalement, une minorité des interrogés aborde le thème de la sexualité de manière spontanée. En effet, la quasi-totalité des praticiens attendent que la demande vienne du patient .

Pourtant, en analysant les données de la littérature on constate que dans une étude sur les dysfonctions sexuelles 85% des patients désirent que l'initiative d'aborder le sujet de la sexualité viennent du médecin. (34)

Une étude Suisse de 2011 montre que 90% des interrogés souhaiteraient que leur médecin discute de sexualité et de prévention avec eux. (35)

Enfin des études anglo-saxonnes et allemandes montrent que les patients trouvent légitime que leur médecin généraliste s'intéresse à leur qualité de vie sexuelle. (36)

Les médecins éprouvent également des préjugés face aux différences socio-culturelles de leurs patients. Devant ces différences, le médecin est enclin à réagir de façon stéréotypée. (37)

Dans notre travail de recherche, nous avons également observé que les médecins femmes et hommes présentent cette difficulté à aborder le sujet de la sexualité avec des patients de religions et de cultures différentes.

Les résultats de notre étude montrent que la quasi totalité des médecins ont une difficulté à évoquer le sujet avec un patient du sexe opposé.

Les médecins femmes dévoilent être embarrassées lorsque les patients abordent de façon gênée leurs troubles sexuels en fin de consultation.

Les médecins hommes parlent d'un manque de connaissances sur la sexualité féminine et d'une incommodité des patientes à être examinées par un homme. Cela provoque chez eux un certain obstacle à l'abord du sujet.

La littérature montre que les patients souhaiteraient une attitude plus dynamique de la part de leur médecin. Une étude qualitative de 2003 en Grande Bretagne mettait en évidence la nécessité d'une attitude active et entreprenante du médecin dans l'approche de la santé sexuelle. (38)

Celle-ci permettrait d'aborder plus facilement le sujet, et de pallier à de nombreux obstacles à l'abord de cette thématique. Cette notion de proactivité a été développée dans différentes études. (39–41)

Il est également intéressant de se questionner à propos de la sexualité de la personne âgée qui est, elle aussi, souvent mise de côté en consultation. Elle est pourtant d'actualité du fait d'un allongement de l'espérance de vie et du changement des comportements sexuels. Le rapport au corps vieillissant se limite alors à un "objet de soin, un corps public qui n'est plus un corps de plaisir."(42)

La société, notamment les médecins, a du mal à sortir de ce stéréotype de "l'asexual older people".(38)

#### 4.2.2. Le vécu des médecins femmes lors des consultations abordant la sexualité:

Les femmes représentent plus de 40% des médecins en exercice, la parité a été atteinte en 2020. (43)

Devant cette évolution majeure, il est intéressant de s'interroger sur les différences d'interaction entre les médecins hommes et les médecins femmes envers leurs patients.

Selon une étude Suisse de 2010, les médecins femmes ont une attitude plus participative et un comportement non verbale plus chaleureux. (44)

Elles impliquent plus facilement le patient dans la discussion, et le rassurent plus souvent. Cette étude Suisse montre également que les patients se comportent avec elles de manière plus dominante qu'avec les médecins hommes.

Dans notre travail de recherche, nous retrouvons que pour pallier ceci, les médecins femmes, à l'instar des hommes, se préoccupent davantage du cadre qu'elles instaurent lors de la consultation, particulièrement dans les sujets abordant la sexualité. Elles insistent sur l'importance d'une posture professionnelle afin d'éviter toute ambiguïté et faciliter l'abord de ce thème.

En effet, la posture du médecin est un facteur clé pour approcher le sujet de la sexualité. Une attitude neutre, empathique et une absence de jugement sont un trépied renforçant l'alliance thérapeutique. (40)

Les données de la littérature montrent que les patients hommes accordent une importance au cadre professionnel de la consultation et plus particulièrement au respect du secret médical. (40,45)

Cette position est d'autant plus décrite, dans notre étude, par les médecins femmes, qu'elles évoluent dans une profession longtemps réservée aux hommes et qu'elles occupent encore dans les représentations populaires un rôle traditionnellement attribué aux hommes. (44)

Les médecins femmes nous ont indiqué lors des entretiens, d'un manque de consultation dédiée à la sexualité chez l'homme. En effet, contrairement aux consultations abordant la contraception chez les femmes, il y a très peu de portes d'entrée pour évoquer le sujet chez les hommes. Les dysfonctions érectiles restent le sujet le plus majoritairement évoqué par les patients. Malheureusement ce thème reste délicat dans notre société actuelle où cette problématique est synonyme d'atteinte à la virilité. Les données bibliographiques montrent que la majorité des hommes ont des difficultés à l'aborder. (39)

Quand celui-ci est évoqué, il se fait majoritairement en fin de consultation, accentuant la difficulté pour la praticienne de le détailler, par crainte d'être indelicte et de rompre la relation de confiance avec son patient.

