



HAL
open science

Comment améliorer l'évaluation des effets indésirables sexuels ?

Antoine Bertrand, Antonin Storme

► **To cite this version:**

Antoine Bertrand, Antonin Storme. Comment améliorer l'évaluation des effets indésirables sexuels ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03468981

HAL Id: dumas-03468981

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03468981v1>

Submitted on 7 Dec 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2020

COMMENT AMÉLIORER L'ÉVALUATION DES EFFETS INDÉSIRABLES SEXUELS ?

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Antoine BERTRAND et Antonin STORME

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le : 03/11/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. Le Professeur BOUGEROL Thierry

Membres :

M. Le Professeur POLOSAN Mircea

M. Le Professeur FRANCK Nicolas

M. Le Docteur DUBREUCQ Julien, directeur de thèse

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATEY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
 PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
 MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
 PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
 PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
 MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Remerciements communs aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL, président du jury,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci pour vos enseignements, l'organisation de notre formation ainsi que votre encadrement bienveillant des internes en psychiatrie tout au long de notre parcours.

A Monsieur le Professeur Mircea POLOSAN,

Nous vous exprimons notre reconnaissance d'avoir accepté d'être membre de notre jury. Merci pour vos enseignements pointus à la frontière entre la psychiatrie et les neurosciences qui nous ont fait entrevoir les limites de nos cerveaux à tous les deux.

A Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur d'accepter d'être membre du jury et de l'attention que vous avez portée à notre travail.

A Monsieur le Docteur Julien DUBREUCQ,

Nous te remercions de nous avoir guidé, de l'élaboration du projet à la réalisation de celui-ci. Ce fut un travail très enrichissant pour nous.

A tous les participants,

Merci d'avoir accepté de donner de votre temps pour la réalisation des entretiens sur ce sujet.

Remerciements Antonin

Au Co-thésard qualitatif :

Merci tout d'abord à toi Antoine, toi qui m'as proposé ce merveilleux sujet de thèse autour d'un thème particulièrement inspirant, enivrant même ! Cette thèse aurait été une toute autre paire de manches sans toi ! Cette collaboration n'a probablement pas laissé indemne notre mental et celui de notre entourage mais probablement pour le meilleur (du pire) ! La psychiatrie c'est avant tout des rencontres, celle-ci est de qualité très supérieure ! L'aventure continue au PGG pour cette belle année de Dr psychiatrist Junior !

Merci à toi Inès de m'avoir prêté Antoine toutes ces soirées et weekends ainsi que pour tes conseils rassurant dans la dernière ligne droite !

A ma famille :

A mon père, merci pour tous tes apports (livres, sport, musique...désolé pour Aristochat !) et nos échanges, j'espère que nous pourrons continuer comme cela encore longtemps. Je réalise chaque jour un peu plus comment ils me déterminent au quotidien et dans mon futur métier. J'espère maintenant que les études arrivent à leur fin pouvoir redevenir intelligent !

A ma mère, merci pour ton soutien, ton amour, ton humour. Merci d'avoir été là lors des décisions importantes ! C'est toujours dommage de stresser lors d'un choix alors que dans tous les cas ça va bien se passer ! Merci pour la correction de l'orthographe de ce mémoire, on a volontairement laissé quelques coquilles pour que cette thèse garde du croquant ! (Sinon il y en aurait aucune évidemment).

A Christian, l'homme de Cro-Magnon (ça ne partait pas terrible) mais tu as su rapidement inverser la tendance ! Merci pour tout ce que tu as toujours fait pour moi, ton aide, nos discussions. C'est de la bombe de balle de t'avoir comme beau-père.

A Violène, clairement ma sœur préférée (je te promets que s'il y en avait d'autres tu serais ma best sista !). Merci d'être aussi drôle, sensible et stylée ! Maintenant que la thèse est terminée je vous prends sur n'importe quel jeu toi et Geoffrey ! Attention à vous les noobs !

A mes grands-parents sans qui rien n'aurait été possible, merci à vous Danielle et Yannick.

Merci à Daniel et Sylvie. Merci à Robert, merci à Simone.

Aux amis :

A Pierre Louis, merci d'être là depuis maintenant plusieurs années de m'avoir initié à ce merveilleux sport de pédales qu'est la bicyclette ! On a raté la saison de chasse aux champignons cette année à cause de cette thèse mais ce n'est que partie remise ! (On se retrouve cet hiver à Chambé avec Anne po pour le ski de fond).

Arthur, merci d'avoir fait de moi une marraine accomplie cette année ! Rapprochez-vous avec Maé je ne vais pas voir grandir Gustave bordel ! Je ne vais pas pouvoir l'empêcher de m'appeler « marraine » quand il apprendra à parler !

Luc, merci de m'avoir transformé en machine à rouler ça m'a donné la caisse pour cette année ! A quand la prochaine aventure ? « L'aventuuuure les gaaars ! »

A Emma, merci pour ton soutien et tes bons petits conseils lors de ces quelques semaines avant de rendre nos thèses ;) . Il faudra fêter la validation de ces dernières !

Morgane, Cindy et Marine merci d'exister les zouzes ! Ne changez rien vous êtes parfaites ! (Prenez pas la grosse tête par contre !).

Aux co-internes :

Merci à tous de supporter mes décompensations permanentes le midi ! Un bien triste spectacle pour ceux qui ont le malheur d'y assister ! (Je pense particulièrement aux Marie C et T, Rayan, Justine et Julie).

Merci à toute la promo : à Alice et Vivi (si si tu fais partie de la promo), Bastien, Antoine (encore) pour les soirées inoubliables (sauf pour toi Alice) de première année (auxquelles il faut rajouter Aude) ! Teano, Marie vous êtes énormes comme... Merci à Tiphaine, Léonor et Léa pour votre gentillesse.

A Antoine J et Albane mes voisins devant l'éternel, merci de supporter mes goûts musicaux un peu particuliers. Antoine ! « Si la chenille bois l'eau c'est qu'elle ne porte pas de lunettes !! » (Je n'ai toujours pas la référence, ni compris cette expression, elle me hante !). Albane merci pour ton investissement en tant que traductrice pour le CHUGA (on ne te remercie jamais assez).

A Céline qui m'a permis en parallèle de cette thèse de réaliser un de mes plus grand fantasme : cultiver mon (notre ok...) propre potager ! Sans toi rien n'aurait été possible. Merci pour ton aide même si je ne peux pas blairer la moitié des légumes qu'on a fait pousser ça fait toujours plaisir de les voir grandir !

A Anaïs merci de m'avoir aidé à devenir au plus dur de cette thèse la légende locale Strava de ce tour du Néron de ses morts que j'en peux plus de tourner autour mais que j'peux pas faire d'autres tours par manque de temps ! Merci pour ton professionnalisme, de m'avoir empêché une fracture du mental par ta prise en charge. C'était bien sympatoche de ta part !

Aux mentors :

Merci aux équipes et aux médecins du 101, de Dominique Villars, des Ados de Bassens, de l'UPE, de la PASS psy, du CMP Lanteri Laura, du centre TCA et HDS du Grésivaudan.

Une pensée particulière pour :

Le Dr Rumbach et le Dr Milanesio pour leurs enseignements et nos échanges sur la psychiatrie (Benoit, j'espère avoir bien suivi tes conseils pour la mise en forme de cette thèse !).

Le Dr Pierrossedat : ALED qu'il nous a apporté par ses réflexions à propos de notre sujet de thèse.

Le Dr Pouchon : qui ne m'a jamais encadré mais qui était déjà mon modèle en tant qu'interne alors j'imagine qu'il l'est toujours.

Le Dr Maze : qui m'a déjà tant apporté lors de mon entretien d'embauche ! Merci de m'avoir rappelé l'importance d'une thèse ! J'espère apprendre beaucoup sous ton joug.

A mes sources d'inspiration durant cet internat :

Denis Brogniart, à son étonnement innocent devant chaque nouvelle situation et ses réflexions sur la place des genres et leurs rôles dans les sociétés primitives. A Olivier Minne pour l'inspiration sportive et esthétique. A Kemar pour absolument tout mais vraiment rien d'autre par contre. A Patrick Sébastien pour ses textes inspirant sur les conditions de vies précaires des sardines dans une société industrialisée comme la nôtre.

Merci à tous ceux qui ne sont pas mentionnés ici et que je n'oublie pas et à ceux que j'oublie également.

Remerciements Antoine

A Antonin (the psychiatrist)

Sans qui tout cela n'aurait pas été possible... Bah oui parce que bien sûr il s'agit d'une thèse qualitative donc il faut être 2 pour la faire ! Bon un peu de sérieux comme ce que nous avons réussi à faire durant ces longues journées passées à l'élaboration de notre thèse.

Je ne vais pas dire que je t'ai découvert sous un autre jour à l'occasion de ce travail parce que je pense avoir toujours repéré chez toi ton humour, ton enthousiasme mais aussi ton sérieux, ta précision et ta pertinence sur bon nombre de domaines qui ne cessent d'alimenter nos discussions. C'est un plaisir d'avoir pu pouvoir travailler avec toi durant ces mois et de te compter parmi mes amis. J'espère qu'on continuera à concocter de nouvelles expressions comme tanker, full thèse, insane etc... c'est bien ou pas ??

A mes maitres

Je vous remercie pour l'enseignement que j'ai pu recevoir de votre part.

Le Dr BENKHAOUA et le Dr SAMPIETRO qui m'ont encadré lors de mon premier stage à Saint Egrève et qui m'ont donné goût à la psychiatrie générale. Le Dr HOLTZMANN, le Dr DALL'IGNA et le Dr RIGON qui m'ont enseigné la rigueur nécessaire à la prise en charge des troubles psychiatriques résistants et l'humanité qui en découle. Le Dr GIRAUD BARO qui fut une personne très inspirante du fait de sa grande expérience dans plusieurs domaines. Le Dr LAURENT et le Dr AUSSEDAT qui m'initèrent à la prise en charge en pédopsychiatrie. Le Dr GOUACHE, le Dr LEIGNIER et bien sûr le Dr DUBREUCQ qui m'ont permis de découvrir une façon différente d'envisager la psychiatrie. Le Pr POLOSAN dont l'inspiration pour les projets de recherche est un modèle pour moi. Le Dr POUCHON qui rend passionnant les troubles bipolaires. Le Dr CARON qui m'a permis de nombreuses réflexions en ce qui concerne le suivi des patients. Merci à Lilia pour tous ses mails sans lesquels nous serions perdus !

A mes parents,

Toutes ces heures de discussions que nous avons pu avoir depuis mon plus jeune âge m'ont permis d'être un adulte avec beaucoup de réponses (mais toujours quelques questions !).

Maman, tu as toujours su avoir les bons mots dans toutes les situations grâce à ta finesse et ton intelligence. Tu m'as toujours conforté dans mes choix et recentré sur l'essentiel (notamment lors du bac de Français !).

Papa, même si tu n'es pas très doué pour m'expliquer la reproduction des dindons tu auras su me faire appréhender des sujets aussi abstraits que complexes et éveiller sans cesse ma soif de savoir (sauf au Lycée !).

Ma pudeur me retient de vous exprimer toute l'affection que j'ai pour vous mais j'espère que vous savez à quel point elle est grande.

A mon grand père

Pépé, tous ces bons moments passés ensemble resteront à jamais gravés dans ma mémoire, les balades à vélo et la pêche à Freydières étaient pour moi des moments de sérénité absolue. Ton parcours est pour moi source d'une grande inspiration tant tu as su t'adapter parfaitement à toutes les époques et à toutes les difficultés. Lorsque nous parlons ensemble j'ai toujours eu l'impression que tu me comprenais (j'espère que c'est vrai !).

A ma grand-mère à qui je pense souvent et qui était pour moi un modèle de force et de détermination.

A Catherine

Ton intérêt pour toutes sortes de choses différentes m'a toujours fasciné. Après avoir fait ce travail de thèse à 2, j'imagine encore mieux comment toi et ma mère avez pu faire le vôtre !

A Didier et Marie-Hélène

Vous faites partie des personnes qui me connaissent depuis que je suis né alors que je ne parlais pas encore et maintenant Didier je suis plus fort que toi au scrabble, c'est incroyable l'évolution !

A ma belle famille

Merci de m'avoir intégré dans votre famille avec autant de bienveillance. Cécile et Ghassan vous avez tous 2 eu des façons différentes d'y parvenir, l'un par des petites attentions et l'autre par des traits d'humour (qui avaient permis de me détendre un peu !). Les sœurs RACHIDI c'était une autre affaire ! Il a fallu que je regarde plusieurs fois tous les HP et les 10 saisons de Friends pour pouvoir tout comprendre de vos conversations ! Maintenant c'est chose faite et je suis bien heureux de vous connaître. Merci à la belle-famille au Liban pour l'accueil incroyable qu'ils nous ont fait. Yallah bye bye !

Au reste de ma famille

Tata Christine, ta bonne humeur et ton humour ont toujours embelli nos réunions de famille. Alice, Pierre et Jean, nous avons tant de souvenirs ensemble depuis toutes ces années, je suis fier de votre parcours et des adultes que vous êtes.

Tata Christiane, Edith, Gaby et Vincent, je pense souvent à vous, à tous ces étés passés dans le sud et aux formidables familles que vous avez construites !

Tonton Jacques, tata Ria, Yann et Adeline, vous êtes impressionnants tant par la taille que par l'esprit ! J'ai hâte de vous revoir !

Bertrand et Isabelle, merci pour votre soutien durant toutes ces années.

A Mathieu

Ton franc parler et ta perspicacité m'inspirent depuis toutes ces années. Tu m'as souvent permis de relativiser et de m'affirmer et pour cela je t'en suis très reconnaissant. Tu m'as aussi permis d'être meilleur sur LoL grâce au calme olympien qui te caractérise ! J'espère néanmoins que tu arriveras à m'écouter un peu et à « te poser » !

A Marie

Derrière ton côté fêtarde et rigolote, les personnes qui te connaissent savent que tu es quelqu'un de sensible, d'attentionné et sur qui on peut compter (je fais partie de ces personnes !).

A Renaut (el Genitalium)

Je suis très heureux que tu te sentes bien dans ta nouvelle spécialisation en procréation qui à mon sens colle mieux (oui) avec ta personnalité ! Merci de m'apprendre à devenir un bodybuilder, je me sens plus fort de jour en jour. J'ai hâte de fêter votre mariage avec Léa.

A Chloé et Malik

On se connaît maintenant depuis de nombreuses années... J'espère que la prochaine fois vous aurez autre chose à nous annoncer que le fait que vous avez repeint les toilettes ! Je ne vous ai jamais connu séparés c'est pour cela que je vous fais des remerciements communs mais il est évident que vous avez chacun des qualités. Malik tu es capable de faire du vélo avec une rhabdomyolyse et Chloé tu es capable de faire faire du vélo à Malik avec une rhabdomyolyse !

A Sophie et Jo

Vous êtes une référence en termes de coolitude pour nous les stressés restez bien comme vous êtes !

A Clem

J'espère que ton séjour à Lyon s'est bien passé, maintenant tu commences les choses sérieuses tu reviens sur Grenoble !

A Justin et François

Nous sommes restés amis depuis la P1, nous nous voyons peu mais quand nous nous voyons c'est comme si le temps s'était arrêté, toujours aussi drôles et intéressants à la fois !

A Pierre-Louis

Je t'ai connu grâce à Antonin et je suis très heureux de te compter parmi mes amis. Je pense que c'est le bon moment pour qu'on se remette au vélo mais sans Antonin au début parce que sinon ça va faire très très mal ! J'ai hâte de venir vous voir Anne Po et toi à Chambé !

A mes cointernes

Merci à Alice, Vivi, Aude et Bastien pour toutes les soirées de début d'internat. Merci à Téano pour ton aide, ta disponibilité et ton empathie. Merci à Marie pour tous les fous rires en pédo. Merci à Antoine pour m'avoir fait vivre comme personne la CDM. Merci à Léa, Léonor et Tiphaine pour leur gentillesse. Merci à Christophe alias l'homme augmenté pour tous ses projets !

A Adrien

Depuis notre fameuse rencontre dans la navette (quand j'étais encore en béquilles !), tu n'as cessé de te renouveler et de t'intéresser à des choses variées mais au fond tu es resté le même pour moi, une personne affectueuse et sur qui on peut compter (pour nous rappeler qu'on est en carton !).

A Alex

J'espère que tu avances sur ta thèse mais je ne me fais pas de soucis pour toi, tu as énormément de ressources et il n'y aurait pas assez de places pour citer toutes tes qualités, la principale étant ta capacité de travail en licence de droit !

A Nathan

Je ne sais pas si tu liras ces lignes mais tu sais déjà tout ce que je pense de toi tant on se connaît depuis longtemps. Tu es et j'espère restera ma plus vieille amitié !

A Audrey, Béné, Matthieu et Melvin

Je suis très heureux de vous avoir rencontrés par le biais d'Inès et j'attends avec impatience la prochaine soirée raclette !

A la mère d'Antonin

Merci pour votre courage, sans vous notre manuscrit « n'aurait pas été le mame » !

Et enfin à Inès

C'est très difficile pour moi d'écrire ces remerciements (surtout de ne pas te les faire relire avant !) et de te dire des choses que je ne t'aurais pas dites tant nous partageons et nous nous soutenons en permanence tous les deux. Ton esprit clair, ta spontanéité et ta sincérité m'ont toujours guidé dans mes choix et dans ma vie. Ton empathie et ta combativité m'ont toujours donné la force de surmonter les tracas.

Lorsque je repense aux circonstances de notre rencontre peu propices à la romance (il faut le dire !) je ne peux m'empêcher de sourire car je nous revois avec des yeux différents maintenant, ceux de quelqu'un qui est toujours aussi amoureux de toi mais qui a pu devenir ce que nous sommes maintenant. Et je dois le dire j'en suis fier. Tu es celle qui m'a permis de croire en de nombreuses choses auxquels je ne parvenais pas à croire.

Tu remarques que j'ai mis « à Inès » mais je ne suis pas en colère je ne veux juste pas que tout le monde se moquent du nième surnom que je t'ai donné !

RÉSUMÉ

INTRODUCTION-Les neuroleptiques sont des médicaments psychotropes fréquemment prescrits. Ils présentent de nombreux effets indésirables notamment sexuels ayant un impact sur la qualité de vie et l'observance. Ceux-ci auraient un retentissement important sur la vie des patients. Il semblerait qu'ils soient sous évalués par les psychiatres et peu rapportés par les patients. L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les éléments facilitant ou compliquant l'abord des effets indésirables sexuels entre un psychiatre et un patient ayant un traitement neuroleptique.

MÉTHODE-Nous avons réalisé une étude qualitative incluant 9 psychiatres et 11 patients. Un questionnaire unique a été utilisé pendant un entretien semi-structuré permettant de croiser le point de vue des psychiatres et des patients.

RÉSULTATS-Les participants ont parlé de la place de la sexualité et de la difficulté à aborder ce sujet en entretien. Les femmes parleraient moins de leurs effets indésirables sexuels. Elles seraient aussi moins questionnées à ce sujet de même que les patients âgés. Le tact et l'ouverture du psychiatre pourraient faciliter cette évaluation.

CONCLUSION-La recherche des effets indésirables sexuels par le psychiatre semble être indispensable lors du suivi d'un patient. Il ressort de notre étude que le fait d'être une femme, d'être âgé(e) ou d'être célibataire semblent être des facteurs de risques de sous-évaluation. La présence de formations spécifiques pour les patients et les psychiatres, le recours à une tierce personne et la présence d'un support écrit par un questionnaire pourraient améliorer la prise en charge des effets indésirables sexuels.

MOTS CLÉS : Psychiatrie, Neuroleptiques, Effets indésirables sexuels

ABSTRACT

HOW TO IMPROVE THE EVALUATION OF SEXUAL ADVERSE EFFECTS ?

INTRODUCTION – Neuroleptics are psychotropic drugs that are frequently prescribed. They have numerous adverse effects - including sexual ones – that impact patients’ quality of life and compliance to treatment. Though these effects may have significant repercussions on patients’ lives, it seems that they remain underestimated by psychiatrists and rarely reported by patients. The aim of this study is to better understand what enables or hinders patients under neuroleptic treatment and psychiatrists to broach the topic of sexual adverse effects.