L'arrivée de la vaccination contre le papillomavirus chez les jeunes garçons depuis le 1er janvier 2021 pourrait devenir une aide pour aborder ce thème chez l'homme. (46)

En effet, le médecin généraliste a un rôle prédominant de prévention chez les jeunes patients. Aborder ce sujet le plus tôt possible permettrait une meilleure prévention et une désacralisation du thème de la sexualité avec eux.

#### 4.2.3. Le vécu des médecins hommes lors des consultations abordant la sexualité:

Contrairement aux médecins femmes qui ont peur de gêner leurs patients sur ces sujets intimes, notre travail de recherche nous montre que les médecins hommes ressentent une pression les amenant à se mettre en retrait vis-à-vis de leurs patientes. En effet, ils expliquent que les patientes mettent facilement un frein sur les sujets gynécologiques, préférant discuter du problème avec une praticienne femme. L'obstacle s'agrandit lorsqu'il s'agit d'un examen gynécologique.

Ces résultats semblent similaires à ceux retrouvés dans certaines études. L'étude de JP Joseph et al. de 2014, avait montré que 9 femmes sur 10 acceptaient le frottis lorsqu'il était réalisé par une femme contre 6 sur 10 par un médecin homme. (47)

Notre travail de recherche montre qu'il existe un obstacle à parler de sexualité avec un patient de sexe opposé. Pour les médecins, hommes ou femmes, celui-ci est attribuable à la peur de se retrouver dans une situation de gêne et d'ambiguïté. Certains médecins adoptent une posture d'évitement pour écarter tout risque d'érotisation. Comme décrit plus haut, le fait d'être un médecin homme peut être un frein dans la formation médicale, car cela peut entraver l'apprentissage des gestes gynécologiques. Ceci est la résultante, comme nous l'avons vu, d'une gêne de la patiente d'être examinée par un homme, mais aussi d'une peur du médecin de faire cet examen et de parler de sexualité avec une femme. En effet, les hommes de cette étude ressentent une crainte d'être mal interprétés, voire d'être accusés d'agression à caractère sexuel.

Cette situation est majorée dans notre société depuis l'arrivée du mouvement METOO. On retrouve donc une certaine anxiété des médecins hommes de se retrouver seule avec des femmes, par peur d'une mauvaise interprétation de leurs actes, risquant ainsi d'être accusées de harcèlement. (48)

### **4.3. Perspectives:**

Dans les études menées en France, on retrouve plusieurs caractéristiques communes, expliquant la complexité de l'abord et de la prise en charge de la sexualité. Elles appuient sur le manque de formation théorique et pratique notamment sur le domaine de la communication, le cadre de la consultation et le temps imparti pour celle-ci, la relation médecin-patient, mais aussi de la situation du patient en lien avec son âge ou une pathologie lourde.

Des études portant sur les programmes de formations médicales aux Etats-Unis et au Canada (49–51), recommandent plus d'enseignements sur la sexualité humaine. La formation devrait inclure des aspects cliniques, sociaux, et psychologiques du vécu sexuel, car la santé sexuelle n'est pas que l'absence de problèmes sexuels.

Les médecins de notre étude reprennent également cette critique selon laquelle notre formation médicale est relativement pauvre et ne se concentre que sur les problématiques sexuelles. (3)

Ces derniers proposent donc de renforcer l'apprentissage théorique, en insistant sur une approche globale de la santé sexuelle, avec l'adjonction d'un enseignement pratique s'appuyant sur un travail de communication avec le patient. En effet, les médecins ne peuvent plus se contenter d'être seulement des experts scientifiques. Ils se doivent d'avoir aussi un minimum de compétences en communication auprès des patients et de leur famille.

Dans notre étude, les médecins ont également insisté sur le fait d'avoir un manque de temps pour aborder le sujet de la sexualité. Ils craignent de ne pas le faire correctement et de ne pas savoir comment traiter l'information qu'ils récoltent. Ce temps est pour eux nécessaire pour créer un espace de parole libre pour le patient.