METHOD – We performed a qualitative study including 9 psychiatrists and 11 patients. A single questionnaire was used during a semi-structured interview to cross-reference the psychiatrists’ and the patients’ points of view.

RESULTS – The participants talked about the role of sexuality and the difficulty to raise this topic in session. Women might speak less than men about the sexual adverse effects affecting them. They might also be less often questioned on this topic, as might older people. The assessment may be made easier when psychiatrists adopt a tactful and open approach.

CONCLUSION – It seems necessary that psychiatrists should inquire on possible sexual adverse effects during patient follow-up. Our study found that being a woman, being elderly or single seem to be risk factors for under-assessment. The creation of specific training programmes for patients and psychiatrists, the possible appeal to a third party and the availability of a written support such as a questionnaire could improve the management of sexual adverse effects.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Centre référent de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive : C3R

Trouble du spectre autistique : TSA

Centre Médical Psychologique : CMP

Effets indésirables sexuels : EIS

Effets indésirables : EI

Hyperprolactinémie : HPRL

Prolactinémie : PRL

Table des matières

I. INTRODUCTION	23
A. Les neuroleptiques.....	23
1. Généralité sur les neuroleptiques.....	23
2. Les effets indésirables sexuels des neuroleptiques.....	23
B. Les troubles sexuels en psychiatrie	24
1. Épidémiologie des troubles sexuels.....	24
2. Importance de la prise en charge des EIS.....	25
C. L'évaluation des EIS des neuroleptiques	27
1. Abord par le patient	27
2. Sous-estimation des EIS	28
3. Abord par le psychiatre.....	28
4. Le ressenti.....	28
D. Justification de l'étude	29
E. Objectifs	31
1. Objectif principal.....	31
2. Objectifs secondaires	31
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	31
A. Design de l'étude.....	31
1. Type d'étude	31
2. Constitution de l'échantillon	32
3. Réalisation d'un guide d'entretien.....	33
4. Collecte des données	34
5. Analyse des données.....	34
6. Sécurité et protection des données.....	34
B. Population de l'étude.....	35
1. Les psychiatres	35

2. Les patients	36
III. RÉSULTATS	38
A. La place de la sexualité	38
1. Importance de la sexualité	38
2. Une corrélation entre tolérance et observance	39
3. Relayée au second plan.....	40
B. Un sujet compliqué.....	42
1. Gênant.....	42
2. Intrications multiples	44
3. Tabou	46
4. Projection.....	47
5. Considérations narcissiques.....	48
C. L'âge et le genre modifient l'appréciation	49
1. Le genre	50
2. L'âge.....	51
D. Le relationnel.....	52
1. Savoir être et ouverture.....	53
2. Relation thérapeutique	56
3. Non applicable à certaines situations.....	57
E. Qui l'aborde ?.....	59
1. À l'initiative des psychiatres	59
2. Abord par le patient	62
F. Ressources pour l'évaluation des EIS	64
1. Contexte de l'entretien.....	64
2. Le parcours du psychiatre.....	66
3. L'éducation thérapeutique	67
G. Perspectives d'amélioration	71

1. Les formations	71
2. Informations écrites	73
3. Abord par l'écrit	74
4. Intervention d'un tiers	75
5. Temps et moyens dédiés.....	77
IV. DISCUSSION	79
A. Forces et faiblesses de l'étude	79
1. Les biais possibles	79
2. Les forces.....	79
B. Impressions et discussions autour des résultats.....	80
1. La place de la sexualité.....	80
2. Un sujet compliqué.....	81
3. L'âge et le genre modifient l'appréciation	83
4. Le relationnel.....	84
5. Qui l'aborde ?	85
6. Les ressources.....	85
7. Perspectives d'amélioration.....	86
8. La prolactinémie	88
V. CONCLUSION.....	89
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	91
VII. ANNEXES	100
A. Annexe 1 : Le guide d'entretien	100
1. Questionnaire à destination des patients.....	100
2. Questionnaire à destination des psychiatres	101
B. Annexe 2 : Les affichettes utilisées.....	102
C. Annexe 3 : La présentation aux différents acteurs.	104
D. Annexe 4 : Verbatim	108

I. INTRODUCTION

A. Les neuroleptiques

1. Généralité sur les neuroleptiques

Les neuroleptiques sont des médicaments psychotropes fréquemment prescrits en France dans la population générale comparés aux autres pays industrialisés (Gasquet et al., 2005). Ils représenteraient environ 6% du marché officinal et 2,6 % du marché hospitalier en France. Le taux annuel régional de patients ayant eu au moins un neuroleptique serait de 2,3 % à 4,2 % en France (Lecadet et al. 2000).

De nombreux effets indésirables des neuroleptiques ont pu être rapportés du fait de leurs propriétés pharmacologiques antidopaminergique, anticholinergique et sympatholytique. Il en découlerait une dysrégulation du système nerveux autonome (trouble du transit, hypotension orthostatique etc.). Parmi les effets indésirables fréquemment décrits, on retrouve des troubles d'ordre moteur (symptomatologie extra pyramidale, dyskinésies etc.), cognitif (sédation, troubles de la concentration etc.) et métabolique avec ses conséquences (diabète, obésité, troubles cardio-vasculaires etc.), ainsi que des effets indésirables sexuels. Du fait du retentissement potentiel de ces effets indésirables, leur recherche et leur prise en charge semblent constituer un enjeu important dans le suivi des patients ayant ces traitements au long court (Solmi et al., 2017).

2. Les effets indésirables sexuels des neuroleptiques

Les effets indésirables sexuels attribués aux neuroleptiques sont nombreux et divers.

Parmi ces effets indésirables, on retrouve des troubles sexuels d'ordre physique d'une part, regroupant : les troubles de l'érection, de l'éjaculation, de la lubrification, de l'orgasme ou encore le priapisme.

Et des troubles sexuels psychiques d'autre part avec : des troubles de la libido, du désir et de l'excitation (Giuliano & Droupy, 2013).

La principale explication physiopathologique de ces EIS résiderait dans l'action antidopaminergique sur la voie tubéro-infundibulaire des neuroleptiques qui serait inductrice d'une hyperprolactinémie. Dans une étude de Knegtering et al, il semblerait qu'une part non négligeable des EIS apparaissant chez des patients porteurs d'une schizophrénie soit attribuable à une hyperprolactinémie due aux neuroleptiques (Knegtering et al., 2008a).

Cette hyperprolactinémie iatrogène pourrait entraîner des EIS de manière directe mais également indirecte par son action hypophysaire sur la pulsatilité de la sécrétion de la GnRH qui entraînerait une diminution des hormones sexuelles (testostérone, œstrogènes, LH, FSH). Les manifestations cliniques étant majoritairement des troubles du cycle menstruel, un hypogonadisme, des troubles sexuels. (Besnard et al., 2014).

Cette action antidopaminergique, en plus de son action sur la prolactine, pourrait avoir un impact sur le circuit de la récompense (orgasme) et sur la motivation (sexuelle ici) pouvant expliquer en partie certains EIS (diminution du désir...).

Parmi les autres aspects physiopathologiques, on pourrait retrouver les effets noradrénergiques et antihistaminiques des neuroleptiques qui pourraient également agir sur les performances sexuelles de manière négative (Knegtering et al., 2008a).

B. Les troubles sexuels en psychiatrie

1. Épidémiologie des troubles sexuels

- Prévalence des troubles sexuels

Les troubles de la fonction sexuelle seraient fréquents dans la population générale et particulièrement chez les patients présentant une maladie psychiatrique. Effectivement, des études menées sur de grandes cohortes ont retrouvé qu'environ 40 % des femmes et 30 % des

hommes ont des plaintes d'ordre sexuel dans la population générale (Lewis et al., 2004; McCabe et al., 2016; Nicolosi et al., 2004; Waldinger, 2015).

Plusieurs études suggèrent que les troubles de la fonction sexuelle sont plus fréquents chez les patients présentant une pathologie psychiatrique et ce même chez les patients n'ayant pas recours aux traitements psychotropes.

Certaines études ont rapporté que 45 à 80 % des hommes et 30 à 80 % des femmes schizophrènes auraient des troubles au niveau sexuel. Parmi les troubles sexuels les plus fréquemment rapportés, étaient retrouvés les troubles de l'érection et de l'éjaculation (30-60% des EIS) (Fond et al., 2019; Fujii et al., 2010a; La Torre et al., 2013).

Les causes de ces troubles sexuels seraient multiples : certains symptômes de la maladie, leurs conséquences psycho-sociales, les comorbidités somatiques fréquentes associées et les effets secondaires de traitements (psychiatriques ou non) (Chiesa et al., 2013a).

- Part des neuroleptiques dans les EIS

Certaines études ont pu montrer qu'une part importante des troubles sexuels chez les patients souffrant d'un trouble psychiatrique serait liée aux traitements neuroleptiques. Chiesa et al ont comparé ces effets avant et après introduction de certaines molécules. Des différences ont pu être constatées suivant les molécules, les plus forts taux d'EIS étaient liés à l'utilisation de neuroleptiques induisant des hyperprolactinémies. À titre d'exemple, les auteurs ont constaté que 45% des patients traités par halopéridol, 43% des patients traités par olanzapine, 43% des patients traités par rispéridone et 34% des patients traités par quétiapine ont développé un EIS après l'initiation du traitement avec ces médicaments. (Chiesa et al., 2013a).

2. Importance de la prise en charge des EIS

La prise en charge de cet effet secondaire apparait comme particulièrement importante.

D'une part, cela fait partie des besoins fondamentaux de chacun et il fait partie du devoir du médecin d'évaluer la tolérance des traitements qu'il prescrit.

D'autre part, il existe des publications montrant que, le désir sexuel ne semble pas ou peu influencé par une pathologie psychiatrique comme la schizophrénie, malgré ce qu'on pourrait penser (Huguelet et al., 2015).

- Bénéfice de la sexualité

Enfin, il semblerait que l'expression d'une vie sexuelle satisfaisante entraîne un bénéfice sur de nombreux aspects : bien-être général (estime de soi, confiance...), sociaux (meilleure insertion sociale, déstigmatisation), et aurait un bénéfice sur l'anxiété, le sommeil et l'humeur aussi bien chez les patients souffrant de troubles psychotiques que dans la population générale (A. L. Montejo et al., 2018a).

Une étude suggère que les relations sexuelles et intimes dans leur ensemble sont considérées par les patients ayant un trouble psychiatrique comme un facteur essentiel à prendre en compte. Cette étude considère la sexualité comme un indicateur clé d'une approche orientée rétablissement (Boucher et al., 2016).

- EIS et observance

La survenue d'effets secondaires liés aux traitements psychotropes serait également fortement corrélée à leur observance.

En plus de l'impact sur la qualité de vie des patients, c'est toute la relation thérapeutique qui pourrait être affectée par la présence d'effets secondaires sexuels.

En effet, certains auteurs ont pu démontrer l'importance de la prise en compte des effets indésirables des neuroleptiques sur l'observance. Une étude rapporte qu'au moins la moitié des patients schizophrènes aux Etats-Unis ne prendraient que 70% de leurs traitements et que la non-observance serait fortement corrélée aux effets secondaires (DiBonaventura et al., 2012a; Fond et al., 2019).

Ainsi, une mauvaise observance des traitements pourrait conduire à une augmentation des rechutes et des hospitalisations qui sont un enjeu de santé publique au vu du coût d'une hospitalisation en psychiatrie (Almond et al., 2004; Ascher-Svanum et al., 2010).

C. L'évaluation des EIS des neuroleptiques

Les aspects précédents (les EIS des neuroleptiques, l'observance...) sont bien représentés dans la littérature. La plupart de ces articles évoquent le fait que les EIS seraient sous-évalués et peu rapportés par les patients. Cependant, très peu de publications ont pour objectif d'étudier cette évaluation.

1. Abord par le patient

Alors qu'il apparaîtrait que les patients parlent peu du fonctionnement de leur sexualité avec leur psychiatre, Rosenberg et al ont conduit une étude monocentrique en faisant passer à 51 patients un auto-questionnaire recherchant les EIS. Ils recherchaient aussi si ces derniers avaient déclaré ces effets à leur psychiatre et si leur psychiatre leur en avait fait la demande.

Cette étude rapporte que 52.9% des patients n'auraient pas ou peu mentionné leur sexualité à leur psychiatre. De plus, il semblerait que le fait que les patients présentent des EIS n'augmente pas cette verbalisation car dans cette étude, environ 50% des patients présentant des EIS n'en ont pas parlé à leur psychiatre (Rosenberg et al., 2003a).

Enfin, une autre étude confirme cette tendance : Montejo et al ont trouvé que seulement 37% des patients avaient rapporté de manière spontanée leurs troubles sexuels (Á. L. Montejo et al., 2010)

2. Sous-estimation des EIS

Une étude a retrouvé que les psychiatres avaient tendance à sous-estimer les EIS par rapport à la perception des patients. Dossenbach et al ont mené une étude prospective multi-centrique internationale avec 7655 patients présentant une schizophrénie. Ils s'intéressaient principalement à la prévalence des troubles sexuels et ont rapporté que dans 26% des cas, le psychiatre n'aurait pas perçu que son patient avait des EIS (Dossenbach et al., 2005).

3. Abord par le psychiatre

Certains auteurs émettent l'hypothèse que ce décalage de perception pourrait être lié au fait que les psychiatres n'en parlent pas de façon régulière avec leurs patients. En effet, à titre d'exemple, même si ce sujet est important pour les patients, comme énoncé plus haut, le champ de la sexualité ne figure pas dans les échelles couramment utilisées pour évaluer la qualité de vie. En effet, il n'est pas fait état de ce domaine de la vie dans l'échelle EQ5D, utilisée pour calculer le QALY.

L'étude de Ucock et al a fait passer un questionnaire à 827 patients présentant une schizophrénie, leur demandant si leur psychiatre avait recherché un trouble sexuel. 73.5% des patients ont indiqué que leur psychiatre n'avait pas évalué leur fonctionnement sexuel lors des consultations (Ucock et al., 2008). De plus, ils rapportent que l'exploration du fonctionnement sexuel est moins fréquente chez les patients qui présentent des EIS (76.9% vs. 69.6%, $P = 0.02$).

C'est une tendance qui est retrouvée dans 2 autres études : Nnaji & Friedman, 2008; Rele & Wylie, 2007.

4. Le ressenti

Une étude a essayé de comprendre ce qui peut empêcher les psychiatres d'aborder la question des EIS et leur ressenti lié à l'abord des troubles sexuels. Il s'agit d'une étude anglaise où un

questionnaire a été donné à 76 psychiatres. Ils ont retrouvé que 32% de ceux-ci ne se sentaient pas à l'aise à l'abord de ce sujet. De plus, 69.7% des psychiatres préféraient que ce soit leurs patients qui abordent la question (Nnaji & Friedman, 2008).

Une autre étude avait cet objectif et retrouvait entre autres que 75% des psychiatres interrogés attendaient que leurs patients rapportent spontanément leurs EIS (Tharoor et al., 2015).

Enfin, une étude menée auprès de 75 internes en psychiatrie ont des résultats similaires (Rele & Wylie, 2007).

Pour finir, Rosenberg et al ont également décrit le ressenti des patients à l'évocation de ce sujet. Il leur a été demandé pourquoi, selon eux, cette question n'avait pas été abordée : 28% trouvaient cela embarrassant pour eux, 20% pensaient qu'il n'y avait rien à faire, 16% n'étaient pas gênés par ces EIS et enfin 4% pensaient que cela serait embarrassant pour leur psychiatre.

D. Justification de l'étude

Il ressort de la bibliographie réalisée que l'évaluation des EIS par les psychiatres ainsi que l'abord spontané de leurs EIS par les patients soient insuffisants.

Certaines études mentionnées précédemment tentent d'apporter quelques éléments de réponses sur ce qui pourrait empêcher l'abord des EIS. Ces études évoquent la gêne et l'inconfort des psychiatres et des patients à aborder ces questions. Il paraît donc important de mieux comprendre les raisons de cette gêne afin de pouvoir proposer des pistes d'amélioration concernant l'identification des EIS et leur prise en charge.

Des études se sont penchées sur les méthodes d'évaluation des troubles sexuels notamment par la réalisation de questionnaires. Plusieurs questionnaires existent mais aucun ne fait figure de référence actuellement (Hatzichristou et al., 2016). D'après les éléments apportés par

l'étude de Dossenbach et al., 2005, l'utilisation d'un questionnaire n'empêcherait pas forcément de sous-estimer les EIS des patients.

L'étude de Harley et al., 2010 retrouve que l'attitude du psychiatre pourrait avoir un rôle important. Il est rapporté que le tact ainsi qu'une attitude compréhensive et sans jugement du psychiatre rendraient les patients plus disposés à évoquer leurs troubles sexuels.

L'étude de Rele & Wylie, 2007 menée sur des internes en psychiatrie suggère que l'absence de formation sur la sexualité et sur la prise en charge des EIS pourrait expliquer une partie du malaise des psychiatres vis-à-vis de ce sujet.

D'autres études mentionnent que des aspects culturels pourraient rendre plus difficile l'expression des troubles sexuels à leur psychiatre (Apantaku-Olajide et al., 2011; Dossenbach et al., 2005; Fujii et al., 2010a).

Le genre du patient pourrait également être un élément déterminant à prendre en compte. Plusieurs études retrouvent des différences importantes en fonction du genre dans la prévalence et l'abord des EIS liés aux neuroleptiques (M. K. de Boer et al., 2015; Harley et al., 2010).

Il semble qu'une étude qualitative soit parfaitement adaptée pour explorer ces aspects faisant intervenir à la fois des phénomènes sociaux et des représentations individuelles. Celle-ci permettra de créer des hypothèses de manière inductive en recueillant des données verbales qui permettront de mieux comprendre les enjeux qui sous-tendent la recherche des EIS liés aux neuroleptiques.

Un questionnaire commun posé à la fois à des psychiatres et à des patients permettrait de croiser les perspectives et les données recueillies pour mieux répondre à l'objectif de cette étude.

Lors de cette étude, il a été choisi une approche trans-diagnostique permettant de mieux répondre à la question de la prise en charge des EIS liés aux neuroleptiques et de ne pas se

concentrer sur une pathologie en particulier. L'idée étant que les résultats de cette étude puissent s'appliquer au maximum de patients possibles.

E. Objectifs

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de mieux comprendre les éléments facilitant ou compliquant l'abord des EIS entre un psychiatre et un patient ayant un traitement neuroleptique.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- Améliorer le repérage des EIS des neuroleptiques par une meilleure compréhension de ces éléments
- Trouver des pistes d'amélioration pratiques à l'évaluation des EIS des neuroleptiques.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Design de l'étude

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude non-interventionnelle, répondant à la méthodologie qualitative selon les critères COREQ et dont le recueil de données auprès des participants s'est fait sous forme d'entretiens individuels semi-structurés.

Ce type d'étude a été choisi pour analyser l'opinion des sujets sans émettre d'hypothèse à priori, à partir de leur vécu et de leurs expériences subjectives. Elle a été réalisée par deux internes en psychiatrie encadrés par un Praticien Hospitalier exerçant au Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale et de Remédiation Cognitive (C3R) de Saint Martin d'Hères.

2. Constitution de l'échantillon

L'étude a été réalisée auprès de psychiatres thésés, exerçant en secteur hospitalier dans l'agglomération grenobloise, et de patients ayant un traitement neuroleptique.

Les psychiatres ont été contactés par courrier électronique à l'aide d'une mailing liste professionnelle. Les psychiatres contactés exerçaient au Centre Hospitalier Alpes Isère, à la clinique du Dauphiné et à la clinique du Grésivaudan.

Certains patients ont été contactés à l'aide d'une mailing liste du C3R où étaient recensés des patients désirant potentiellement participer à des activités de recherche. D'autres patients ont été recrutés « au fil de l'eau » lors d'entretiens psychiatriques dans nos terrains de stage respectifs.

De plus, nous avons réalisé des affichettes que nous avons placées dans la salle d'attente du C3R afin que les patients puissent directement nous solliciter (cf annexe).

Enfin, nous avons fait une présentation de notre travail aux acteurs et coordinateur de parcours du C3R afin qu'ils puissent parler de notre étude aux patients qu'ils avaient en charge (cf annexe).

Les critères d'inclusion étaient :

- Pour les psychiatres :
 - La prescription de traitements neuroleptiques.
- Pour les patients :
 - Age \geq 18 ans.
 - Trouble psychique sévère et persistant (définition de la SAMHSA : Handicapé dans 1 ou plus des domaines principaux de la vie)
 - Traitement neuroleptique en cours
 - Non-opposition au recueil de données.

Les critères d'exclusion étaient :

- Pour les psychiatres :
 - L'absence de prescription de neuroleptiques.
- Pour les patients :
 - Age < 18 ans
 - Hospitalisation en milieu psychiatrique dans les 6 mois précédant l'inclusion.
 - Traitement anti-androgène en cours.

Après vérification des critères d'éligibilité et signification de leur non-opposition à la collecte et à l'utilisation anonyme des données personnelles recueillies au cours de l'étude, les participants ont été inclus dans leur groupe respectif, le groupe patient et le groupe psychiatre.

Nous n'avons pas calculé à priori le nombre de patients et de psychiatres à inclure. Les inclusions se sont poursuivies jusqu'à atteindre le seuil de saturation des données (pas de nouvelle donnée apportée au cours de 2 entretiens successifs) ou la fin de la période d'inclusion.

3. Réalisation d'un guide d'entretien

Par cohérence avec la méthodologie d'une étude qualitative, des questions ouvertes et neutres ont été posées aux sujets pour qu'ils s'expriment librement. Le nombre d'items abordés était volontairement limité, mais des relances étaient possibles pour étayer l'entretien (cf annexe).

Le guide d'entretien a été testé en amont auprès des psychiatres avec lesquels nous exerçons pendant nos stages d'internat et auprès de 2 patients du C3R qui étaient d'accord pour dire si les questions étaient suffisamment compréhensibles et claires. Ces sujets n'ont pas été inclus dans l'analyse des données.

4. Collecte des données

Les données ont été collectées lors d'un entretien individuel avec l'un d'entre nous, soit par téléphone du fait du contexte de Covid-19, soit en présentiel.

Les entretiens autant physiques que téléphoniques ont fait l'objet d'un enregistrement audio nous permettant une analyse à posteriori des données.

5. Analyse des données

Les enregistrements audio ont ensuite été retranscrits mot à mot sur le logiciel de traitement de texte Word®.

Une triangulation des données a été réalisée par les deux enquêteurs, pour aboutir à un consensus et limiter le biais d'interprétation. Des points communs et des connexions entre les différents thèmes ont été définis. Cette analyse thématique phénoménologique a permis de créer un arbre de codage. Un logiciel informatique de traitement des données qualitatives (Nvivo 12®) a été utilisé à cet effet.

6. Sécurité et protection des données

Les enregistrements audio ont été stockés sur un serveur sécurisé. Une fois les entretiens retranscrits, les enregistrements audio ont été effacés. L'ensemble des données retranscrites a été anonymisé.

L'étude a été enregistrée auprès de la CNIL (MR004, 2218700) et sur le répertoire public de Health Data Hub (F20200711114308), en conformité avec les règles décrites dans l'article R1121-1 Modifié par Décret n°2017-884 du 9 mai 2017 - art. 2.

B. Population de l'étude

1. Les psychiatres

	Age	Sexe	Durée d'entretien	Formations complémentaires/Parcours professionnel	Mode d'exercice	Nombre d'années d'exercice de la psychiatrie
PS1	33 ans	H	19 min	DU Hypnose	Clinique privée	1 an
PS2	50 ans	H	18 min	DU victimologie DU criminologie Diplôme européen de thérapeute de famille et couple Systémique.	Secteur public extrahospitalier	25 ans
PS3	41 ans	H	21 min	Pas de formation complémentaire Milieu carcéral Réhabilitation CMP	Secteur public intra hospitalier et activité libérale	12 ans
PS4	55 ans	H	22 min	DU TCC Secteur publique intra hospitalier	Secteur public extra hospitalier	24 ans
PS5	47 ans	F	25 min	DU de gériatrie. Médecine générale, Gériatrie	Secteur public intra hospitalier	12 ans
PS6	40 ans	F	16 min	Aucune	Secteur public extra hospitalier	11 ans
PS7	30 ans	F	16 min	DU Santé société migration	Secteur Public extra hospitalier	2 ans
PS8	54 ans	F	33 min	DU de psychopharmacologie, DU de droit médical, formation de psychodynamie, formation de thérapie familiale systémique. Formation en sexologie.	Secteur public extra hospitalier	22 ans
PS9	62 ans	F	17 min 30	Médecine générale, capacité addictologie, diplôme CESAM, DIU psychiatrie, DIU psycho criminalistique.	Secteur public intra hospitalier	14 ans

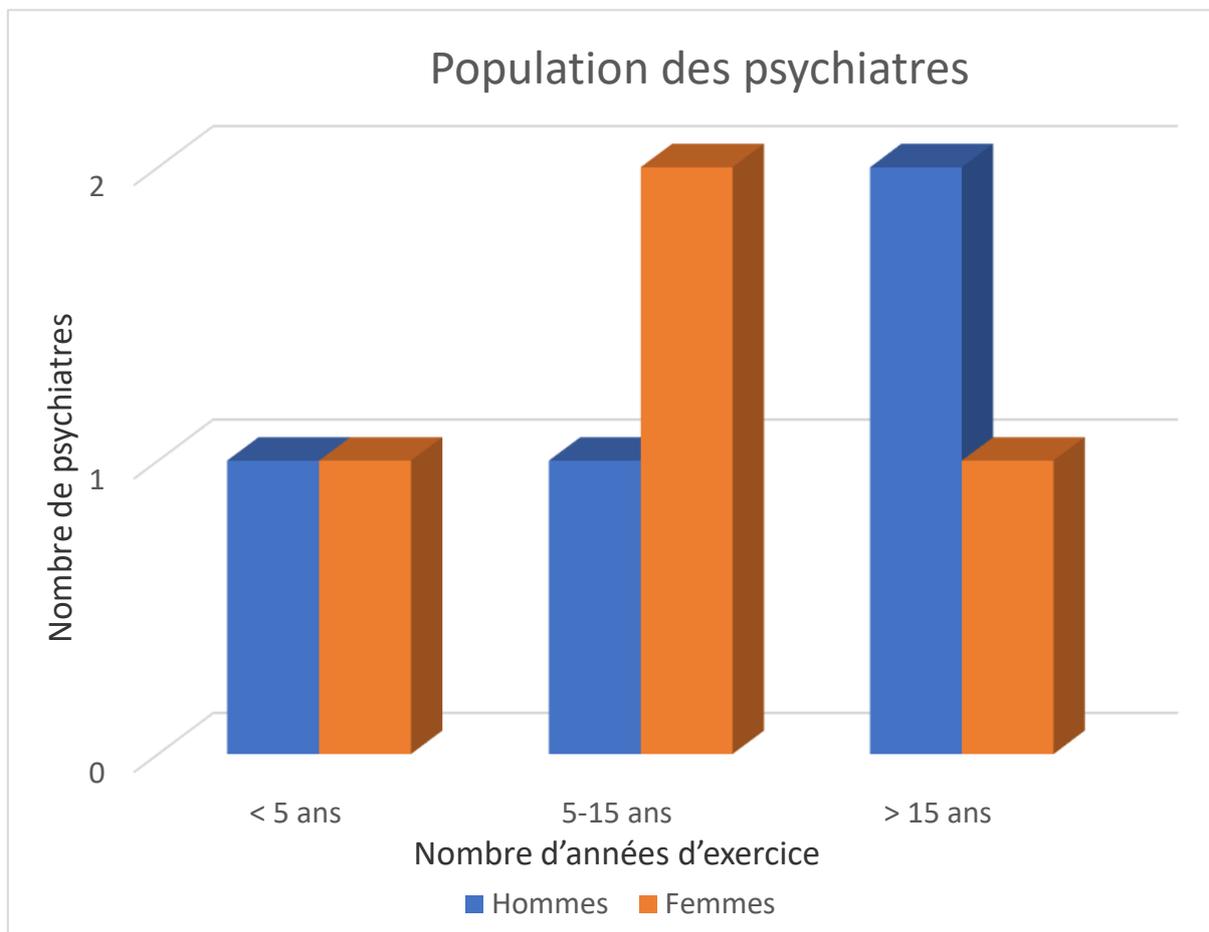
Concernant le mode d'exercice :

- 8 psychiatres exerçaient en secteur public contre 1 en secteur privé.
- 5 psychiatres exerçaient en ambulatoire et 4 en hospitalisation.

Nous avons classé les psychiatres en fonction de leur nombre d'années d'exercice :

- 2 avaient une durée d'exercice < 5 ans
- 2 avaient une durée d'exercice comprise entre 5 et 15 ans
- 5 avaient une durée d'exercice >15 ans

Pour ce qui est du genre des psychiatres, 4 hommes et 5 femmes ont participé à l'étude.



2. Les patients

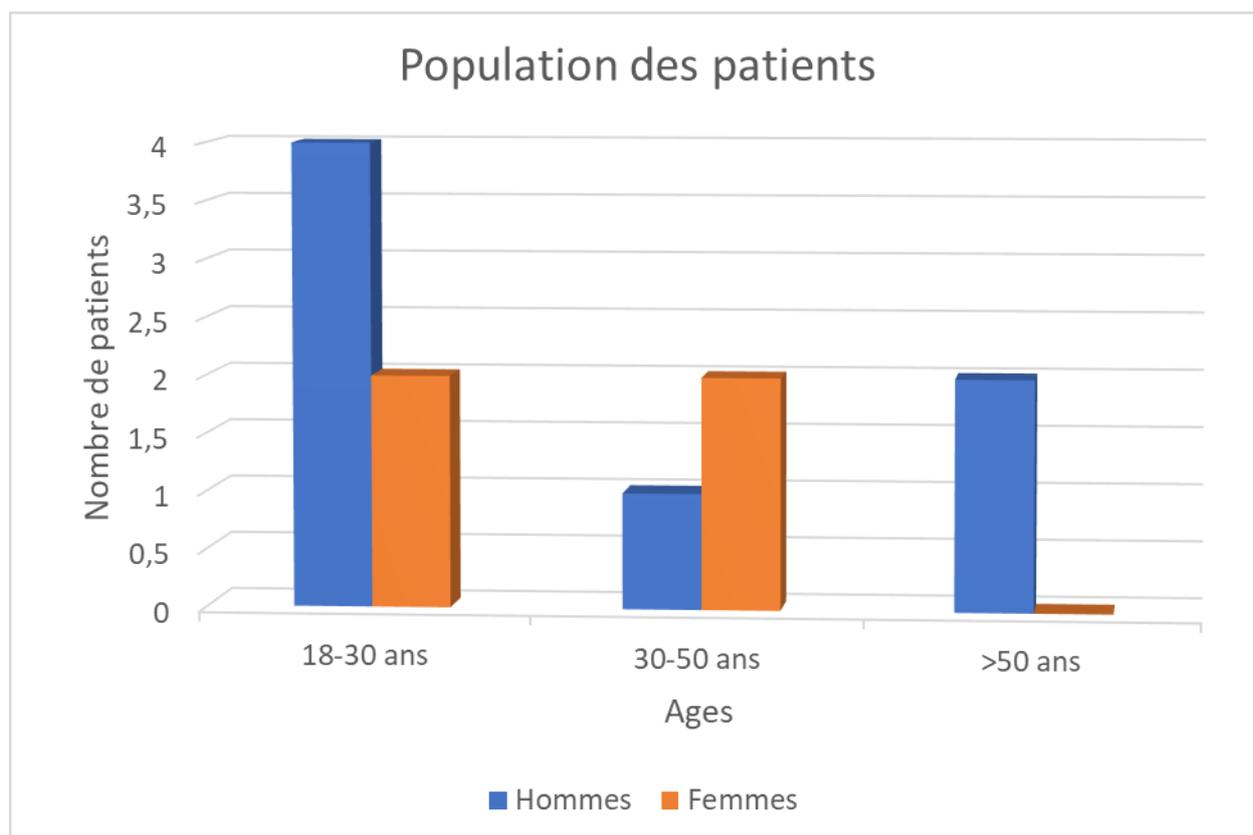
	Age	Sexe	Durée d'entretien	Diagnostic	Traitement en cours
P1	63 ans	H	25 min	Trouble bipolaire	Abilify-Depakote
P2	28 ans	F	11 min	Trouble borderline	Mirtazapine-Imovane- Tercian
P3	23 ans	H	16 min	Trouble schizo-affectif	Quetiapine-Vimpat- Dépakine
P4	27 ans	H	25 min	Schizophrénie	Clozapine
P5	21 ans	F	19 min	TSA SDI- Trouble borderline	Abilify-Valium-Sertraline
P6	37 ans	F	8 min	Schizophrénie	Abilify
P7	52 ans	H	9 min	Schizophrénie	Clopixol
P8	41 ans	F	15 min	Schizo-affectif	Haldol-mirtazapine
P9	23 ans	H	14 min	Schizophrénie	Clozapine
P10	21 ans	H	15 min	Schizophrénie Paranoïde	Abilify-venlafaxine
P11	35 ans	H	23 min	Schizophrénie	Abilify

Comme décrit dans notre introduction, le choix d'inclure des patients en fonction de leur traitement a permis d'inclure des patients ayant des pathologies variées. En effet, les pathologies retrouvées sont la schizophrénie, le trouble borderline, le TSA sans déficience intellectuelle et le trouble de l'humeur.

Concernant l'âge des patients :

- 6 avaient entre 18 et 30 ans
- 3 avaient entre 30 et 50 ans
- 2 avaient plus de 50 ans

On retrouve 7 hommes et 4 femmes dans le groupe patient.



III. RÉSULTATS

A. La place de la sexualité

La place des effets secondaires sexuels et plus généralement de la sexualité a beaucoup été abordée par les psychiatres et les patients. D'une part en affirmant son **importance centrale** dans la vie de chacun, ses liens étroits avec **l'observance médicamenteuse**, d'autre part en montrant comment celle-ci peut être **mise au second plan** lors de la prise en charge psychiatrique.

1. Importance de la sexualité

- Important pour tout le monde

La sexualité est décrite comme une partie centrale dans la vie de chacun aussi bien par les psychiatres que les patients.

PS3 : « Parce que c'est quand même un pan de la vie extrêmement important. »

Elle aurait une place importante dans la notion de « bien-être ».

PS2 : « Ça fait partie de la vie psychique je pense, ça fait partie de la vie psychique d'un patient, de son confort de vie »

P8 : « ... donc je pense que ça fait partie du bien être des patients. »

- Un effet indésirable majeur

De par cette place qu'occupe la sexualité, il en découle que les effets secondaires sexuels liés aux traitements sont des effets secondaires considérés comme ayant un retentissement majeur sur les patients.

P1 : « Non mais d'un commun accord on a diminué le traitement pour l'arrêter, ça me faisait dormir, ça me faisait grossir, il y avait d'autres interactivités. On est pas venu forcément sur le côté sexuel... Mais ça gênait beaucoup. »

PS4 : « L'aspect sexuel, beaucoup plus que la prise de poids ou les autres effets indésirables. »

2. Une corrélation entre tolérance et observance

- Mauvaise tolérance source d'inobservance :

Ces notions de tolérance et d'observance ont été uniquement abordées du côté des psychiatres. La question des effets indésirables sexuels du traitement étant souvent abordée par les psychiatres dans le but d'évaluer la tolérance du traitement et donc d'améliorer son observance.

PS2 : « les prescriptions de traitements psychotropes dont beaucoup ont des effets secondaires sur la sexualité et bien sûr que ce n'est pas sans effet sur l'observance du traitement, l'observance et la tolérance sont liées. »

- Un des effets indésirables qui gênerait le plus l'observance :

Pour certains psychiatres, il s'agirait même d'un des effets indésirables qui serait le plus souvent à l'origine d'inobservance.

PS4 : « c'est un des effets indésirables qui gêne le plus la prise de traitement. »

PS9 : « dans ma pratique professionnelle la survenue de troubles sexuels est un facteur important dans la mauvaise observance du traitement »

- Inobservance présentée comme témoin d'effets indésirables sexuels :

Les effets indésirables sexuels sont vus par ces mêmes psychiatres comme étant à suspecter en priorité lorsqu'ils se questionnent sur un défaut d'observance du traitement.

PS4 : « Moi je l'aborde beaucoup, je le soupçonne dès qu'il y a une réticence vis-à-vis du traitement »

PS9 : « avec ce traitement et quand ils montrent vraiment des problèmes d'observance, j'explore aussi la sphère sexuelle »

3. Relayée au second plan

- Par rapport à l'effet thérapeutique :

Les patients rapportent que beaucoup de psychiatres mettent au second plan cette question par rapport à d'autres aspects de la prise en charge ou du traitement.

P3 : « Il y a pleins de psychiatres qui pensent que cet aspect-là c'est totalement secondaire comparé aux autres aspects. »

La raison qui apparait aussi bien du côté des patients que des psychiatres est la difficulté ou la prise de risque que fait prendre le changement d'un traitement qui est efficace sur le plan thérapeutique.

P8 : « Peut-être qu'elle trouverait ça compliqué de changer certains traitements pour une sexualité épanouie »

PS6 : « Mais le problème c'est que quand le patient a vraiment besoin d'un traitement et qu'on est face à des effet secondaires du registre sexuel et qui persistent avec le traitement, c'est compliqué parce qu'il faut quand même envisager un changement de traitement si vraiment ça retentit sur la vie relationnelle. ».

- Considéré comme inhérent au traitement par des patients :

Certains patients semblent considérer que ce problème est inhérent au traitement et semblent résignés par rapport à cette question.

P1 : « Non parce que entre le Depakote, Abilify et Tercian la libido c'est un peu enterré, si vous voyez ce que je veux dire... ».

Un psychiatre évoque l'hypothèse que cela puisse faire partie de la symptomatologie de certains patients ou que ceux-ci aient fini par intégrer que cet effet allait avec le traitement.

PS3 : « Je ne sais pas si c'est pas symptomatique de la pathologie elle-même, schizophrénique ; j'ai été surpris de voir des patients avec qui j'aborde la question qui disent, « effectivement il y a un problème », et qui n'ont pas l'air d'être plus préoccupés que ça par la question. Comme s'ils avaient, comme j'ai dit un phénomène symptomatique de « ça ne fait

pas partie de mes préoccupations », soit comme s'ils avaient intégré le fait que ça allait forcément avec les contraintes du soin, des médicaments etc... »

- Par rapport à d'autres symptômes :

Plusieurs patients voient finalement cela comme une problématique secondaire en comparaison d'autres gênes qu'ils peuvent avoir. Non pas qu'ils considèrent leur sexualité comme non importante, mais d'autres aspects, soit de leur trouble, soit d'autres effets indésirables, passent en priorité par rapport à cette question.

P9 : « En fait je pensais et je pense encore maintenant que pour l'instant j'ai d'autres soucis que ces soucis-là. Qui font que du coup j'ai pas vraiment envie d'en parler. Il y a la gêne. Et pour l'instant à mon niveau c'est un peu secondaire comme problème par rapport au reste de la maladie... Par exemple la concentration, j'ai beaucoup de problèmes de ce côté-là et je pense que c'est plus important dans un premier temps et ensuite la question sexuelle vient après je pense. »

P1 : « Comme je vous dis il y avait d'autres symptômes : le sommeil, envie de vomir, la prise de poids et il y avait aussi effectivement...Oui d'autres choses plus gênantes. »

- Pas de conséquences graves/vitales :

Il est mis en avant dans certains entretiens que le caractère « non grave », non irréversible de ces troubles pouvaient participer à la mise au second plan de la recherche des effets indésirables sexuels.

P4 : « Si ça peut toucher à la stérilité d'une personne n'importe quel médecin voudra en parler »

En effet, un patient relève que l'absence de recherche ou prise en charge de cet effet ne constitue pas une « P4 : faute professionnelle » pour ces mêmes raisons.

Un psychiatre rejoint ce patient en mettant en parallèle les effets pondéraux des neuroleptiques entraînant des risques cardiovasculaires ayant une implication plus « grave »

que ceux que semblent faire courir les troubles sexuels. Ce qui pourrait expliquer une implication médicale moindre pour cet effet indésirable.