Cette contrainte de temps pourrait être limitée par la création d'une consultation dédiée à la prise en charge de la santé sexuelle, au même titre qu'une consultation de gynécologie ou de pédiatrie.

De plus, les médecins de l'étude ont insisté sur l'importance de la relation de confiance entre le médecin et le patient, qui représente pour eux la clé pour aborder la sexualité. Pour favoriser cette atmosphère propice à l'échange, il faut apprendre à mettre le patient en confiance.

Il semble donc nécessaire dans l'avenir de développer le rôle du médecin traitant, avec l'idée que la médecine générale se "construit dans la durée, avec une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée". (18)

Paradoxalement les données de la littérature montrent également que les patients ressentent un frein lorsque cette relation devient "trop proche".

En effet, M. Gott (38) évoque que ce type de relation peut parfois être un obstacle à l'abord de la santé sexuelle.

Enfin, plusieurs médecins ont suggéré d'introduire systématiquement dans leur interrogatoire des questions sur la sexualité. Pour répondre à ces attentes, des modèles de consultations standardisées pour le recueil de l'anamnèse sexuelle ont été élaborés.

Une étude américaine, publiée dans *The Journal of sexual medicine* en 2013, a proposé, par exemple, d'adopter certaines attitudes et d'utiliser quatre questions ouvertes, systématiques, utilisables dès la première consultation.

Ces questions étaient les suivantes: "Êtes vous actuellement sexuellement actif? Etes vous satisfait de votre vie sexuelle ? Y-a-t-il des problèmes sexuels dont vous souhaiteriez me parler ? Avez-vous des soucis particuliers dont vous aimeriez parler ? Vous identifiez vous plutôt hétérosexuel, homosexuel, ou bisexuel ?(40)

Une étude qualitative française menée auprès de médecins généralistes a mis en évidence six stratégies utilisées pour aborder la sexualité: le questionnement systématique, l'évocation de signes que le patient pourrait ressentir, une attention intacte jusqu'au derniers moments de la consultation, l'humour, l'aide à la verbalisation du patient, et la vision fonctionnaliste dédramatisant de la sexualité.(52)

Il pourrait être intéressant de réaliser des études permettant de vérifier l'acceptation et la faisabilité de questions standardisées sur la sexualité, dans la pratique courante de la médecine générale en France.

## **5. Conclusion :**

La sexualité est une entité à part entière en médecine générale, puisqu'elle s'intègre dans le cadre de la santé sexuelle, et des besoins physiologiques du patient.

Pourtant celle-ci ne semble pas primordiale dans le domaine de la santé et elle est souvent exclue de la consultation de médecine générale.

En effet, la sexualité reste un sujet délicat à évoquer en médecine. Ce paradoxe s'explique par une certaine pression sociétale, et en parler peut devenir un problème. En consultation, la sexualité est souvent traitée de manière détournée avec des sujets sur la contraception, les dysfonctions érectiles ou encore lors de la prise en charge d'IST. Il est compliqué pour les médecins d'en parler avec sérénité.

Chez les médecins femmes, l'abord de la sexualité avec leurs patients hommes est souvent difficile. Il se fait en évoquant les troubles érectiles, la plupart du temps en fin de consultation. Les dysfonctions érectiles étant vécues avec une certaine honte, et une atteinte à la virilité, les patients hommes ont peur du jugement de leur médecin.

Cette peur du jugement est ressentie par les médecins femmes et représente un véritable frein pour évoquer le sujet. Le fait de ne pas avoir de consultation de suivi dédiée chez les hommes renforce ce frein.

L'approche de la consultation abordant la sexualité est différente selon le genre du médecin. Les femmes médecins mettent plus facilement un cadre lors de ces consultations, alors que les hommes sont plus soucieux du ressenti de la patiente en face d'eux. Ils ont une certaine anxiété concernant le ressenti de leurs patientes, particulièrement lors de l'examen clinique. Il y règne une crainte du geste déplacé, de la peur du mot mal compris.

Une autre source de difficultés à évoquer le thème de la sexualité est la peur des préjugés, chez les patient(e)s de culture différente, ainsi que chez les personnes âgées. Et ce d'autant plus que la représentation de leur vie sexuelle n'est pas intégrée dans notre société.

Le manque de connaissance, la divergence des croyances, et les contraintes de temps accentuent cette difficulté.