PS3 : « Finalement on pourrait dire qu'on est enfin en train de s'acheminer vers une prise en compte systématique des effets pondéraux des neuroleptiques par rapport à tous les risques que ça fait courir. La sexualité on dirait que c'est pas le cas... alors ça fait pas courir de risque majeur, on est d'accord... Derrière l'implication médicale... Peut-être que le fait que les psychiatres s'en préoccupent pas, c'est parce que l'implication des troubles de la sexualité, c'est pas une implication médicale. La prise de poids ça marche mieux parce qu'on peut imaginer qu'il y a un risque physique pour le patient etc. »

B. Un sujet compliqué

La sexualité est un sujet difficile à aborder pour plusieurs raisons : la **gêne** qu'il suscite, son **intrication** avec d'autres facteurs, la présence de **tabous**, les possibles phénomènes de **projections** qui l'accompagnent ainsi que sa place dans **l'estime de soi**.

1. Gênant

Le thème de la gêne sera le plus fréquemment retrouvé dans les entretiens, à la fois parce qu'il est induit par le questionnaire mais peut-être également par ce qu'il est la réponse la plus simple à la question des freins à l'abord des effets indésirables sexuels. La gêne semble être l'émotion qui prédomine pour expliquer ces difficultés ; ses ressorts seront détaillés dans un second temps.

- Une gêne partagée :

Cependant, cette gêne elle n'est pas partagée par tout le monde : certains patients et psychiatres ne se disent absolument pas gênés par cette question. Mais tous s'accordent à dire qu'en effet, même si eux ne sont pas gênés, probablement beaucoup de patients et de psychiatres le sont. Beaucoup d'exemples cités vont dans ce sens.

P3 : « Justement j'ai déjà abordé ce sujet avec mon psychiatre. Parce que je suis passé par énormément de traitements différents et le traitement actuel que je prends ça doit faire 2 ans mais depuis l'âge de 18 ans j'ai commencé à avoir de gros troubles sexuels, trouble de l'érection... Et j'ai osé aborder le sujet avec ma psychiatre quelques fois. Avant de lui en parler j'étais un peu gêné et le fait de lui en parler ça m'a encore plus gêné parce que ... Peut-être qu'elle-même ça la gêne. »

PS9 : « Moi je pense que oui ça peut arriver d'être gênés après, dans l'absolu ça peut m'arriver à moi. »

- Un sujet intime :

Plusieurs notions seront souvent associées à cette gêne, celle de l'intimité, de la pudeur. Ce sujet est vécu comme plus difficile à aborder que d'autres, comme une potentielle intrusion.

P10 : « Mais sexuel nan il ne va pas forcément poser la question mais... je sais que ce n'est pas qu'il ne veut pas me poser la question... mais c'est juste je pense qu'il respecte mon intimité. »

PS2 : « Je pense que je trouvais ça assez intrusif, ouais je trouvais ça presque trop intime et je me posais : « est ce que c'était bien mon rôle déjà ? » je crois que je me posais ça en tant qu'interne ... »

- Évitement de la gêne :

Pour expliquer l'absence d'abord de la question, un psychiatre évoque des attitudes d'évitement autour de cette problématique. Cela peut ne pas venir à l'idée dans le but d'éviter un sentiment gênant, désagréable.

PS5 : « En fait c'est pareil, est ce que c'est un système de défense ? C'est qu'en fait j'y pense pas, je ne pense pas à aborder cette question-là. »

P4 : « Éviter les questions gênantes il peut y avoir ça aussi. »

- Indissociable de la sexualité :

Il ressort d'une grande majorité des entretiens que la question de l'abord des EIS est difficile à dissocier du sujet de la sexualité dans son ensemble.

P11 : « Déjà parler de sexe ouvertement c'est pas... ouais... c'est gênant pour moi. »

PS3 : « Eh bien peut être la même chose qui empêche mes collègues d'aborder la chose avec leur patient... C'est la gêne autour de la question de la sexualité surtout autour de la sexualité quand elle ne fonctionne pas. »

PS5 : « C'est la question d'aborder la sexualité de manière générale indépendamment de l'effet secondaire. »

2. Intrications multiples

- Difficilement identifiable :

Il ressort de presque tous les entretiens des difficultés à distinguer les origines des difficultés à aborder la question des EIS et de la sexualité.

P3 : « C'est un peu des mécanismes mis en place, volontaires ou pas, qui font qu'on a pas forcément envie d'en parler en fait. »

P4 : « On connaît peut être les diagnostics et du coup on sait si y a peut-être d'autres facteurs inconnus aux symptômes de la personne qui pourraient être pris en compte... »

P11 : « La peur d'aborder un sujet sensible. »

Beaucoup de phrases de psychiatres et de patients resteront assez floues ou comportant des notions et termes non explicités, probablement en raison de la complexité du sujet de la sexualité.

Un psychiatre parlant de l'abord des EIS :

PS7 : « Quelconque probablement pas mais du coup il y a pas de réaction franchement différente. »

Un autre de la sexualité :

PS8 : « Alors est ce que c'est un sujet tabou la sexualité, c'est plus une question sociologique ou sociale ou philosophique, je ne sais pas. »

- Origine somatique :

Un psychiatre et un patient rapportent une difficulté d'identification de l'origine des troubles sexuels qui peuvent avoir différentes causes plus ou moins intriquées. Ici sont rapportées par exemple des causes psychologiques, d'âge et des facteurs de risques cardiovasculaires.

P1 : « Je ne sais pas je ne me pose même pas la question, on en parle maintenant parce que vous faites une thèse mais ça ne me viendrait pas à l'idée de lui dire qu'actuellement dans mes relations sexuelles je prends du viagra quoi. Parce que le problème le traitement sans doute qu'il interagit là-dessus mais encore une fois j'ai 63 ans je fume un paquet par jour, le goudron, la nicotine ça diminue l'afflux sanguin dans l'organe sexuel et que pour avoir des érections qui soient dignes de ce nom-là bah il faut se faire aider un petit peu par le petit cachet bleu quoi. »

- Présence d'un partenaire :

Il est rapporté que la présence d'un partenaire ou non, pourrait avoir un impact sur l'abord du sujet. Un patient rapporte en avoir parlé à son médecin à la demande de sa partenaire.

P10 : « Mon ex petite copine en a assez souffert, donc je suis bien obligé d'en parler pour améliorer ça. »

Au contraire le célibat pourrait être un facteur de non-abord du sujet.

PS7 : « Je pense qu'il y a quelque chose qui peut jouer c'est que les personnes quand elles sont interrogées sur la question de la libido, s'ils ne sont pas dans une relation de couple c'est presque inexistant. Et du coup ils vont dire « nan mais de toute façon je suis seule » et donc pas vraiment pouvoir répondre, comme si la question ne se posait pas. »

- Variation inter-individus

Un patient nous exprime sa difficulté à répondre à nos interrogations du fait de la différence de chacun face à la question de la sexualité et des réponses à apporter pour aborder le sujet.

P4 : « ...pas forcément des patients, ça dépend totalement des personnes si elles sont ouvertes ou pas, si elles ont envie d'en parler ou pas. Si eux ils arrivent à en parler quoi. C'est sûr que je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui doivent souffrir parce qu'ils ne veulent pas en parler. »

3. Tabou

- Sociétal :

Psychiatres comme patients s'accordent à dire qu'une partie des difficultés et gênes à aborder ce sujet viendrait du fait que ce sujet soit « tabou », ils identifient ce tabou comme venant de la société et de ses mœurs.

P3 : « Non je dirais que c'est la société, le formatage de la société qui fait que c'est un peu tabou de parler de sexualité etc... »

PS7 : « Je pense qu'il y a globalement le sujet qui peut être un peu tabou, qui peut gêner. »

- Éducation :

Certains patients identifient leur éducation familiale comme facteur influençant les difficultés d'abord de ce sujet. Soit comme facilitant, soit comme rendant plus difficile de parler de sujets autour de la sexualité.

P6 : « C'était un sujet délicat à aborder pour moi mais ça dépend de l'éducation etc. »

P10 : « Oui ça en fait partie mais ça fait partie aussi de mon éducation, je suis dans une famille où il n'y pas de tabou où il n'y a pas de chose où on ne peut pas parler... »

- Distinction Tabou/Intime

Un psychiatre formule une distinction entre tabou et intime : sans que le sujet soit tabou, il pourrait être considéré comme intime et donc pourrait ne pas être abordé avec autrui.

PS8 : « Certains peuvent penser que c'est encore un sujet tabou parfois certains peuvent penser que ce n'est pas tabou mais quand même intime et que ce n'est pas quelque chose qu'on est censé parler à tout va parce qu'autrement ça peut être de l'exhibitionnisme de commencer à parler de ça à tout le monde et en tous lieux. De mon point de vue ce n'est pas un sujet tabou mais un sujet intime... »

4. Projection

- Peur de gêner le patient :

Des patients et des psychiatres rapportent le fait que le psychiatre pourrait avoir peur de mettre mal à l'aise son patient en évoquant les EIS.

PS7 : « Moi j'ai pas l'impression de ressentir une gêne personnellement mais je pense qu'il y a quand même la question de « est ce que je vais gêner ». Donc du coup ce n'est quand même pas tout à fait neutre parce que je me pose la question de « est-ce que ça va mettre le personne mal à l'aise ». »

- Peur de gêner le psychiatre :

À l'inverse, il est évoqué que les patients pourraient avoir peur de ce que le psychiatre pourrait penser d'eux, de le gêner ou de le mettre en difficulté.

PS7 : « Mais pour certains patients je pense que ça peut exister, soit la honte, soit la peur de choquer ou de mettre mal à l'aise le médecin. »

- Confusion entre sa gêne et la gêne de l'autre :

Plusieurs psychiatres expriment ou émettent l'hypothèse que la gêne du psychiatre à aborder des questions en lien avec la sexualité dépendrait de son propre rapport avec celle-ci. Parfois

la peur de gêner le patient en abordant ce type de question viendrait de leur propre gêne à aborder la sexualité et de l'idée que le psychiatre se fait de la relation avec son patient.

PS8 : « Oui je pense que ceux qui pourraient être gênés, ça pourrait être la peur d'être intrusif ou de mettre le patient mal à l'aise mais ça peut être projectif parce que quand on est mal à l'aise on peut penser qu'on met l'autre mal à l'aise... »

PS2 : « le rapport avec sa propre... ça renvoie à un rapport avec soi-même quand même, avec sa propre pudeur sa propre sexualité, qu'est-ce qu'on imagine du lien avec le patient, voilà je pense que plus le temps, mon exercice... Plus j'ai d'expérience plus je suis à l'aise, je pense qu'en temps qu'interne j'étais beaucoup moins à l'aise qu'aujourd'hui »

5. Considérations narcissiques

- Lien social

Un patient souligne l'isolement social que peuvent subir certains patients du fait même d'avoir une pathologie et suppose que beaucoup doivent avoir peu de rapports sexuels.

P10 : « ...par rapport à la maladie, on s'enferme beaucoup sur nous, les liens sociaux on n'en a pas forcément. Ce qui fait qu'à mon avis il y a des gens qui ont très peu de rapports voir pas de rapports. Donc je pense que c'est déjà assez un complexe pour eux. »

Un psychiatre ajoute que certaines personnes souffrant de schizophrénie peuvent déjà présenter des difficultés relationnelles du fait de leur pathologie et que les EIS pourraient accentuer ceux-ci.

PS3 : « Et pas que par rapport au traitement, elle est centrale par rapport à sa pathologie elle-même, parce que les problèmes relationnels que ça génère... Il y a des choses très problématiques dans la schizophrénie autour de ça. Des gens qui ont une pauvreté de vie relationnelle et sexuelle... »

- Célibat et sexualité :

Un psychiatre a l'impression que ses patients ont beaucoup plus de difficultés à parler des EIS lorsqu'ils n'ont pas de partenaire car cela renverrait à l'acte masturbatoire qui serait plus tabou encore que la sexualité de manière générale.

PS7 : « Je pense qu'il y a quelque chose qui peut jouer c'est que les personnes quand elles sont interrogées sur la question de la libido, s'ils ne sont pas dans une relation de couple c'est presque inexistant (...) comme si la question ne se posait pas (...) En parler ce serait seulement sur l'activité masturbatoire et ça probablement que c'est encore un peu plus tabou que la sexualité. »

- Performances et honte :

Il ressort d'un entretien avec un patient et un psychiatre que la sexualité joue un rôle important sur le plan « narcissique » et la « confiance en soi » et la honte générée par la présence d'EIS pourrait fortement impacter leur abord.

P3 : « ...c'est une question essentielle pour la confiance en soi »

PS7 : « Du côté du patient, il y a le sujet en lui-même et puis il y a la question des « performances ». S'il y a un effet indésirable sexuel soit en diminution du fonctionnement soit en diminution de la libido, il peut y avoir une connotation de honte et de pas vouloir en parler (...) Et la question de l'image et de la honte, « qu'est-ce que ça dit de moi si j'en parle » (...) il y a le côté un peu estime de soi narcissique qui pourrait être un peu diminué. »

C. L'âge et le genre modifient l'appréciation

Il semblerait que l'âge et le genre soient deux paramètres influençant l'abord des EIS aussi bien chez les patients que chez les psychiatres.

1. Le genre

- Un impact sur l'abord

Ce qui ressort premièrement c'est que le genre du patient ou du psychiatre a un impact sur l'abord des EIS étant donné que la question fut abordée par les 2 parties.

Certains patients et certains psychiatres semblent plutôt dire qu'aborder la question des EIS avec un psychiatre du sexe opposé est difficile.

I : « Qu'est ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ? »

P5 : « Peut-être le fait que je sois une femme et que lui soit un homme. »

P1 : « Quand on a un médecin de sexe opposé et qui plus est beaucoup plus jeune c'est un peu gênant quand même »

PS6 : « ou qui étaient gêné de parler avec une femme aussi... Donc qui ne voulaient pas parler de ça avec une femme »

En revanche, certains psychiatres ne sont pas certains que cela soit forcément le cas mais n'écartent tout de même pas cette possibilité.

PS7 : « Après honnêtement je ne saurais pas du tout dire si ça joue d'être un professionnel féminin, je ne sais pas s'il y a plus de gêne ou pas... Que les hommes aient plus de gênes à en parler avec une femme ou pas ça je ne sais pas. Donc je ne peux pas dire, c'est pas neutre mais je ne sais pas si ça joue. »

- Inégalité dans l'abord :

Certains psychiatres ont dit qu'ils avaient l'impression que c'étaient les hommes qui en parlaient le plus.

PS5 : « Je dis du patient parce qu'en fait parce que c'est plutôt des hommes qui en parlent »

PS9 : « Rarement elles se plaignent de troubles sexuels et c'est vrai que quelque part on n'y pense pas beaucoup »

De plus, certains psychiatres ont pu dire qu'ils avaient remarqué des différences dans la façon dont eux-mêmes l'abordent en fonction du genre du patient.

PS4 : « Je me rends compte encore d'une chose c'est que la j'ai en tête les problèmes sexuels masculins. Les problèmes sexuels féminins on les aborde 10 ou 20 fois moins. Ils sont 10 à 20 fois moins présents dans les entretiens »

PS2 : « Peut-être moi-même d'ailleurs plus facilement je pose la question je pense aux hommes qu'aux femmes et oui peut être que j'y pense il y a peut être un biais de ma part oui je pense oui et du coup oui souvent les hommes parlent de problèmes euh alors à la fois probablement moi je pose plus facilement la question aux hommes et à la fois oui je me rends compte les hommes en parlent plus facilement »

Une psychiatre en revanche ne voit aucune différence.

PS8 : « De mon expérience j'ai eu des personnes qui en parlent à tout âge, hommes ou femmes »

2. L'âge

- Impact de l'âge sur l'abord :

Deux patients pensent que l'âge du psychiatre a un impact sur la façon dont eux l'abordent.

L'un trouve que c'est plus simple avec un psychiatre du même âge.

P3 : « il y avait une interne qui était jeune, environ le mien je dirais, du coup je lui en avais parlé ça m'avait beaucoup moins gêné. Je pense que c'est qu'elle avait à peu près mon âge »

L'autre a été gêné pour en parler du fait de la différence d'âge entre lui et son psychiatre.

P1 : « Je ne me vois pas du tout parler acte sexuel avec elle, peut être parce qu'elle est jeune »

Un psychiatre aussi pense que l'âge peut modifier la façon de l'aborder.

PS1 : « C'est plus difficile (les EIS) pour les patients jeunes. [...] c'est des questions qu'ils vont poser plus facilement que des patients qui ont une cinquantaine d'années »

Une autre psychiatre pense en revanche que cela n'a pas d'impact.

- Retentissement des EIS selon l'âge

Certains patients pensent que les EIS auraient des conséquences plus importantes chez le sujet jeune.

P3 : « Ça me parait la chose principale à dire en fait, surtout quand on est jeune, qu'on sait qu'à cet âge-là on a souvent plus de relations sexuelles qu'à un âge plus avancé [...] Alors qu'à mon âge c'est une question essentielle pour la confiance en soi »

Ce même patient explique que ce sont des problèmes peu courants pour les hommes jeunes en général.

« Parce que rien que pour l'estime de soi c'est très dégradant d'avoir des troubles de l'érection à 23 ans alors qu'on sait très bien qu'à cet âge la ça arrive presque jamais »

Un autre patient plus âgé semble d'ailleurs confirmer cela.

P1 : « J'ai pas réellement de soucis si ce n'est que j'ai 63 ans je fume un paquet de cigarettes par jour donc... les érections c'est pas des érections d'il y a 20 ans quoi »

Enfin un psychiatre explique qu'il pense que la place de la sexualité n'est pas la même en fonction de l'âge.

PS1 : « Parce que la sexualité prend une place plus importante chez des personnes plus jeunes par rapport à des personnes plus âgées »

En nous expliquant même pourquoi il y prête particulièrement attention chez les jeunes.

« J'ai l'impression que c'est chez les patients jeunes que la possibilité de troubles sexuels peut devenir vraiment un facteur d'inobservance au traitement »

D. Le relationnel

La relation médicale entre un psychiatre et son patient joue un rôle dans l'évaluation des EIS.

Des aspects de la relation favorisent l'abord des EIS comme le **savoir être et l'ouverture** du psychiatre ainsi que certains aspects de la **relation thérapeutique**. Au contraire, elle peut dans certaines situations **être mise en défaut** et empêcher cette évaluation.

1. Savoir être et ouverture

- Être mis à l'aise

C'est une notion qui a été retrouvée dans plusieurs entretiens mais qui est assez difficile à définir.

PS2 : « Moi j'essaye de mettre les gens le plus à l'aise possible »

Un patient évoque que cette tâche pourrait être effectuée par le psychiatre :

P1 : « qu'elle me mette à l'aise ».

Mais la façon d'y parvenir semble propre à chaque personne :

P3 : « elle m'a mis à l'aise, elle m'a rassuré, mis en confiance pour que je lui en parle »

Du fait de la difficulté d'y parvenir, certains psychiatres se remettent en question et pensent que la solution peut venir de leur propre attitude :

PS5 : « il faudrait que j'arrive à être plus à l'aise sur le sujet parce que peut être que ça leur permettrait de l'être aussi »

Ainsi chacune des deux parties voudrait être plus à l'aise avec le sujet.

- Ouverture et réceptivité

Ici, il est question de caractéristiques qui seraient propre au psychiatre et qui permettraient d'aborder avec lui n'importe quels sujets.

P2 : « J'ai une très bonne psychiatre, elle est toujours ouverte à tous les sujets ».

Néanmoins, des patients ont pu déplorer l'inverse.

P3 : « Elle était pas vraiment réceptive à ce que je lui disais ».

Et des psychiatres ont pu remettre en question leur façon d'aborder les choses.

PS5 : « Peut-être que je le fais de manière un peu défensive parce que effectivement je le fais comme une liste d'énumération et du coup il n'y a pas spécialement de réaction. Du coup est ce que c'est ma façon de faire qui fait qu'il n'y a pas de réaction ? C'est la question. »

Pour étayer le propos de l'ouverture, certains psychiatres ont pu mettre cela en parallèle avec le fait que le psychiatre ne porte pas de jugement.

PS2 : « Il sent qu'il va pouvoir aborder des choses parce qu'il sent bien qu'il n'y a pas de jugement qu'on est très libre de parole et que du coup ça facilite la question sur ces sujets-là »

Enfin, un psychiatre a pu définir ce que n'est pas l'ouverture sur ce sujet :

PS9 : « Si on part du principe que de toute façon... si c'est des réponses du style « de toute façon votre traitement vous devez le prendre » je ne pense pas que le patient ait envie de parler de ce sujet. »

- Tact

Un des psychiatres a très bien résumé la difficulté de la situation.