Enfin, quel que soit leur genre, les médecins de cette étude ont rapporté un manque de formation pour réagir de façon compétente et appropriée à cette thématique. Ils soulignent l'importance que leur formation soit renforcée dans le domaine de la sexualité, tant sur la partie théorique, que sur l'enseignement pratique, avec un travail sur la communication envers le patient.

Il est important pour le médecin généraliste, premier interlocuteur dans le parcours de santé, d'être sensibilisé à ce sujet. A l'heure où la relation médecin-patient évolue, le médecin traitant, femme ou homme, doit prendre conscience qu'il a une place légitime et importante dans la sexualité de son patient. Il doit établir un cadre de confiance, de bienveillance, afin de pouvoir aborder le sujet avec plus d'aisance.

Il semble donc capital de pouvoir faire évoluer les consultations de médecine générale afin de créer un espace de parole propice pour aborder la sexualité. Cette santé sexuelle qu'il apparaît nécessaire de considérer, pour une approche holistique du patient.

## **6. Bibliographie :**

1. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Définition de la santé sexuelle . Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. Santé sexuelle 2015. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
3. Baurain M. Parlons sexualité! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients? :92.
4. Leveque J, Jegou P. Le frein à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale: Étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ile-et-Vilaine. :45.
5. Breteau A. Les 7 dates-clés de la contraception en France. Le Point. 2017. Disponible sur: [https://www.lepoint.fr/culture/les-7-dates-cles-de-la-contraception-en-france-27-12-2017-2182640\\_3.php](https://www.lepoint.fr/culture/les-7-dates-cles-de-la-contraception-en-france-27-12-2017-2182640_3.php)
6. William Masters et Virginia Johnson. In: Wikipédia. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=William\\_Masters\\_et\\_Virginia\\_Johnson&oldid=183522406](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=William_Masters_et_Virginia_Johnson&oldid=183522406)
7. Révolution sexuelle. In: Wikipédia. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9volution\\_sexuelle&oldid=185717855](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9volution_sexuelle&oldid=185717855)
8. World Health Organization (WHO). Sexual and reproductive health: core competencies in primary care. WHO. World Health Organization; 2011. Disponible sur: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health\\_systems/9789241501002/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/en/)
9. Campana A. Enseignement de la santé sexuelle à l'OMS. 2007;24.
10. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Santé sexuelle . Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 . Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
11. Réseau de Santé Sexuelle Publique (RSSP) - 2018 - Charte de la santé sexuelle publique. Disponible sur: <http://santesexuelle.org/wp-content/uploads/2018/10/CHARTE-RSSP.pdf>
12. Bozon M. La sociologie de la sexualité et du couple autour de Michel Bozon . 2010. Disponible sur: <http://ses.ens-lyon.fr/articles/la-sociologie-de-la-sexualite-et-du-couple-autour-de-michel-bozon-93716>

13. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Démographie - Population au début du mois - France métropolitaine | Insee . 2021. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/000436387>
14. Dr Bouet P - 2020 - Atlas de la démographie médicale en France. 1er janvier 2020. Conseil National de l'Ordre de Médecins.
15. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) - 2020 - Difficultés et adaptation des médecins généraliste
16. Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitain. DRESS. juin 2011;8.
17. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Médecin généraliste . Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/medecin-generaliste>
18. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition Européenne de la médecine générale-Médecin de Famille. WONCA Eur. 2002;52.
19. Le Goaster C, Lefait-Robin R, Tran B. Santé sexuelle et reproductive. Haut Cons Santé Publique HCSP. 2 mars 2016;92.
20. Prévalence de la dysfonction érectile chez les patients consultant en urologie : l'enquête ENJEU (Enquête nationale de type 1 Jour sur la prévalence de la dysfonction Érectile chez des patients consultant en urologie). 2020 . Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/prevalence-de-la-dysfonction-erectile-chez-les-patients-consultant-en-0>
21. Marx E. Dépression et Sexualité. 9 déc 2019;17.
22. Roncier C. Les chiffres 2019 des IST en France. vih.org. 2020. Disponible sur: <https://vih.org/20201130/les-chiffres-2019-des-ist-en-france/>
23. Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M. INED Enquête Violences et Rapports de genre (VIRAGE). 2017.
24. Dagallier M. Le genre du médecin influence la qualité de la relation médecin patient. 2016.
25. Brispot L. Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre ? 2013.
26. Inserm. Genre et santé · Inserm, La science pour la santé. 2017. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/genre-et-sante/>
27. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014. 149 p. (Méthodes en sciences humaines Doctorat, master, licence).

28. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
29. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée. 2009.
30. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 16 sept 2007;19(6):349-57.
31. Letrilliant L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. 20:6.
32. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 27 avr 2011;(23):147-81.
33. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France - Nathalie Bajos, Michel Bozon | Cairn.info. 2008. Disponible sur:  
<https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm%22%22>
34. Metz ME, Seifert MH. Men's expectations of physicians in sexual health concerns. *J Sex Marital Ther*. juin 1990;16(2):79-88.
35. 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*. 8 mars 2011 ; Disponible sur: <http://doi.emh.ch/smw.2011.13178>
36. Aschka C, Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. *J Fam Pract*. sept 2001;50(9):773-8.
37. Durieux-Paillard S, Loutan L. Diversité culturelle et stéréotypes : la pratique médicale est aussi concernée. *Revue Médicale Suisse*. 2005. Disponible sur:  
<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2005/revue-medicale-suisse-34/diversite-culturelle-et-stereotypes-la-pratique-medicale-est-aussi-concernee>
38. Gott M. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract*. 1 déc 2003;20(6):690-5.
39. Costa P, Avances C, Wagner L. Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5.099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans. 2018. Disponible sur:  
<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/dysfonction-erectile-connaissances-souhaits-et-attitudes-resultats-dune-enquete>
40. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard Operating Procedures for Taking a Sexual History. *J Sex Med*. janv 2013;10(1):26-35.
41. Sadovsky R. The role of the primary care clinician in the management of erectile dysfunction. *Rev Urol*. 2002;4 Suppl 3:S54-63.
42. Fèvre M, Riguidel N, Laot B. Amours de vieillesse. 2014. Disponible sur:  
<https://www.presses.ehesp.fr/produit/amours-de-vieillesse/>

43. Lapeyre N, Feuvre NL. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Française Aff Soc.* 2005;(1):59-81.
44. Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? *Revue Médicale Suisse.* 2010. Disponible sur:  
<https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-257/Les-medecins-hommes-et-femmes-interagissent-de-maniere-differente-avec-leurs-patients-pourquoi-s-en-preoccuper#anchor-rb9>
45. Nusbaum MRH, Hamilton C. The Proactive Sexual Health History: Key to Effective Sexual Health Care. *Am Fam Physician.* 1 nov 2002;66(9):1705.
46. Haute Autorité de Santé (HAS). La HAS recommande de vacciner aussi les garçons contre les papillomavirus. Haute Autorité de Santé. 2019. Disponible sur:  
[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3135747/fr/la-has-recommande-de-vacciner-aussi-les-garcons-contre-les-papillomavirus](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3135747/fr/la-has-recommande-de-vacciner-aussi-les-garcons-contre-les-papillomavirus)
47. Joseph J-P, Turlin X, Kinouani S, Magot L, Demeaux J-L, Quintard B. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité. Attitudes et représentations des patientes et de leur médecin généraliste. *Médecine.* 23 déc 2014;10(10):472-7.
48. Jérôme B. Le mouvement #MeToo a-t-il rendu les hommes paranos ? *LeParisien.fr.* 2018. Disponible sur:  
<https://www.leparisien.fr/societe/le-mouvement-metoo-a-t-il-rendu-les-hommes-paranos-22-06-2018-7783443.php>
49. Shindel AW, Parish SJ. Sexuality education in North American medical schools: current status and future directions. *J Sex Med.* janv 2013;10(1):3-17; quiz 18.
50. Dixon-Woods M, Regan J, Robertson N, Young B, Cordle C, Tobin M. Teaching and learning about human sexuality in undergraduate medical education. *Med Educ.* mai 2002;36(5):432-40.
51. Criniti SM, Widener University, School of Human Service Professions. Perspectives of sexuality education among medical residents. 2013.
52. Barais M, Cadier S, Université de Bretagne occidentale. Ejaculation prématurée: stratégies pour aborder le sujet en médecine générale : Etude qualitative par analyse thématique de 11 entretiens semi directifs. [S.l.]: [s.n.]; 2009.

## 7. Annexes :

### Annexe 1. Grille d'entretien du médecin Généraliste :

Bonjour,

Tout d'abord, merci d'avoir accepté cet entretien.