PS3 : « Après ça veut pas dire qu'il faut l'aborder n'importe comment, ça dépend des patients, ça dépend de la façon de faire... Il y a pleins de facteurs qui rentrent en compte. Mais bon considérer que c'est un sujet, comme j'aime le présenter, comme un autre. Ça, ça paraît exagéré. C'est un peu provoc' ce que je dis, mais d'un autre côté, en être complètement bloqué et pas pouvoir en parler par gêne au patient alors à qui il va en parler ? »

Effectivement, le but est d'en parler sans gêner le patient. Ainsi certains psychiatres ont pu dire qu'ils l'abordaient au début les EIS de manière générale.

PS8 : « je peux formuler les choses de façon assez générale pour qu'ils puissent s'approprier et que ça ne soit pas trop intrusif ».

Ou bien qu'ils en parlaient de manière indirecte par le biais de l'exemple d'un autre patient :

PS9 : « D'habitude je l'aborde sur le plan qu'un autre patient aurait eu des troubles sexuels avec le traitement, « est ce que ça vous est arrivé à vous aussi ? » ou sinon « les patients ils disent d'habitude qu'ils sont embêtés avec ce traitement. » ».

- S'adapter au patient :

Certains psychiatres ont en revanche pu énoncer des difficultés lors de l'abord de ces effets indésirables. Notamment le fait de devoir moduler son discours en fonction des capacités du patient.

PS8 : « Et puis savoir adapter les termes utilisés au patient. Parce qu'on a des patients qui sont déficients intellectuels, des patients psychotiques, des patients anxieux, déprimés et que ce qui facilite c'est aussi d'adapter. »

- S'adapter au contexte

Il paraît aussi important pour les psychiatres de s'adapter au contexte de l'entretien que le patient peut induire et de ne pas forcément en parler systématiquement.

PS8 : « Moi je trouve que c'est important d'en parler mais quand on dit systématisé ça me fait un peu peur parce que chacun fera sa petite échelle, faudra pas oublier de parler de ça, de ça... et quand on est en face d'un patient, c'est aussi une personne qui est de bonne ou mauvaise humeur, qui veut ce jour-là nous raconter ce qu'il lui arrive, qui veut ce jour-là nous engueuler ou qui va ce jour la être un peu mutique... En fait je pense qu'il est important que le psychiatre l'ait en tête. »

- Préoccupation de l'autre

Pour un des psychiatres interrogés, il est essentiel de se préoccuper du patient dans son ensemble et ne pas se limiter à la gestion des symptômes.

PS3 : « Et j'estime que si on se limite à prescrire un médicament pour éviter que les gens aient trop de troubles du comportement, on va pas très loin. Donc à partir du moment où on se préoccupe d'autres choses, ça fait partie des autres choses qu'il faut aborder »

Pour ce même psychiatre, le fait de ne pas parler des effets indésirables sexuels serait symptomatique d'un « un problème de positionnement dans le soin ».

PS3 : « Ça revient donc à la façon d'envisager le soin, si le soin c'est faire en sorte que les gens délirent pas trop, qu'ils aient un comportement à peu près adapté à la sortie de l'hospitalisation, la question ne se pose même pas des troubles sexuels. »

- Patient sensible à la préoccupation du psychiatre

Enfin, le fait d'aborder la question pourrait même être, selon certains psychiatres, un pas vers une meilleure relation thérapeutique.

PS8 : « Dans mon expérience ils réagissent toujours bien parce que même s'ils ont pas envie d'en parler ou qu'ils n'ont pas de problème de ce côté-là, je crois qu'ils apprécient qu'on ait le souci de cette part de leur vie et d'éventuelles intolérances ».

2. Relation thérapeutique

- Représentation du psychiatre par le patient

Un patient a pu dire que la façon dont les patients voient leur psychiatre peut faciliter ou au contraire compliquer l'évaluation des EIS.

P4 : « Certains le psychiatre ils le considèrent limite comme un confident alors que d'autres le voient comme un distributeur de médicaments. Donc je pense que chaque cas est un peu particulier. »

- Représentation du patient par le psychiatre

Un psychiatre émet la possibilité que la qualité de la relation avec son patient influence l'évaluation des EIS.

PS1 : « C'est vrai que les patients avec lesquels il n'y a pas beaucoup de feeling, il n'y a pas beaucoup d'accroche ni d'adhésion ou coopération »

Une psychiatre a pu exprimer la crainte que l'abord de ce sujet perturbe l'aspect thérapeutique de la relation en induisant un rapport de séduction.

PS5 : « Assez difficile d'être du côté de cette intimité-là parce que je ne sais pas ça [...] J'ai l'impression qu'il y aurait quelque chose qui viendrait se mettre du côté d'une éventuelle séduction, qui aurait à voir avec ça. »

- Le suivi au long court

Des psychiatres pensent que la durée de prise en charge peut aussi modifier la façon d'aborder cette question en faisant une différence entre une consultation de suivi en CMP, par exemple, et une consultation lors d'une hospitalisation.

PS8 : « J'estime qu'à court terme on vise surtout l'efficacité et qu'à long terme en plus de l'efficacité on doit prendre en compte la tolérance. »

PS9 : « ça dépend de la relation qu'on peut avoir avec le patient, depuis combien de temps on le connaît, donc quelque part ces questions c'est difficile de les aborder au début d'une prise en charge »

3. Non applicable à certaines situations

- Refus d'en parler

Il est tout d'abord pointé du doigt, par des psychiatres et des patients, le fait que le patient puisse ne pas vouloir parler de ce sujet pour des raisons qui lui appartiennent.

P2 : « Parce qu'elle me connaît bien et qu'elle sait que c'est un sujet tabou pour moi. »

PS6 : « il y a quand même plusieurs patients qui ont vécu, des agressions sexuelles et de parler du sexuel peut les angoisser et leur faire revivre des choses qu'ils ont mis du côté. Des reviviscences traumatiques. »

- État stable et décompensé

Des psychiatres ont avancé l'idée qu'un patient qui serait trop symptomatique ne pourrait pas parler de ce sujet pour diverses raisons.

Un premier cas pourrait être un patient qui ne serait pas gêné par ses EIS du fait de sa symptomatologie.

PS4 : « Peut être qu'il en souffre pas, il ne s'en rend pas compte. Quand les gens sont très dissociés, très loin quoi disons ils ne se rendent même pas compte peut être »

PS1 : « Un patient trop malade, trop délirant, trop décompensé, préoccupé par d'autres types de problèmes. »

En effet, une patiente a pu dire que, du fait des effets thérapeutiques d'un traitement, elle pourrait en parler plus facilement.

P2 : « Que grâce au traitement je prenne plus confiance en moi et que ça me permette d'aborder des sujets plus délicats. »

Un autre cas de figure pourrait être le fait que la symptomatologie du patient soit en rapport avec la sexualité.

PS3 : « Le fait que ce soit symptomatique de la pathologie car parler en soi peut être difficile. C'est un peu vague, ça dépend de l'état dans lequel ils sont. Mais c'est très anxiogène, dans le service on a un patient qui est hospitalisé pour un phénomène délirant, un premier épisode. Il a en plus une fixation délirante sur une perception d'anomalie interne [...] Et en particulier il est persuadé que son sexe est flingué, que ça marchera plus etc. Là c'est clair que les neuroleptiques qu'on lui prescrit ils vont pas arranger le problème ! Déjà il perçoit pas qu'il y a un problème psy et en plus je lui donne des médocs où je sais que sur ce plan-là c'est vraiment arrêté pour x raisons, on va en rajouter une couche. »

- Désintérêt inhérent à la pathologie

Certains psychiatres ont pu dire qu'ils avaient déjà eu l'impression que certains patients n'étaient pas intéressés par la question de la sexualité et que de fait, l'évaluation des EIS était impossible.

PS4 : « Il y a un petit côté en plus pour les psychotiques un peu graves la vision sexuelle est très limitée, très mécanisée et pas forcément la recherche du plaisir pour le plaisir. C'est pas très érotisé. C'est plus mécanique... Je sais pas. »

PS6 : « Des patients psychotiques qui ne voyaient pas le rapport [...] C'est pas fréquent mais je comprendrais que ça arrive. »

- Le détournement du sujet

Certains psychiatres ont pu dire qu'avec certains patients, c'était un sujet délicat à aborder du fait du possible détournement du sujet dans un but non thérapeutique.

PS6 : « Il y a des patients j'ai pas envie de parler de ça, les patients très pervers notamment, qui détournent ce sujet-là »

PS9 : « Il y a des patients qui peuvent montrer quelques fois un certain exhibitionnisme ou un investissement important de la sphère sexuelle et ça peut être très gênant »

E. Qui l'aborde ?

Il arrive que le sujet des EIS soit abordé par les **patients** ou les **psychiatres** ou encore que le sujet des EIS ne soit pas abordé du tout avec ses conséquences.

1. À l'initiative des psychiatres

- Met plus à l'aise le patient

Beaucoup de patients rapportent que l'abord de la question des EIS devrait être à l'initiative des psychiatres. Certains expriment que cela les mettrait plus à l'aise pour en parler.

P3 : « Le fait que ce soit le psychiatre qui prenne l'initiative d'en parler, ça met plus à l'aise. »

Un patient explique que la question a pu être abordée car son psychiatre l'a fait.

P6 : « Eh bien j'en avais, donc j'étais contente qu'il aborde la question. »

En parlant de l'abord des EIS par son psychiatre, un patient nous exprime son étonnement.

P11 : « C'était tellement simple finalement à aborder, que je n'y croyais pas ».

Plusieurs témoignages de psychiatres vont dans ce sens également. Les psychiatres qui abordent la question des EIS rapportent que leurs patients y réagissent très bien.

PS3 : « ils ont été sensibles au fait que je pose des questions parce que c'est rarement abordé de façon détaillée et spontanée. Ils réagissent très bien et en faisant les différences des différents problèmes que ça peut poser. »

Un psychiatre nous explique que cela pourrait permettre que le patient se sente autorisé à en parler et se sente moins gêné pour en parler plus tard également.

PS7 : « Et je dirais que si le professionnel n'a pas abordé ça, je pense que les patients ne se sentent pas trop autorisés à en parler. Et du coup ça change une fois que le professionnel a posé la question (...) je pense qu'il y a moins de gêne du côté du patient même pour pouvoir l'aborder spontanément. »

- Abord spécifique pour dépasser la gêne

Plusieurs patients ont réexprimé une gêne à évoquer les EIS même lorsque le psychiatre leur pose la question. Pour ces patients, il faut que le médecin insiste ou aborde plus directement ces questions pour leur permettre d'en parler malgré cette gêne.

P9 : « Il n'y pas grand-chose de mal à insister de la part du docteur (...) quand on me dit, « dites-moi si vous avez des problèmes » et que d'un autre côté vraiment on insiste c'est pas pareil. »

P1 : « Mettre le patient à l'aise dire : « sexuellement comment ça se passe », « est ce que vous avez des érections ? », allez droit au but quoi. »

- Légitimité du psychiatre en lien avec sa prescription

En faveur d'un abord plus systématique par le psychiatre, on retrouve du côté des patients comme des psychiatres l'idée que le psychiatre est responsable de sa prescription. Ainsi, c'est à lui d'informer le patient des EIS.

P1 : « Oui qu'elle aborde le sujet (...) en sachant que l'effet secondaire des médicaments elle est bien au courant de ce que ça provoque quoi. »

Les psychiatres qui rapportent aborder la question des EIS, expliquent en effet le faire dans un souci de tolérance globale du traitement.

PS3 : « L'objectif premier, ça fait partie des effets secondaires de tout traitement. Et tous effets secondaires confondus on fait toujours un listing à des moments donnés ; soit au moment de la prescription soit après la prescription. À la fois pour informer le patient et puis pour voir si c'est quelque chose qui le concerne. En plus qu'on a affaire à des problématiques générées par notre intervention. Donc si on n'a pas la possibilité de s'en soucier et bien il ne faut pas faire d'intervention. À ce moment-là faut faire autre chose... ».

Une psychiatre évoque une difficulté possible dans l'abord des EIS. Ces EI peuvent entraîner un sentiment de culpabilité chez le prescripteur, surtout chez des patients pour lesquels il n'existe plus beaucoup d'alternatives thérapeutiques.

PS5 : « il y a autre chose qui peut me mettre en difficulté sur le fait d'aborder cette question-là, c'est une sorte de culpabilité de donner des traitements qui font cet effet-là quand même. Du coup il y a quelque chose aussi qui est peut-être de l'ordre, de ne pas aborder, comme si on se sentait responsable. Parce que c'est nous qui prescrivons ces traitements-là, et du coup la difficulté quand même aussi qui apparaît c'est que quand même on a beaucoup de patients avec lesquels on a essayé pleins de choses et (...) qu'on a plus d'autre solution alternative »

- Devoir du psychiatre par sa position de médecin

Plusieurs patients se représentent le psychiatre avant tout comme un médecin, qui par ses connaissances est le plus compétent pour aborder le sujet des EIS.

P6 : « pour moi elle est là pour me soigner donc elle doit aborder tous les problèmes que je peux rencontrer. »

P1 : « Elle doit pouvoir cerner le problème d'un point de vue médical plus facilement et trouver les mots plus facilement que le patient (...) un psychiatre normalement ça parle de

tout ! y a pas de tabou, alors il pourrait en parler. Moi il ne m'en a jamais parlé je vous le dis franchement. Tous les psychiatres que j'ai vus depuis 20 ans y'en a aucun qui m'a parlé de problèmes que je pourrais avoir, sexuels. »

2. Abord par le patient

- Peuvent l'aborder spontanément

Plusieurs patients ont dit qu'ils avaient pu ou pourraient parler spontanément de leurs EIS s'ils en présentaient.

P2 : « Je pense que oui je pourrais l'aborder. »

P6 : « enfin c'est plus moi qui vais lui rappeler mais sinon oui. »

Des psychiatres rapportent également que certains de leurs patients ont pu en parler d'eux-mêmes.

PS4 : « Mais la plupart du temps c'est eux qui l'abordent, c'est pas moi. »

PS8 : « Il y a des patients qui en parlent très vite de façon spontanée et la plupart d'entre eux n'attendent pas forcément les perches pour dire qu'ils ont des effets indésirables y compris dans leur vie sexuelle. »

Pour un psychiatre, les EIS liés aux neuroleptiques sont évoqués entre patients et cela est donc connu de la plupart d'entre eux.

PS4 : « Oui les patients savent bien, c'est une information que tous les patients ont que le traitement va leur faire avoir des difficultés érectiles. C'est une culture générale, tous les patients le savent et ceux qui ne le savent pas ils le savent très vite parce que ça se dit entre eux. Et ils associent ces difficultés au traitement. »

- Respect de l'intimité

Un patient explique que son psychiatre ne lui a jamais posé la question des EIS et voit cela comme un respect de son intimité. Pour ce patient, comme il s'agit d'un sujet gênant, il appartient au patient de choisir s'il souhaite ou non que ce sujet soit abordé.

P10 : « Moi j'ai des problèmes d'éroussement affectif, donc l'éroussement affectif il me demande régulièrement comment ça se passe. Mais sexuel nan il ne va pas forcément poser la question mais... je sais que ce n'est pas qu'il ne veut pas me poser la question... mais c'est juste je pense qu'il respecte mon intimité (...) Je pense que le but c'est que le patient en parle de lui-même. »

- Le psychiatre se sent autorisé à en parler :

Une psychiatre explique que lorsque le patient aborde la question des EIS, cela est beaucoup plus facile pour elle.

PS5 : « Alors c'est paradoxal parce que lorsque la personne en parle, je me sens tout à fait... Enfin je me sens comme si j'étais légitimée à en parler, c'est-à-dire que du coup je ne me sens pas gênée finalement d'en parler. Ça fait toujours un effet de surprise en fait mais par contre je sens dans ce contexte là que j'ai besoin de montrer que je ne suis pas gênée d'en parler. Je ne sais pas si je suis très claire ? »

Elle précise que ce n'est pas forcément l'abord direct des EIS par le patient qui lui permet de parler des EIS plus facilement.

PS5 : « Il y a quand même le fait qu'ils abordent les relations intimes ou affectives ça va permettre à eux de les amener à parler de cela, c'est dans ce contexte là que quelque chose peut être abordé. »

Un autre psychiatre qui ne présente pas de difficulté à l'abord des EIS explique souvent attendre que ses patients abordent le sujet.

PS1 : « Si le patient me fait la demande je vais répondre de manière assez claire mais c'est vrai que s'il ne me demande pas je ne vais pas forcément aborder tout ça. Mais en soi moi je n'ai pas de réticences à aborder ça. Mais après de mon côté je ne ferais pas forcément ultra spontanément. Mais si on me demande je réponds clairement en général. »

- Sujet non traité avec ses conséquences

Plusieurs patients évoquent le fait que leur psychiatre n'ait jamais abordé la question des EIS ou de la sexualité avec eux, qu'ils n'en ont par conséquent pas parlé alors que parfois ils en avaient.

P1 : « Je ne sais pas pourquoi ça fait 3-4 ans qu'elle me suit et elle ne m'en a jamais parlé, jamais de question. Elle ne m'a jamais demandé si sexuellement ça allait. Jamais de question là-dessus, jamais »

Deux psychiatres qui disent ne pas aborder systématiquement les EIS, mais ayant l'impression que leurs patients le font spontanément, se questionnent sur le fait qu'ils puissent en effet passer à côté de certains patients avec des EIS.

PS8 : « Alors peut-être qu'il y en a qui ne sont pas à l'aise et que je passe à côté. C'est un peu biaisé, je me souviens de ceux avec qui j'en parle et il me semble qu'on en parle assez souvent et assez facilement. »

F. Ressources pour l'évaluation des EIS

Il apparaît que certains facteurs déjà présents permettent l'abord des EIS. Ces facteurs regroupent le **contexte de l'entretien**, **l'expérience du psychiatre** et la pratique de **l'éducation thérapeutique**.

1. Contexte de l'entretien

- Rôle du médecin psychiatre

Tout d'abord la question du rôle du psychiatre et ce que cette fonction induit auprès des patients.

Certains patients ont pu dire que la fonction du psychiatre leur permettrait plus de liberté de parole.

P3 : « Quand on est psychiatre en général on est prêt à parler de tout »

P7 : « Oui par rapport à leur métier, on peut tout leur dire. »

C'est un avis qui est partagé par les psychiatres.

PS7 : « J'ai l'impression que de façon pas si rare que ça la réaction est neutre du fait que c'est un médecin qui pose la question. »

Cela semble renforcer le sentiment de légitimité des psychiatres pour aborder la question.

PS8 : « Parce que je pense qu'en étant psychiatre on est aussi médecin et que ça fait partie de la médecine de parler de cet aspect-là, fonctionnel ou organique. »

- Position soignant soigné

Les patients interrogés ont pu dire qu'ils en parleraient plus facilement à leur psychiatre parce que celui-ci doit leur venir en aide en qualité de soignant.

P6 : « Pour moi elle est là pour me soigner donc elle doit aborder tous les problèmes que je peux rencontrer »

P8 : « Mais c'est mon médecin donc je pense que ça fait partie du bien-être des patients »

- Confidentialité

Le secret médical lors de la consultation avec leur psychiatre rassurerait et permettrait à certains patients d'en parler plus facilement.

P7 : « je pense qu'il garderait le secret professionnel je pense, je ne le dirais pas à tout le monde quoi »

Certains psychiatres partagent cette idée.

PS8 : « je pense que c'est des personnes qui sont en capacité de faire confiance et d'être dans un espace où ils peuvent aborder ce sujet »

À l'inverse, un patient a déclaré que l'idée que le secret médical puisse être rompu par la présence d'une tierce personne ou par la présence d'informations dans son dossier médical pourrait le gêner.

P11 : « Ça pourrait être la présence d'une tierce personne pendant l'entretien, éventuellement que les détails soient enregistrés dans mon dossier. Non je ne vois pas d'autres choses qui pourraient me gêner à part une tierce personne. »

Une psychiatre a pu dire qu'elle préférerait en parler dans un cadre restreint avec le patient.

PS5 : « En équipe c'est pas évident à aborder non plus... Parce qu'en équipe moi je... ça fait vivre une sorte d'exposition du patient, ce n'est pas très bien supportable pour moi. »

2. Le parcours du psychiatre

- Pratique clinique

Une psychiatre a pu mettre en avant le fait que dans sa pratique professionnelle, la question de la sexualité est systématiquement abordée. Ce qui rend selon elle l'évaluation des EIS plus naturelle.

PS8 : « Une partie de ma pratique c'est de m'occuper des auteurs de violences sexuelles ce qui fait que ça me facilite aussi une certaine habitude de parler du sexuel et de la sexualité de façon très directe »

En outre, deux psychiatres ont pu parler de leur expérience acquise lors de leur exercice, qui leur confère plus de facilités à aborder des sujets comme les EIS et à les prendre en charge.

PS2 : « Maintenant je suis plus tranquille avec cette question-là [...] l'expérience plus mes formations fait que j'ai plus la même perception de la construction de mon travail psychique et du coup professionnel, du coup c'est quelque chose que j'aborde aussi avec beaucoup plus d'aisance »

PS5 : « Le fait que maintenant je me permette [...] de mettre un traitement j'allais dire substitutif voilà, ça ça m'aide aussi car ça a été efficace pour les gens avec lesquels je le fais »

- Formations supplémentaires

Une psychiatre pense que sa formation plus spécifique en sexologie a pu l'aider.

PS8 : « Moi j'ai fait à la fois des formations des sensibilisations à la sexologie [...] donc avec cette pratique-là je sais que je suis à l'aise avec ces questions. »

« Il me semble que des formations à la sexologie que ce soit la sensibilisation, moi je trouve que c'est très utile [...] pour aborder les effets indésirables et même pour aborder la place de la vie sexuelle dans l'équilibre psychique ou dans les troubles »

- Le passé de médecin généraliste

Deux psychiatres interrogés et qui avaient exercé en tant que médecins généralistes ont pu rapporter cela comme une expérience positive en ce qui concerne l'abord de la sexualité et des EIS.

PS9 : « J'étais médecin généraliste avant et la question de la sexualité on y est beaucoup plus confrontés. On est toujours interpellés par des patients qui ont des problèmes de libido ou des problèmes d'éjaculation précoce... Enfin plusieurs problèmes de la sphère sexuelle. Donc le fait que je sois moins gêné il y a le fait que j'étais médecin généraliste »

3. L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique fait désormais partie intégrante de la plupart des prises en charge et reste un atout majeur pour le patient afin de lui permettre d'être plus acteur de ses soins.

- Auto-éducation

Un psychiatre a pu dire qu'il estimait que les patients parlaient facilement de ce sujet entre eux.

PS4 : « C'est une culture générale, tous les patients le savent et ceux qui ne le savent pas ils le savent très vite parce que ça se dit entre eux. Et ils associent ces difficultés au traitement. »

À propos de l'abord de ces questions entre patients, un patient explique que le sujet n'est pas toujours traité de la manière la plus adaptée.

P1 : « Bah ouais parce que quand on est entre malades on est les champions du monde de la baise mais après faut voir quoi. »

- Abord précoce et prévention

Une psychiatre pense qu'une bonne connaissance de ses traitements par le patient lui permet de s'approprier son traitement et ainsi de mieux identifier ses EI.

PS8 : « C'est ce qu'il se fait actuellement dans la relation médecin malade, le patient est plus actif, on l'encourage à connaître ses traitements, à être plus acteur. Mais pas juste un mot en l'air, moi j'invite les patients à se rappeler ce qu'ils prennent comme traitement, à quoi ça sert et puis ça ouvre aussi la discussion sur la tolérance et les effets indésirables. »

Pour la majorité des patients et des psychiatres, cette éducation thérapeutique doit être délivrée le plus tôt possible.

P6 : « Alors en parler dès le début. C'est-à-dire prévenir qu'avec les traitements psychotropes il peut y avoir des perturbations à ce niveau-là même avant la prise de médicament »

P11 : « Oui soit avant le traitement soit dans des périodes de « switch », soit avant soit pendant le switch. »

PS3 : « Après il y a le point de l'information, parce que c'est vrai qu'on a vu que la difficulté que les patients pouvaient avoir à en parler c'était l'ignorance dans laquelle ils sont eux-mêmes vis-à-vis de ces problèmes... Un truc d'information spécifique. L'information elle y est quand avant la prescription on indique aux gens qu'il peut y avoir ceci et cela. »

- Déculpabilisation

Certains psychiatres ont pu dire que les EI des neuroleptiques étaient culpabilisants pour les patients.

PS3 : « En sachant que les principaux effets secondaires sont quand même des choses très culpabilisantes pour les patients »

Ainsi, certains patients ont déclaré qu'ils avaient besoin d'être rassurés à ce sujet.

P3 : « Rien que d'être rassuré en nous disant qu'effectivement le traitement qu'on prend peut entraîner des complications sexuelles, déjà tout de suite ça met à l'aise et ça donne envie d'en parler et d'essayer de régler le problème. »

Enfin, une psychiatre pense qu'il est nécessaire de déculpabiliser les deux parties pour pouvoir en parler, sans crainte de la réaction de l'autre.

PS8 : « Prendre ça au sérieux et parler avec eux du fait que certains médicaments sont potentiellement iatrogènes, avec une bonne efficacité mais des effets indésirables, pour pas les culpabiliser d'en avoir ou que ça soit culpabilisant pour nous qu'il y ait des effets indésirables. De dire que dès qu'il y a des traitements il y a des effets indésirables. Pour que tout le monde soit à l'aise et qu'ils ne soient pas gênés de le dire vis-à-vis de leur médecin (ça ne veut pas dire que c'est un mauvais médecin). Pour aller jusqu'aux effets indésirables sexuels, je pense qu'il faut les mettre à l'aise en disant que certains neuroleptiques atypiques c'est avéré qu'ils peuvent agir sur cela et qu'on doit le prendre en considération. »

- Facilite l'abord ultérieur

Des psychiatres et des patients pensent que le fait d'en parler avant que les effets ne soient présents permet de rendre possible l'abord de cette question par les patients.

P3 : « C'est ça c'est la prise d'information. Donner l'information au patient pour le mettre à l'aise surtout et pouvoir engager la discussion plus facilement. »

P4 : « Les gens ils lisent des informations qu'ils retiennent et qu'ils se disent : « ça peut exister ce problème ». À partir de ce moment-là ils vont commencer à en parler »

- Médicalisation de la question

Certains psychiatres pensent que l'éducation thérapeutique peut permettre de rendre le sujet moins « gênant » en le plaçant au même rang que n'importe quel autre sujet médical.

PS7 : « Après peut être que sur la question de la gêne des patients, le fait d'expliquer un peu la physiopathologie des effets secondaires sexuels, ça peut être aidant pour un peu démystifier justement la question de la performance, de l'estime de soi et être dans quelque chose de plus médical... »

PS3 : « Surtout dans le monde professionnel, ça fait partie de « est ce que vous avez des boutons sur le nez ? Vous arrivez plus à bander ? » C'est la même chose. »

- Énoncer les solutions

Des psychiatres et des patients pensent que le fait de parler des solutions qui existent peut faciliter l'abord de ce sujet par les patients.

P6 : « C'est-à-dire prévenir qu'avec les traitements psychotropes il peut y avoir des perturbations à ce niveau-là même avant la prise de médicament. Et qu'il y a des molécules différentes si cela ne se passe pas bien. »

PS6 : « Que les patients soient informés que s'ils changent de traitement ça peut s'améliorer donc ils pourraient en parler plus facilement »

- Le risque d'aborder les EIS

Certains psychiatres ont toutefois émis des réserves sur le fait que ce soit le psychiatre qui aborde spontanément la question des EIS.

En effet, certains psychiatres craignent que le fait d'en parler au patient puisse avoir des conséquences néfastes sur la prise en charge, voire « amplifie » l'EIS.

PS4 : « De « soulever un lièvre », tiens ils y pensaient pas mais maintenant ils vont y penser. Peur de les froisser, de les vexer, de les braquer contre le traitement, contre le CMP. Peur de leur réaction de rejet. Vous en parlez et justement ça augmente (l'effet). Ça met en évidence le problème alors qu'ils n'y pensaient pas spécialement »

De ce fait, certains psychiatres expliquent qu'ils ne pensent pas qu'il soit préférable d'en parler avant l'instauration du traitement.

PS7 : « Je ne suis pas sûre que ça serait souhaitable d'en parler avant la prescription comme un effet secondaire possible »

Un autre pense qu'en parler sans mettre en avant les effets bénéfiques du traitement risquerait de diminuer l'adhésion au traitement.

PS1 : « Je pense qu'il ne faut pas aussi trop leur délivrer d'informations pour leur éviter aussi tous les effets indésirables qui pourraient leur arriver sans vanter les bénéfices du traitement attendus ».

G. Perspectives d'amélioration

Plusieurs idées permettant l'abord des EIS ont été énoncées, à savoir la **formation des psychiatres, l'utilisation de l'écrit, l'intervention d'une tierce personne** et enfin la **création d'espaces dédiés**.

1. Les formations

- Formation théorique sur les médicaments

Certains psychiatres ont exprimé des besoins de formations spécifiques sur les traitements et les EIS.

PS4 : « De mon côté, ce qui me gêne c'est que je ne sais pas précisément quels sont les médicaments qui ont le plus d'effets ou le moins d'effets ? »

Ils ont pu formuler des axes de formations qui leur permettraient de mieux prendre en charge ces EIS.

PS4 : « Peut-être avoir une échelle des neuroleptiques plus ou moins gênants de ce côté-là. »

PS6 : « Avoir des notions théoriques médicales sur les effets secondaires les plus fréquemment retrouvés. Ça pourrait être des pistes, si on sait que c'est fréquent avec ce traitement-là on aura plus d'aisance à en parler. Donc ça pour nous ça peut nous aider et avoir juste la confirmation que c'est important d'en parler et qu'on soit pas gênés ».

- Sensibiliser sur le sujet

Il semblerait qu'être sensibilisé au sujet facilite l'évocation des EIS par les psychiatres.

Un patient a pu imaginer que peut-être son psychiatre n'y prêtait pas attention pour cette raison.

P5 : « Et peut-être parce qu'il n'y pense pas forcément. »

Certains psychiatres pensent que des formations en sexologie permettraient de les sensibiliser sur le sujet.

PS9 : « Connaitre les problématiques, quel peut être le ressenti de la personne avec ces problèmes et pourquoi pas élargir en donnant des formations, avoir aussi un point de réflexion sur la sexologie et sur les problématiques sexuelles pourquoi pas. On pourrait améliorer à mon avis. »

- Dans le but d'améliorer le relationnel

Enfin, les psychiatres et les patients ont pu dire qu'ils pensaient que ces formations pourraient avoir pour but d'aider le psychiatre à aborder le sujet de la bonne manière.

P3 : « Je ne sais pas si ça existe des formations qui permettent d'apprendre à aborder le sujet sans brusquer le patient »

Avec par exemple cet autre patient qui a pu nous dire :

P1 : « Quand on va voir un sexologue, enfin j'y suis jamais allé mais quand on voit quelqu'un qui est branché là-dessus il pose les bonnes questions. »

Un psychiatre va dans ce sens également.

PS8 : « J'avais d'ailleurs fait une formation en sexologie parce que je pense qu'en psychiatrie c'est important et ça aide à mettre les patients à l'aise avec ça ou à poser les bonnes questions ou aborder le sujet en tout cas. »

« C'est là que ça rejoint le fait qu'avoir une formation en sexologie, je pense que c'est plus naturel et que ça vient plus spontanément. »

Enfin, un psychiatre pense qu'une formation en psychothérapie rend plus évidente l'importance de la prise en compte des EIS.

PS2 : « Alors moi je le vois d'une façon plus globale [...] la question de travailler la question de la psychothérapie, si on a déjà une formation sur la question de la relation à l'autre de la qualité de la relation c'est assez inhérent [...] ça paraît plus naturel d'aborder ces questions-là, plus on est familiarisé tôt plus on sera aussi à l'aise au fait que ça fait partie aussi de notre entretien »

2. Informations écrites

- Sous forme d'affiches ou de prospectus

Les patients et les psychiatres ont émis l'idée que la présence d'affiches ou de prospectus pourrait être un facteur facilitant pour parler des EIS.

Cela pourrait aider les psychiatres.

P6 : « Peut-être de l'afficher dans son bureau avec une affiche. Pour que ça lui fasse penser à ce sujet... »

Ainsi que les patients.

P11 : « Par exemple un petit prospectus, parfois dans l'hôpital on passe des journées à attendre donc on a le temps de lire une plaquette avec quelques mots écrits dessus. »

PS5 : « Je ne sais pas des affiches des choses comme ça, « n'hésitez pas à parler des effets secondaires avec votre médecin ». Notamment des troubles sexuels parce que je ne suis pas sûr qu'ils en aient l'idée non plus. »

- S'aider du support de la notice

Un patient et un psychiatre étaient de l'avis que la notice du médicament peut être un atout.

P8 : « De lire la notice des médicaments et de revenir sur la notice du médicament avec le médecin. »

PS6 : « Et pour les patients : qu'ils sachent que ... Qu'ils se sentent autorisés à en parler, que ce n'est pas un tabou... Mais ça je ne vois pas trop comment. À part sur les notices des médicaments, qu'il y ait une mention qui dise n'hésitez pas à en parler avec les soignants ».

- Fiche délivrée par le médecin

Enfin, un psychiatre pense que le fait de délivrer une fiche avec des informations écrites sur leur traitement pourrait être une aide.

PS3 : « J'avoue que moi j'utilise beaucoup le livret que la pharmacie a fait il y a quelques années sur le lithium en particulier, sur la prise de poids etc. Et s'il y avait la même chose sur les neuroleptiques ou produit par produit ça serait intéressant. Les patients ils accrochent beaucoup, ils les gardent, ils reviennent avec des questions après dessus. »

3. Abord par l'écrit

- Questionnaires

Deux patients nous ont dit qu'ils pourraient apprécier le fait de passer par un questionnaire.

P8 : « Peut-être avoir des petits questionnaires. »

P9 : « Remplir des questionnaires au début du traitement et ensuite à la fin, quelque temps après pour voir l'évolution peut-être. »

- Papier libre

Un des patients pense que l'écrire sur une feuille prévue à cet effet pourrait faciliter l'abord de ses EIS.

P9 : « Oui le fait de le faire sur une feuille ça enlève un peu la gêne plutôt que de le dire oralement. »

- Mail

Un patient nous a fait part de craintes qu'il pouvait avoir liées au fait d'en parler en face à face avec son psychiatre et suggère l'utilisation du mail.

P10 : « Des fois on a peur de la réaction, d'être en face de la personne pour le dire ; on se dit on va être pour un débile ou un truc comme ça. Peur du jugement. »

« Des fois c'est quand on est face à la personne donc envoyer un mail, un truc comme ça ... »

4. Intervention d'un tiers

Les psychiatres et les patients se sont interrogés sur la nécessité de faire intervenir une tierce personne pour faciliter cette évaluation des EIS.

- Séparation du psychiatrique et du somatique

La nécessité d'un tiers pour aborder la question des EIS peut prendre son sens dans le besoin qu'ont certains psychiatres de séparer la prise en charge du psychisme de celle du somatique.

PS5 : « C'est tellement en lien avec la relation qu'on établit avec les gens que je ne saurais pas dire, une réponse... Du coup je me dis, est ce que ça ne serait pas du coup du côté de la médecine générale, je ne sais pas si c'est en lien mais peut être ça me donnerait un peu l'idée qu'il faille que ce soit quelque chose qui soit séparé... ou alors il faudrait que ça soit une autre personne qui peut-être fasse un inventaire de cette question-là, des effets secondaires avec... Peut-être qu'on pourrait imaginer qu'un infirmier qui n'est pas dans la prise en charge à un moment donné, voie la personne effectivement sur ces aspects»

Néanmoins, c'est une position qui n'est pas partagée unanimement car d'autres estiment que la question corporelle ne doit pas être écartée.

PS2 : « Je ne suis pas médecin généraliste [...] je prends pas la tension mais je fais des examens sur le système extrapyramidal, je fais tous les réflexes et du coup je me suis dit mais oui si il y a toute cette prise en compte du corps et voilà c'est aussi mon cheminement personnel sur la prise en compte corporelle, de l'engagement corporel dans la consultation

qui fait que ça m'a... Que je suis plus à l'aise et que je dirais même ça doit faire partie des questions qu'on doit avoir vis-à-vis d'un patient. »

- Le rôle du médecin traitant

Un patient nous a dit qu'il pensait que le médecin généraliste pourrait jouer un rôle dans l'évaluation des EI.

P6 : « Un médecin généraliste pour qu'il puisse dire des choses par rapport au traitement. »

Un avis qui est partagé par un psychiatre mais pour d'autres raisons.

PS4 : « C'est parce que c'est un médicament pas psychiatrique. C'est pas un médicament psychiatrique le Sialis c'est un médicament de médecine générale. »

Selon un psychiatre, le médecin généraliste pourrait être un intermédiaire.

PS6 : « Que peut-être ils peuvent déjà en parler à leur généraliste et que le généraliste les conforte en disant « parlez-en à votre psychiatre » si c'est plus facile pour eux... »

- L'urologue

Certains psychiatres voient la consultation chez un urologue comme une ressource possible en cas de difficultés pour modifier le traitement actuel.

PS8 : « ça m'est déjà arrivé de l'aborder avec un patient suite à une consultation avec un urologue qui disait que si on ne pouvait pas trop changer le traitement (car c'est le seul qui lui convient) on pouvait proposer certains traitements spécifiques de l'impuissance, de la difficulté d'érection etc... »

Néanmoins, un patient rapporte ce qu'il a ressenti quand on lui a proposé de voir un urologue.

P3 : « Mais j'avais un peu l'impression de me heurter à un mur. Elle dans sa tête « c'est pas à moi de le faire » elle m'a conseillé d'aller voir un urologue... Du coup je ne lui en parle plus vraiment, je ne sais pas trop comment faire en fait. »

- L'infirmier psychiatrique

Autant les psychiatres que les patients voient l'infirmier, qui travaille en collaboration avec le psychiatre, comme un intermédiaire intéressant.

P8 : « Passer justement par l'intermédiaire de mon infirmière et de lui dire d'en parler au psychiatre. »

PS9 : « Ça peut aussi se faire par l'intermédiaire des infirmiers par exemple, il arrive plus facilement à évoquer la question avec les infirmiers qui peut être repris par le médecin. »

- Une personne dédiée au sujet de la sexualité

Un patient a pu nous dire qu'il pensait préférable que cela soit l'affaire de quelqu'un d'extérieur à la prise en charge et qui ne s'occupe que des EIS.

P10 : « Il y a plusieurs solutions, on pourrait avoir quelqu'un qui est spécialiste dans ça. Et mettre en avant un rendez-vous avec elle par exemple si la personne le souhaite lors des prises en charge. [...] La personne concernée peut dire moi j'ai des troubles sexuels à cause de mon médicament je souhaiterais voir une personne qui est spécialisée dans ça. »

5. Temps et moyens dédiés

Enfin, une des solutions qui est apparue serait de favoriser l'abord des EIS en dédiant plus de temps où la parole serait consacrée à cette problématique.

- Groupes thérapeutiques

Tout d'abord, la création de groupes thérapeutiques thématiques avec plusieurs patients et encadrés par un intervenant compétent sur le sujet.

P6 : « Peut-être en parler en groupe [...] parce que des fois c'est difficile d'en parler en face à face alors que s'il y a d'autres gens ça peut débloquer les choses. »

PS9 : « Une fois qu'on a abordé la question au sein d'un groupe où le patient n'a pas forcément parlé mais peut retrouver dans les autres les mêmes problématiques et tout, ça favorise en fait. Ça déstigmatise aussi le problème. »

- Temps de parole libre

Un patient exprime le fait qu'il ne voit pas souvent sa psychiatre et qu'il n'a pas forcément le temps d'aborder tous les sujets.

P2 : « Moi quand je vois ma psychiatre, je la vois une fois par mois, alors en général je lui parle un peu de tout mais sauf de ça. En général je lui parle du boulot ou de ma santé en général... »

Un psychiatre pense également que le temps de consultation est trop court pour qu'il puisse aborder ces sujets.