Je me présente, LESCURE Pierre / BAUX Victor, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je prépare ma thèse.

Le thème de cette recherche concerne la différence de genre entre le médecin et le patient.

**Nous cherchons à comprendre comment la différence de sexe entre médecin et patient peut influencer les consultations abordant le sujet de la sexualité ?**

C'est pour cela que je souhaite vous interroger car votre point de vue m'intéresse.

Je vais vous poser 7 questions assez larges auxquelles je vous laisserai répondre librement, afin de me donner votre point de vue. Il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Je ne suis pas non plus là pour émettre un jugement sur ce que vous serez amené à me dire.

La totalité de cet entretien sera anonyme. Celui-ci durera environ 20-30 minutes.

Si vous me l'autorisez, je vais nous enregistrer afin de pouvoir être entièrement disposée à vous écouter et pour faciliter la suite de mon travail.

Avant de commencer, j'ai donc besoin de recueillir votre consentement signé.

#### A/ Caractéristiques sociodémographiques :

-Sexe du Médecin ?

-Age du médecin ?

-Type d'exercice médical ?

-Depuis quand êtes-vous installé ?

-Comment s'organisent vos consultations sur RDV ? Sans RDV ? créneaux d'urgences ?

-Quel type de patientèle avez-vous ? Ratio Homme/Femme; Ratio âge. Faites-vous de la gynécologie ?

### B) Entretien qualitatif:

Dans le cadre de notre recherche, nous nous focalisons sur les consultations dédiées à la sexualité.

**1 -Qu'est-ce que signifie pour vous « aborder la sexualité en médecine générale » ? Dans quelle mesure vous sentez-vous concerné par ce sujet en tant que médecin généraliste ?**

En quoi l'abord de la sexualité en médecine générale semble une vraie problématique dans le soin?

**2 - Pouvez-vous me citer quels sont les principaux types de consultations que vous êtes amenés à recevoir dans ce domaine ?**

(Gynéco / impuissance / dyspareunie / problème génito-scrotale / IST / ...)

**3 - Quelles sont les caractéristiques du patient et de la consultation pouvant avoir de l'importance, ou un impact pour aborder la sexualité en consultation de médecine générale ?**

- Âge
- Sexe
- Différence socio-culturelle
- Attirance ?

**4- Quels outils de communication utilisez-vous pour mener à bien votre consultation abordant la sexualité ?**

- Comment abordez-vous la sexualité lors de votre consultation ?
- Avec quels mots ? Quelle gestuelle ? À quel moment de la consultation ?
- Abordez-vous systématiquement cette thématique lors de vos consultations ?

**5- Lorsque vous vous êtes senti déstabilisée lors d'une consultation avec un patient(e), à quoi était-ce dû ? De votre part et de la sienne ? Du contexte ?**

-avez-vous l'impression d'être illégitime à parler de ressentis sexuel chez un patient du sexe opposé ? Votre statut de femme/homme vous semble-t-il un obstacle à la compréhension de la sexualité des hommes ?

-Comment ne pas être discriminant (jugement ?) envers votre patient (e), en fonction de sa sexualité ?