PS1 : « Prendre un peu plus le temps avec le patient d'aborder à la fois ses symptômes psychiques mais aussi avoir un peu plus de temps en consultation pour lui expliquer tout ça. Parce que souvent on est un peu focalisé sur les symptômes et sur le traitement de l'épisode que le patient est en train de présenter et sans parler des effets sexuels, des effets secondaires. Donc oui je pense une augmentation du temps »

Un autre psychiatre déplore une conséquence du manque d'effectifs et de moyens alloués à la psychiatrie.

PS2 : « Je dirais qu'il y a de moins en moins de place dans les hospitalisations sur ce qu'on appelle des réunions soignants/soignés par exemple qui étaient beaucoup plus instituées avant, on pouvait aborder plein de sujets maintenant tout ça est très réduit, très opérant peu libre du coup [...] non pas parce que c'est une mauvaise volonté des soignants mais ils n'ont plus le temps »

- Consultation spécifique à thème

Un patient a dit qu'il pensait qu'une consultation spécifique pourrait peut-être permettre d'aborder les EIS.

P11 : « Par exemple de faire des consultations à thèmes et avoir un thème à une consultation où c'est ce sujet là. »

IV. DISCUSSION

A. Forces et faiblesses de l'étude

1. Les biais possibles

- Biais de sélection

La principale limite est un possible biais de sélection lié au mode de recrutement ; seules les personnes ayant répondu au courriel d'information ont été incluses. On suppose que ces personnes sont donc potentiellement déjà plutôt « intéressées » par le sujet. Pour les patients, soit parce qu'ils présentent des EIS, soit parce qu'ils ont déjà été informés de cela. Pour les psychiatres, on peut penser que ceux qui ont répondu étaient plutôt sensibilisés à cette question.

- Le manque d'expérience dans la recherche qualitative

Il s'agit de la première étude qualitative menée par les investigateurs et ils n'ont pas reçu de formations spécifiques pour ce type de recherche.

2. Les forces

- Population de l'étude

Nous avons obtenu une bonne variabilité des caractéristiques d'âge, d'ancienneté d'exercice des psychiatres, de genre, de diagnostic des patients et de mode d'exercice des psychiatres.

- Présence d'un entretien test

Nous avons pu réaliser un entretien test avant le début du recueil des données afin de nous assurer que les questions étaient intelligibles.

- Obtention de la saturation des données

En effet, nous avons pris le parti d'inclure toutes les personnes qui ont répondu favorablement. Nous avons ensuite analysé les données et nous sommes rendu compte que la saturation avait été atteinte. Nous n'avons donc pas renvoyé de courriel afin d'obtenir plus de participants.

- Triangulation des données pour éviter le biais d'interprétation.

Les données ont subi une double interprétation indépendante par chacun des investigateurs.

- Perspective croisée

Il nous a paru intéressant, et à notre connaissance cela n'a jamais été fait, de proposer le même questionnaire aux deux populations de l'étude. Ce questionnaire demandait en plus aux patients et aux psychiatres de se mettre à la place l'un de l'autre.

B. Impressions et discussions autour des résultats

1. La place de la sexualité

Il ressort des entretiens que la sexualité occupe une place importante dans la vie des patients. Ainsi, l'évaluation et la prise en charge des EIS des neuroleptiques paraît nécessaire. Il a été répété aussi bien par les psychiatres que les patients que celle-ci était nécessaire au « bien-être » de chacun. Plusieurs psychiatres expliquent que la présence d'EIS serait une raison importante de non-observance du traitement. Cependant il apparaîtrait que les EIS puissent passer au second plan par rapport à d'autres EI comme les syndromes extrapyramidaux, les

troubles de concentration ou encore par rapport à l'effet thérapeutique du traitement. (DiBonaventura et al., 2012b)

2. Un sujet compliqué

Lors de notre étude, nous avons pu mettre en évidence que l'abord des EIS provoque une gêne chez les patients et les psychiatres.

C'est une notion qui est unanimement retrouvée dans la littérature (Tharoor et al., 2015).

En outre, autant les psychiatres que les patients ont mis en avant le fait qu'ils avaient peur de gêner leur interlocuteur. Certains ont émis l'hypothèse qu'ils transposent leur propre gêne sur l'autre.

Dans un article, nous avons relevé que certains patients avaient en effet peur de gêner leur psychiatre en évoquant ce sujet. (Rosenberg et al., 2003a)

- Intrications multiples

Il est ressorti de nos entretiens que le sujet des EIS était un sujet difficile à traiter car ces derniers ont une origine multifactorielle.

Certains ont pu parler du fait qu'ils avaient du mal à différencier ce qui était dû au traitement de ce qui était dû à leur état somatique. Nous retrouvons cette notion dans la littérature avec plusieurs articles qui tentent de décrire les différents mécanismes impliqués dans les troubles sexuels des patients sous neuroleptiques (Chiesa et al., 2013b; Serretti & Chiesa, 2011).

Un autre facteur qui semble être important dans la prise en compte des EIS serait la présence ou non d'un partenaire. En effet, lors de notre étude, une psychiatre a pu dire qu'elle pensait que cela était plus honteux pour les patients s'ils n'étaient pas en couple et un patient a pu dire que le fait qu'il soit en couple l'a aidé à en parler. Nous avons pu trouver dans la littérature des articles énonçant la possibilité que le fonctionnement sexuel puisse être influencé entre autres par le statut célibataire ou en couple du patient (M. K. de Boer et al., 2015), mais aussi

des articles qui préconisent d'inclure le partenaire du patient lors de l'évocation des troubles sexuels (Östman & Björkman, s. d.).

Au vu de ces éléments nous pouvons émettre l'hypothèse que le célibat soit un facteur de risque de sous-estimation des EIS, et qu'il faudrait à ce moment-là y être plus vigilant lors des entretiens.

Il est d'ailleurs intéressant de constater que dans les études sur les EIS la grande majorité des patients interrogés sont célibataires.

- Tabou

Plusieurs patients et psychiatres ont évoqué le fait qu'ils pensaient que la sexualité était un sujet tabou et que cela pouvait expliquer qu'on n'en parle pas. Il s'agit ici du fait que la société et ses mœurs pourraient influencer la façon dont nous parlons de la sexualité. Nous avons en effet trouvé des articles qui traitent de cet aspect, notamment des articles irlandais, japonais, chinois et indien. (Apantaku-Olajide et al., 2011; Fujii et al., 2010b; Hou et al., 2016; Simiyon et al., 2016).

Ou encore un article qui tente d'explorer la sexualité et son rapport avec la culture chez des femmes de différentes nationalités (Katz, 2002).

- Considérations narcissiques

Des psychiatres et des patients ont pu dire qu'ils pensaient qu'en plus du traitement neuroleptique, la maladie psychiatrique en elle-même pouvait engendrer une auto-stigmatisation associée à de la honte qui ne faciliteraient pas l'abord de ce genre de sujets. C'est une notion qui a été étudiée et qui est plutôt en accord avec ce qui a pu être dit (Linz & Sturm, 2013; Wright et al., 2007).

Cette idée a aussi pris forme avec le développement des prises en charges orientées réhabilitation qui ont pu montrer des bénéfices pour les patients sur ce sujet (FACE-SZ

(FondaMental Academic Centers of Expertise for Schizophrenia) group et al., 2019; Morin & Franck, 2017).

3. L'âge et le genre modifient l'appréciation

- Le genre :

La question du genre est beaucoup ressortie lors de cette étude alors que le questionnaire n'orientait pas vers cela. Il ressort en effet des impressions d'inégalité d'abord des EIS en fonction du genre et notamment celui du patient. La plupart des psychiatres interrogés dans notre étude ont en effet l'impression que les femmes rapportent moins leur EIS, phénomène qui est retrouvé dans plusieurs études. L'étude de Rosenberg et al., 2003 retrouve que 80% des femmes qui présentaient des EIS n'en avaient pas parlé avec leur psychiatre contre seulement 26,7% chez les hommes. Les femmes étaient également moins enclines à parler de leur fonctionnement sexuel à leur psychiatre que les hommes (69% vs 33%).

Un des psychiatres interrogés avait également l'impression qu'il posait moins la question aux femmes qu'aux hommes. Une étude retrouve une tendance allant dans ce sens mais non significative (Ucok et al., 2008). Dans cette étude, le pourcentage de femmes qui avaient été interrogées sur leur fonctionnement sexuel était inférieur à celui des hommes (18,7% contre 26,5%, $p = 0,06$).

- L'âge :

La question de l'âge est également ressortie plusieurs fois lors des entretiens pour expliquer que l'âge du psychiatre pouvait influencer le fait que le patient aborde ses EIS. On ne retrouve pas spécialement de tendance vers un abord plus facile en fonction d'un âge donné du psychiatre (plus jeune, plus vieux).

De plus, il a été mis en avant par certaines personnes interrogées que la sexualité aurait une place plus importante chez le sujet jeune. Sans forcément rentrer en contradiction avec cette idée, il ne faudrait pas par là-même négliger la place de la sexualité chez le sujet plus âgé.

Comme l'atteste cette étude, les troubles sexuels seraient certes plus fréquents chez le sujet âgé, mais la question de la sexualité serait tout aussi importante et souffrirait souvent de préjugés (Dominguez & Barbagallo, 2016). Ces préjugés pourraient conduire à une sous-évaluation des EIS chez les patients plus âgés.

4. Le relationnel

Il ressort de notre étude que des aspects relationnels facilitent l'abord des EIS.

Les psychiatres et les patients ont pu dire que le psychiatre devait être « ouvert » à la question et « réceptif » tout en faisant preuve de tact pour ne pas être intrusif auprès du patient.

Ce sont des résultats qui ont été retrouvés dans la littérature, notamment dans l'article de Harley et al., 2010 où on peut voir que les patients interrogés disent qu'ils arriveraient mieux à en parler si cela était exploré avec « tact, a non-judgemental attitude and understanding ».

Certains psychiatres ont en revanche pu dire que la relation thérapeutique pouvait être mise en défaut. En effet, certains ont avancé le fait qu'ils pensaient que la schizophrénie pouvait engendrer une diminution de l'intérêt porté à cette question. C'est une notion qui a été étudiée dans la littérature (A. L. Montejo et al., 2018b).

En ce qui concerne le caractère symptomatique ou non de la schizophrénie, cela ne semble pas avoir d'influence sur la volonté d'aborder la question des EIS si on en croit l'étude de Fan et al., 2007. En effet, lors de cette étude, plusieurs questionnaires ont été proposés à des patients présentant une schizophrénie, notamment une PANSS (un hétéro questionnaire qui évalue la présence de symptômes positif et négatif de la schizophrénie) et une CSFQ (qui évalue les troubles sexuels).

Ils ont pu observer que le fait d'accepter ou non de remplir le questionnaire sur les troubles sexuels (CSFQ) n'était pas en lien avec la présence ou non de symptômes (coté par la PANSS).

5. Qui l'aborde ?

Notre étude semble montrer l'importance de l'évaluation des EIS par le psychiatre : beaucoup de témoignages de patients et de psychiatres vont dans ce sens. Il apparaît notamment que le psychiatre doit évaluer et prévenir les EI du traitement qu'il prescrit et que les facteurs de gêne à l'évocation des troubles sexuels poussent même à ce que le psychiatre insiste peut-être davantage sur les EIS.

Il semblerait que le fait que le psychiatre puisse aborder ce sujet ait plutôt tendance à déculpabiliser et rassurer le patient concernant les troubles sexuels qu'il présente et faciliterait leurs évocations. D'autant plus qu'il arrive souvent que ceux-ci n'osent pas évoquer leurs troubles sexuels spontanément (Apantaku-Olajide et al., 2011; Kelly & Conley, 2004), (Nnaji & Friedman, 2008)

Cependant, il apparaît dans la littérature que beaucoup de psychiatres attendent ou préfèrent que leurs patients en parlent et ne se sentent pas à l'aise avec ça (Apantaku-Olajide et al., 2011). Ce qui semble être confirmé par notre étude qui apporte en plus des éléments de compréhension concernant les difficultés du psychiatre à initier ce sujet (peur de gêner le patient, sentiment d'illégitimité, manque de connaissance sur le sujet...).

Nous espérons que la mise en perspective avec le ressenti des patients incite davantage les psychiatres à évaluer ces EI.

6. Les ressources

Notre étude montre également que certains éléments dans l'entretien médical avec le psychiatre sont déjà opérants pour permettre l'évaluation des EIS. En effet, le statut de soignant et de psychiatre est souvent vu par le patient comme permettant d'aborder plus facilement des sujets que l'on ne pourrait aborder ailleurs.

L'existence du secret médical permet de garantir la confidentialité des informations délivrées et est un facteur rassurant pour les patients.

De même, l'éducation thérapeutique (soit auto-éducation, soit par le psychiatre lui-même ou d'autres professionnels de santé) semble être un facteur facilitant l'abord ultérieur par le patient de cet EI si celui-ci devait survenir.

Certains psychiatres voient leur parcours et leurs différentes formations comme pouvant être un facteur favorisant l'abord ou la prise en charge des EIS.

7. Perspectives d'amélioration

- Les formations

La plupart des psychiatres et certains patients ont dit qu'ils pensaient que des formations pourraient améliorer l'abord des EIS. Dans notre étude, il était question de formation en sexologie par exemple.

C'est un ressenti que l'on retrouve dans la littérature, notamment dans l'étude de Nnaji & Friedman, 2008 où ils ont mis en évidence que 81.6% des psychiatres interrogés n'avaient pas eu de formations sur la sexualité et que 78.9% voudraient en avoir.

L'article de Rele & Wylie, 2007 a retrouvé que 81% des internes en psychiatrie estimaient ne pas avoir reçu une formation adéquate en ce qui concerne les troubles psychosexuelles et que, de fait, ils ne se sentent pas légitimes à aborder ce sujet avec leurs patients.

- Abord par l'écrit/questionnaire

Certains patients de notre étude ont émis la possibilité que l'abord des EIS à l'aide de questionnaires pourrait être facilitant. Or, nous savons qu'il existe un bon nombre de questionnaires qui ont été validés au niveau international et qui peuvent être utilisés par le psychiatre ou bien par le patient lui-même (Marrit K. de Boer et al., 2014).

L'utilisation de questionnaire semble permettre de limiter la sous-estimation des EIS liée à l'attente de l'abord spontané par le patient (M. K. de Boer et al., 2015).

- Intervention d'un tiers

L'évaluation ou l'abord des EIS par une tierce personne est un point de vue qui est partagé par les psychiatres et les patients.

Certains patients ont pu dire qu'ils avaient plus de facilités à en parler avec leur infirmier(e). C'est une position qui est partagée par le corps infirmier, en témoignent de nombreux articles justement en rapport avec la place de l'infirmier(e) psychiatrique dans l'évaluation des EIS (A. Higgins et al., 2005, 2006; Agnes Higgins et al., 2009; McCann, 2000; Mccann, 2010; Quinn et al., 2011a, 2011b, 2013; Quinn & Browne, 2009).

Un autre point qui est abordé lors de notre étude est la place d'un médecin spécialiste de la question de la sexualité, celui qui est évoqué dans notre étude est l'urologue en l'occurrence. Certains psychiatres ont pu dire que parfois ils orientaient leurs patients vers un urologue. C'est une pratique qui est aussi retrouvée dans la littérature où 100% des internes en psychiatrie préfèrent orienter le patient vers un spécialiste (Rele & Wylie, 2007).

Nous nous sommes posé la question de savoir si ce n'était pas lié au fait que certains psychiatres ne prennent pas ou peu en compte l'aspect somatique, étant donné la présence de médecins généralistes dédiés à cela dans l'hôpital. C'est peut-être une des raisons pour lesquelles l'idée que cela soit pris en charge par une tierce personne a émergé. Dans notre étude, certains parlent du rôle du médecin généraliste, d'autres du rôle de l'urologue mais ce qui nous a paru intéressant, c'est le fait que l'infirmier(e) psychiatrique puisse participer à cette évaluation. En effet, il est souvent amené à voir plus souvent le patient et donc à aborder plus de sujets.

- Temps et moyens dédiés

Les patients et les psychiatres ont émis l'idée que parler des EIS dans un groupe dédié à cela pourrait leur permettre d'aborder plus facilement le sujet. Plusieurs études ont montré une efficacité des prises en charge en groupes de réhabilitation (FACE-SZ (FondaMental Academic Centers of Expertise for Schizophrenia) group et al., 2019). Il apparaît donc

possible que la prise en charge groupale de cette question puisse être bénéfique. Nous pouvons d'ailleurs relever la présence d'une initiative locale de création d'un groupe autour de la sexualité au C3R.

8. La prolactinémie

Certains psychiatres ont évoqué la prolactinémie comme étant un élément diagnostique des EIS liés aux neuroleptiques.

Une revue de la littérature décrit même précisément comment interpréter le dosage de la prolactine et quels sont les neuroleptiques les plus en cause. (Peuskens et al., 2014)

Malgré tout il semblerait que cela n'explique que 40% des EIS (Knegtering et al., 2008b; Nunes et al., 2012).

En revanche certains auteurs défendent l'idée que si un patient se plaint de troubles sexuels, le dosage de la prolactinémie pourrait être un argument en faveur de l'origine iatrogénique (Ajmal et al., 2014).

V. CONCLUSION

THÈSE SOUTENUE PAR : Antonin STORME et Antoine BERTRAND

TITRE : COMMENT AMÉLIORER L'ÉVALUATION DES EFFETS INDÉSIRABLES SEXUELS ?

CONCLUSION :

L'objectif de cette étude était de mieux comprendre les éléments facilitant ou compliquant l'abord des effets indésirables sexuels dans le but d'en améliorer le repérage et l'évaluation.

Nous avons extrait 7 grands thèmes des entretiens. Les participants ont parlé de la place de la sexualité dans la vie de chacun et dans le contexte particulier de la psychiatrie. Il est ressorti des entretiens que la sexualité est un sujet complexe faisant intervenir différentes sphères (culturelle, sociétale, narcissique...). Ces aspects sont parfois source d'une gêne importante et constituent des freins à l'évaluation des effets indésirables sexuels.

Il semblerait que certains facteurs puissent influencer la verbalisation des effets indésirables sexuels. Il ressort de notre étude que le fait d'être une femme, d'être âgé(e) ou d'être célibataire soient des facteurs de risques de sous-évaluation. Les qualités humaines du psychiatre telles que le tact, l'ouverture ou sa capacité d'adaptation à son interlocuteur et à la situation, faciliteraient l'abord par le patient des effets indésirables sexuels.

Les psychiatres comme les patients seraient plus à l'aise lorsque leur interlocuteur initie le sujet des effets indésirables sexuels. Cependant, il apparaît que si cette évaluation n'est pas initiée par le psychiatre, il arrive fréquemment que des patients présentent des effets indésirables sexuels qui ne soient pas pris en charge.

Toutefois, le statut du soignant, l'existence du secret médical et l'éducation thérapeutique constituent des ressources pour que le patient parle de ses effets indésirables sexuels.