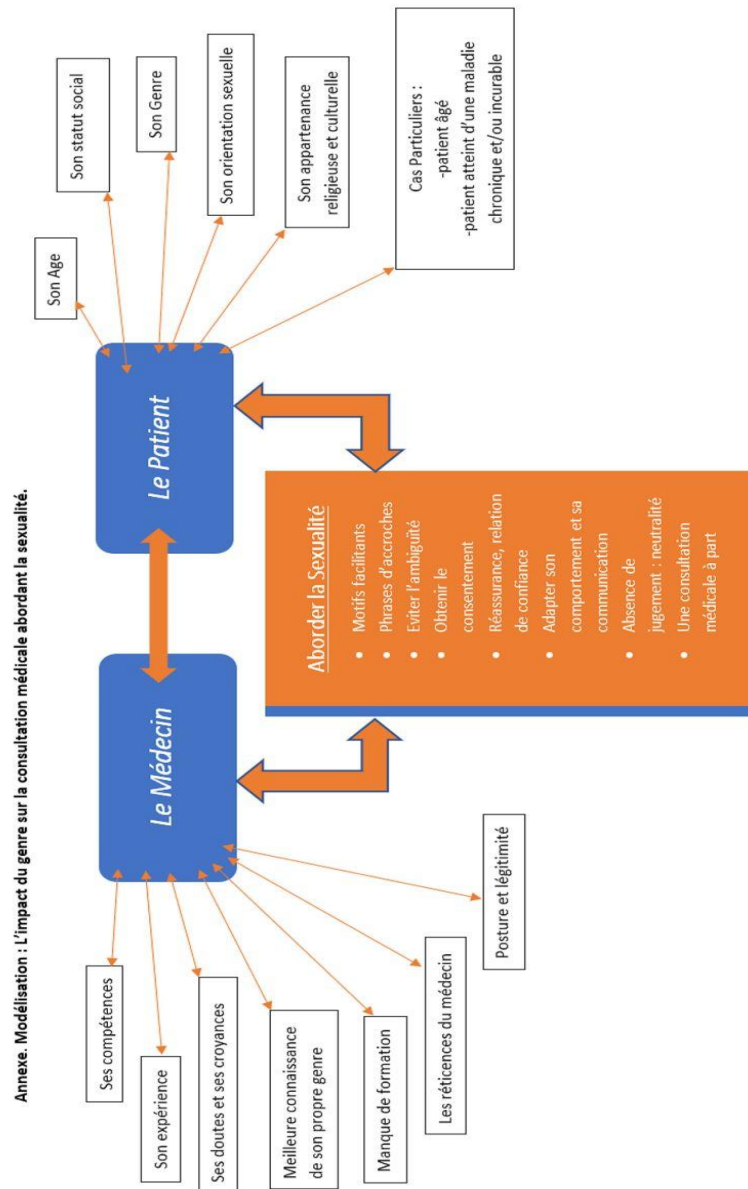
-A qui / a quoi vous référez-vous ? (Expériences personnelles)

**6 - Quelles sont vos techniques / solutions pour aborder cette thématique avec un(e) patient(e) ?**

-comment modifie-t-il, votre discours, votre examen clinique, et votre prise en charge en général

**7 – Avez-vous d'autres choses à évoquer sur ce sujet ? Au final que pensez-vous du sujet de ce travail de recherche ?**

## Annexe 2: Modélisation : L'impact du genre sur la consultation médicale abordant la sexualité:



### **Annexe 3: Caractéristiques des médecins interviewés:**

Pseudonyme	Age du médecin	durée de l'entretien	Type d'activité	Pratique de la gynécologie
MF1VB	28	19:33:00	libéral (cabinet de groupe)	oui
MF2VB	32	22:05:00	libéral (cabinet de groupe)	oui
MF3VB	35	21:27:00	libérale	oui
MF4VB	54	22:32:00	libérale (cabinet de groupe)	oui
MF5VB	34	17:46:00	libéral	oui
MF5VB	32	21:25:00	libérale (cabinet de groupe)	oui
MH1VB	31	18:21:00	libérale (cabinet de groupe)	oui
MH2VB	30	19:38:00	libérale (cabinet de groupe)	oui
MH3VB	66	27:26:00	libérale (cabinet de groupe)	peu
MH4VB	37	29:02:00	libérale	très rarement
MH5VB	63	28:49:00	libérale	non
MF1PL	29	30:39:00	libérale	oui
MF2PL	30	44:27:00	libérale	oui, peu
MF3PL	32	36:33:00	salariat	non
MF4PL	62	44:06:00	libérale (cabinet de groupe)	oui
MF5PL	33	48:48:00	libérale (cabinet de groupe)	oui
MH1PL	64	42:19:00	libérale	non
MH2PL	33	45:52:00	libérale + salariat	très rarement
MH3PL	43	42:06:00	libérale (cabinet de groupe)	oui, peu
MH4PL	37	28:00:00	libérale (cabinet de groupe)	oui, peu
MH5PL	42	24:24:00	libérale	non
Moyenne	40,33333333	30:15:09		

## Annexe 4 : Grille COREQ:

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.**

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).**

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

## **8. Liste des Abréviations:**

- CNIL: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- COREQ: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
- CSF: Contexte de la Sexualité en France
- DE: dysfonctions érectiles
- DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- HAS: Haute Autorité de Santé
- HCSP: Haut Conseil de Santé Publique
- INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- IST: Infection Sexuellement Transmissibles
- OMS: Organisation Mondiale de la Santé
- PACA: Provence-Alpes-Côtes d'Azur
- VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine
- WONCA: World Organization of National Collèges, Academies and Academic Associations of General Practicioners / Family Physicians.

## Serment d'hippocrate :

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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