Des propositions d'améliorations ont pu émerger. Il s'agirait de proposer des formations spécifiques aux psychiatres ou des enseignements aux internes de psychiatrie sur la sexualité et la prise en charge des troubles sexuels. De plus, une information écrite telle qu'un prospectus ou une affiche pourrait permettre de sensibiliser le patient ou de servir de support

de discussion avec le psychiatre. L'utilisation de questionnaires spécifiques sur les troubles sexuels pourrait aider à l'évaluation. Le psychiatre pourrait également s'appuyer sur la présence d'une tierce personne telle que l'urologue, le médecin généraliste ou l'infirmier psychiatrique. Enfin, la mise en place d'espaces spécifiques dédiés à ces questions tels que des groupes et des temps d'éducation thérapeutique permettraient aux patients d'être plus à l'aise avec ces questions.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

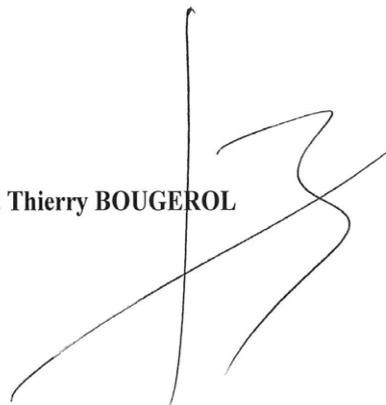
Grenoble, le : 19/10/20

LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Thierry BOUGEROL

Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

VI. BIBLIOGRAPHIE

- Ajmal, A., Joffe, H., & Nachtigall, L. B. (2014). Psychotropic-Induced Hyperprolactinemia : A Clinical Review. *Psychosomatics*, 55(1), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2013.08.008>
- Almond, S., Knapp, M., Francois, C., Toumi, M., & Brugha, T. (2004). Relapse in schizophrenia : Costs, clinical outcomes and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 184(4), 346-351. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.4.346>
- Apantaku-Olajide, T., Gibbons, P., & Higgins, A. (2011). Drug-induced sexual dysfunction and mental health patients' attitude to psychotropic medications. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(2), 145-155. <https://doi.org/10.1080/14681994.2011.567259>
- Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D. E., Salkever, D., Slade, E. P., Peng, X., & Conley, R. R. (2010). The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-2>
- Besnard, I., Auclair, V., Callery, G., Gabriel-Bordenave, C., & Roberge, C. (2014). Hyperprolactinémies induites par les antipsychotiques : Physiopathologie, clinique et surveillance. *L'Encéphale*, 40(1), 86-94. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.03.002>
- Boucher, M.-E., Groleau, D., & Whitley, R. (2016). Recovery and severe mental illness : The role of romantic relationships, intimacy, and sexuality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 180-182. <https://doi.org/10.1037/prj0000193>
- Chiesa, A., Leucci, V., Serretti, A., & Ronchi, D. D. (2013a). *ANTIPSYCHOTICS AND SEXUAL DYSFUNCTION: EPIDEMIOLOGY, MECHANISMS AND MANAGEMENT*. 6.
- Chiesa, A., Leucci, V., Serretti, A., & Ronchi, D. D. (2013b). *ANTIPSYCHOTICS AND SEXUAL DYSFUNCTION: EPIDEMIOLOGY, MECHANISMS AND MANAGEMENT*. 6.
- de Boer, M. K., Castelein, S., Wiersma, D., Schoevers, R. A., & Knegtering, H. (2015). The Facts About Sexual (Dys)function in Schizophrenia : An Overview of Clinically

- Relevant Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 674-686.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbv001>
- de Boer, Marrit K., Castelein, S., Wiersma, D., Schoevers, R. A., & Knegtering, H. (2014). A Systematic Review of Instruments to Measure Sexual Functioning in Patients Using Antipsychotics. *The Journal of Sex Research*, 51(4), 383-389.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2013.865111>
- DiBonaventura, M., Gabriel, S., Dupclay, L., Gupta, S., & Kim, E. (2012a). A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence : Results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 12(1), 20. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-20>
- DiBonaventura, M., Gabriel, S., Dupclay, L., Gupta, S., & Kim, E. (2012b). A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence : Results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 12(1), 20. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-20>
- Dominguez, L. J., & Barbagallo, M. (2016). Ageing and sexuality. *European Geriatric Medicine*, 7(6), 512-518. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.05.013>
- Dossenbach, M., Hodge, A., Anders, M., Molnár, B., Peciukaitiene, D., Krupka-Matuszczyk, I., Tatu, M., Bondar, V., Pecenak, J., Gorjanc, T., & McBride, M. (2005). Prevalence of sexual dysfunction in patients with schizophrenia : International variation and underestimation. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8(2), 195-201. <https://doi.org/10.1017/S1461145704005012>
- FACE-SZ (FondaMental Academic Centers of Expertise for Schizophrenia) group, Dubreucq, J., Ycart, B., Gabayet, F., Perier, C. C., Hamon, A., Llorca, P. M., Boyer, L., Godin, O., Bulzacka, E., Andrianarisoa, M., Aouizerate, B., Berna, F., Brunel, L., Capdevielle, D., Chereau, I., D'Amato, T., Dubertret, C., Faget, C., ... Fond, G. (2019). Towards an improved access to psychiatric rehabilitation : Availability and effectiveness at 1-year follow-up of psychoeducation, cognitive remediation therapy,

- cognitive behaviour therapy and social skills training in the FondaMental Advanced Centers of Expertise-Schizophrenia (FACE-SZ) national cohort. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(5), 599-610. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01001-4>
- Fan, X., Henderson, D. C., Chiang, E., Briggs, L. B. N., Freudenreich, O., Evins, A. E., Cather, C., & Goff, D. C. (2007). Sexual functioning, psychopathology and quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94(1-3), 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.04.033>
- Fond, G., Godin, O., Dumontaud, M., Faget, C., Schürhoff, F., Berna, F., Aouizerate, B., Capdevielle, D., Chereau, I., D'Amato, T., Dubertret, C., Dubreucq, J., Leignier, S., Mallet, J., Misdrahi, D., Passerieux, C., Rey, R., Schandrin, A., Szoke, A., ... Llorca, P. M. (2019). Sexual dysfunctions are associated with major depression, chronic inflammation and anticholinergic consumption in the real-world schizophrenia FACE-SZ national cohort. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 94, 109654. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109654>
- Fujii, A., Yasui-Furukori, N., Sugawara, N., Sato, Y., Nakagami, T., Saito, M., & Kaneko, S. (2010a). Sexual dysfunction in Japanese patients with schizophrenia treated with antipsychotics. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(2), 288-293. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2009.11.022>
- Fujii, A., Yasui-Furukori, N., Sugawara, N., Sato, Y., Nakagami, T., Saito, M., & Kaneko, S. (2010b). Sexual dysfunction in Japanese patients with schizophrenia treated with antipsychotics. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(2), 288-293. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2009.11.022>
- Gasquet, I., Nègre-Pagès, L., Fourrier, A., Nachbaur, G., El-Hasnaoui, A., Kovess, V., & Lépine, J.-P. (2005). Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : Résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) en

- population générale. *L'Encéphale*, 31(2), 195-206. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(05\)82386-3](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(05)82386-3)
- Giuliano, F., & Droupy, S. (2013). La iatrogénie médicamenteuse en médecine sexuelle. *Progrès en Urologie*, 23(9), 804-810. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2013.01.008>
- Harley, E. W.-Y., Boardman, J., & Craig, T. (2010). Sexual problems in schizophrenia : Prevalence and characteristics. A cross sectional survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 759-766. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0119-0>
- Hatzichristou, D., Kirana, P.-S., Banner, L., Althof, S. E., Lonnee-Hoffmann, R. A. M., Dennerstein, L., & Rosen, R. C. (2016). Diagnosing Sexual Dysfunction in Men and Women : Sexual History Taking and the Role of Symptom Scales and Questionnaires. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(8), 1166-1182. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.017>
- Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2005). Neuroleptic medication and sexuality : The forgotten aspect of education and care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(4), 439-446. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00862.x>
- Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2006). Iatrogenic sexual dysfunction and the protective withholding of information : In whose best interest? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(4), 437-446. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.01001.x>
- Higgins, Agnes, Barker, P., & Begley, C. M. (2009). Sexuality and mental health nursing in Ireland : Weaving the veil of socialised inhibition. *Nurse Education Today*, 29(3), 357-364. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.07.003>
- Hou, C.-L., Zang, Y., Rosen, R. C., Cai, M.-Y., Li, Y., Jia, F.-J., Lin, Y.-Q., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Chiu, H. F. K., & Xiang, Y.-T. (2016). Sexual dysfunction and its impact on quality of life in Chinese patients with schizophrenia treated in primary care. *Comprehensive Psychiatry*, 65, 116-121. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.002>

- Huguelet, P., Mohr, S., Miserez, C., Castellano, P., Lutz, C., Boucherie, M., Yaron, M., Perroud, N., & Bianchi Demicheli, F. (2015). An Exploration of Sexual Desire and Sexual Activities of Women with Psychosis. *Community Mental Health Journal*, 51(2), 229-238. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9768-x>
- Katz, A. (2002). "Where I Come From, We Don't Talk About That". *AWHONN Lifelines*, 6(6), 533-536. <https://doi.org/10.1177/1091592302239614>
- Kelly, D. L., & Conley, R. R. (2004). Sexuality and Schizophrenia : A Review. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 767-779. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007130>
- Knegtering, H., van den Bosch, R., Castelein, S., Bruggeman, R., Sytema, S., & van Os, J. (2008a). Are sexual side effects of prolactin-raising antipsychotics reducible to serum prolactin? *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 711-717. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.02.008>
- Knegtering, H., van den Bosch, R., Castelein, S., Bruggeman, R., Sytema, S., & van Os, J. (2008b). Are sexual side effects of prolactin-raising antipsychotics reducible to serum prolactin? *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 711-717. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.02.008>
- La Torre, A., Conca, A., Duffy, D., Giupponi, G., Pompili, M., & Grözinger, M. (2013). Sexual Dysfunction Related to Psychotropic Drugs : A Critical Review Part II: Antipsychotics. *Pharmacopsychiatry*, 46(06), 201-208. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1347177>
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/Risk Factors of Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 35-39. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x>
- Linz, S. J., & Sturm, B. A. (2013). The Phenomenon of Social Isolation in the Severely Mentally Ill. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(4), 243-254. <https://doi.org/10.1111/ppc.12010>

- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., & Segraves, R. T. (2016). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, *13*(2), 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>
- McCann, E. (2000). The expression of sexuality in people with psychosis: Breaking the taboos. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(1), 132-138. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01452.x>
- Mccann, E. (2010). Investigating mental health service user views regarding sexual and relationship issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *17*(3), 251-259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01509.x>
- Montejo, Á. L., Majadas, S., Rico-Villademoros, F., LLorca, G., De La Gándara, J., Franco, M., Martín-Carrasco, M., Aguera, L., Prieto, N., & for the Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. (2010). Frequency of Sexual Dysfunction in Patients with a Psychotic Disorder Receiving Antipsychotics. *The Journal of Sexual Medicine*, *7*(10), 3404-3413. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01709.x>
- Montejo, A. L., Montejo, L., & Baldwin, D. S. (2018a). The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry*, *17*(1), 3-11. <https://doi.org/10.1002/wps.20509>
- Montejo, A. L., Montejo, L., & Baldwin, D. S. (2018b). The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry*, *17*(1), 3-11. <https://doi.org/10.1002/wps.20509>

- Morin, L., & Franck, N. (2017). Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 100. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00100>
- Nicolosi, A., Laumann, E. O., Glasser, D. B., Moreira, E. D., Paik, A., & Gingell, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*, 64(5), 991-997. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.06.055>
- Nnaji, R. N., & Friedman, T. (2008). Sexual dysfunction and schizophrenia: Psychiatrists' attitudes and training needs. *Psychiatric Bulletin*, 32(6), 208-210. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.016162>
- Nunes, L. V. A., Moreira, H. C., Razzouk, D., Nunes, S. O. V., & Mari, J. D. J. (2012). Strategies for the Treatment of Antipsychotic-Induced Sexual Dysfunction and/or Hyperprolactinemia Among Patients of the Schizophrenia Spectrum: A Review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(3), 281-301. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.606883>
- Östman, M., & Björkman, A.-C. (s. d.). *Schizophrenia and Relationships: The Effect of Mental Illness on Sexuality*. 5.
- Peuskens, J., Pani, L., Detraux, J., & De Hert, M. (2014). The Effects of Novel and Newly Approved Antipsychotics on Serum Prolactin Levels: A Comprehensive Review. *CNS Drugs*. <https://doi.org/10.1007/s40263-014-0157-3>
- Lecadet and al. 2000_*
- Quinn, C., & Browne, G. (2009). Sexuality of people living with a mental illness: A collaborative challenge for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(3), 195-203. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00598.x>
- Quinn, C., Happell, B., & Browne, G. (2011a). Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 21-28. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00705.x>

- Quinn, C., Happell, B., & Browne, G. (2011b). Sexuality and Consumers of Mental Health Services: The Impact of Gender and Boundary Issues. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(3), 170-176. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.531518>
- Quinn, C., Happell, B., & Welch, A. (2013). Talking about sex as part of our role: Making and sustaining practice change: Sex and the Role of the Nurse. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 231-240. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00865.x>
- Rele, K., & Wylie, K. (2007). Management of psychosexual and relationship problems in general mental health services by psychiatry trainees. *International Journal of Clinical Practice*, 61(10), 1701-1704. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2007.01455.x>
- Rosenberg, K. P., Bleiberg, K. L., Koscis, J., & Gross, C. (2003a). A Survey of Sexual Side Effects Among Severely Mentally Ill Patients Taking Psychotropic Medications: Impact on Compliance. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(4), 289-296. <https://doi.org/10.1080/00926230390195524>
- Rosenberg, K. P., Bleiberg, K. L., Koscis, J., & Gross, C. (2003b). A Survey of Sexual Side Effects Among Severely Mentally Ill Patients Taking Psychotropic Medications: Impact on Compliance. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(4), 289-296. <https://doi.org/10.1080/00926230390195524>
- Serretti, A., & Chiesa, A. (2011). A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics: *International Clinical Psychopharmacology*, 26(3), 130-140. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e328341e434>
- Simiyon, M., Chandra, Prabha. S., & Desai, G. (2016). Sexual dysfunction among women with Schizophrenia—A cross sectional study from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 24, 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.08.022>
- Solmi, M., Murru, A., Pacchiarotti, I., Undurraga, J., Veronese, N., Fornaro, M., Stubbs, B., Monaco, F., Vieta, E., Seeman, M., Correll, C., & Carvalho, A. (2017). Safety, tolerability, and risks associated with first- and second-generation antipsychotics: A

- state-of-the-art clinical review. *Therapeutics and Clinical Risk Management, Volume 13*, 757-777. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S117321>
- Tharoor, H., Kaliappan, A., & Gopal, S. (2015). Sexual dysfunctions in schizophrenia : Professionals and patients perspectives. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(1), 85-87. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.148532>
- Ucok, A., Incesu, C., Aker, T., & Erkok, S. (2008). Do Psychiatrists Examine Sexual Dysfunction in Schizophrenia Patients? *The Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 2000-2001. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00890.x>
- Waldinger, M. D. (2015). Psychiatric disorders and sexual dysfunction. In *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 130, p. 469-489). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63247-0.00027-4>
- Wright, E. R., Wright, D. E., Perry, B. L., & Foote-Ardah, C. E. (2007). Stigma and the Sexual Isolation of People with Serious Mental Illness. *Social Problems*, 54(1), 78-98. <https://doi.org/10.1525/sp.2007.54.1.78>

VII. ANNEXES

A. Annexe 1 : Le guide d'entretien

1. Questionnaire à destination des patients

QUESTIONNAIRE

Lors d'une consultation avec votre psychiatre :

- I. Si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec votre traitement, pourriez-vous aborder ce sujet avec votre psychiatre ?
 - a. Si oui, dans quel objectif et comment votre psychiatre réagirait-il ?
 - b. Si non, en quoi pourriez-vous avoir des difficultés à aborder ce sujet avec votre psychiatre ?
- II. Vous sentiriez-vous gêné à l'idée de parler de ce sujet avec votre psychiatre ? Si oui, pour quelles raisons ?
- III. Votre psychiatre aborde-t-il facilement ce sujet avec vous ?
 - a. Si oui, comment vous êtes-vous senti ? Qu'est-ce qui a pu faciliter l'abord de ce sujet ?
 - b. Si non et si vous vous mettez à la place de votre psychiatre, qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?
- IV. Selon vous, que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?
 - a. Qu'est-ce qui pourrait vous permettre d'en parler plus facilement avec votre psychiatre ?
 - b. Qu'est-ce qui pourrait permettre à votre psychiatre d'en parler plus facilement avec vous ?

2. Questionnaire à destination des psychiatres

QUESTIONNAIRE

Lors d'un entretien médical avec un patient :

- I. Parvenez-vous à aborder les effets secondaires des traitements sur la sexualité avec vos patients ?
 - a. Si oui, dans quel objectif et comment vos patients ont-ils réagi ?
 - b. Si non, en quoi pourriez-vous avoir des difficultés à aborder ce sujet avec votre interlocuteur ?

- II. Vous sentiriez-vous gêné à l'idée de parler de ce sujet avec votre patient ? Si oui, pour quelles raisons ?

- III. Vos patients abordent-ils facilement ce sujet avec vous ?
 - a. Si oui, comment vous êtes-vous senti ? Qu'est-ce qui a pu faciliter l'abord de ce sujet ?
 - b. Si non et si vous vous mettez à la place de votre patient (e), qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

- IV. Selon vous, que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?
 - a. Qu'est-ce qui pourrait vous permettre d'en parler plus facilement avec vos patients ?
 - b. Qu'est-ce qui pourrait permettre à vos patients d'en parler plus facilement avec vous ?

B. Annexe 2 : Les affichettes utilisées





Bonjour,

Nous sommes deux médecins internes en psychiatrie (STORME Antonin et BERTRAND Antoine). Nous préparons une thèse sur l'évaluation des effets indésirables des traitements psychotropes avec le Dr DUBREUCQ.

Cette thèse est une étude ayant pour but d'améliorer la prise en charge des **effets indésirables sexuels** induits par des traitements neuroleptiques. Cela afin d'améliorer la prise en charge globale des patients.

Pour cela nous voudrions essayer de comprendre les difficultés existantes dans l'évaluation des effets indésirables sexuels lors d'un entretien entre un patient et son psychiatre.

Dans cette optique nous faisons passer un questionnaire à des patients et également à des psychiatres.

Le questionnaire sera composé de **4 questions ouvertes** qui vous seront posées lors d'une rencontre unique et individuelle avec l'un de nous.

L'entretien sera enregistré (enregistrement audio) pour que nous puissions traiter au mieux les informations. Les données récoltées seront anonymisées.

Si vous êtes intéressés pour participer à cette étude et que **vous avez actuellement un traitement neuroleptique** (Haldol (ou Haloperidol), Clopixol (ou Zuclopenthixol), Solian (ou Amisulpride) Risperdal (ou Rispéridone), Xeroquel (ou Quetiapine), Leponex (ou Clozapine), Abilify (ou Aripiprazole), Zyprexa (ou Olanzapine) par exemple) merci de nous envoyer un mail afin que nous puissions fixer un rendez-vous.

Voici les adresses mail où vous pouvez nous écrire pour fixer un rendez-vous :

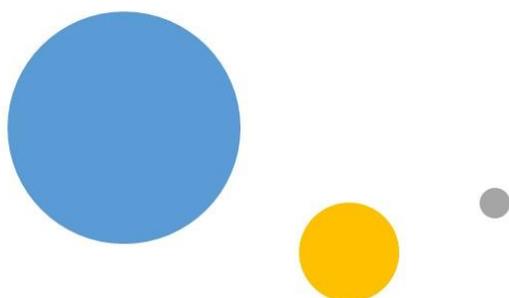
abertrand2@ch-alpes-isere.fr

astorme@ch-alpes-isere.fr

Merci,

Antoine BERTRAND et Antonin STORME

C. Annexe 3 : La présentation aux différents acteurs.



PRÉSENTATION DE THÈSE

Thèse de médecine

Antoine BERTRAND et Antonin
STORME

Sous la direction du Dr DUBREUCQ

GÉNÉRALITÉS



- Thèse à passer en fin de 3^{ème} année d'internat.
- 2 types de thèse : Quantitative et Qualitative
- Thèse Qualitative : pas de donnée chiffrée, pas de statistique, recueil de données verbales

Recherche quantitative	Recherche qualitative
Questions plutôt biomédicales	Plutôt adaptée à l'étude de phénomènes sociaux
Mesure, quantifie des variables	Explore l'existence et la signification de ces phénomènes
Relations causales entre des variables mesurables	Compréhension du contexte Étude des sujets dans leur environnement
Teste des hypothèses	Crée des hypothèses
Déductive	Inductive

GÉNÉRALITÉS

- Prise en compte de l'écologie des neuroleptiques.
- Intérêt porté sur les effets indésirables (EI) des traitements psychiatriques et sur la façon dont ils sont recherchés.
- Les EI des traitements psychiatriques sont globalement sous évalués et donc sous estimés.
- Phénomène en amélioration mais il persiste des difficultés en ce qui concerne les EI sexuels.
- Beaucoup de littérature concernant les EI des neuroleptiques et bonne compréhension des mécanismes neuro biologiques en cause.





OBJECTIF DE L'ÉTUDE

- **Identifier les obstacles à l'évaluation des effets indésirables sexuels** chez :
 - Des patients avec un traitement neuroleptique
 - Des psychiatres en secteur hospitalier sur le bassin Grenoblois
- Dans le but de mieux comprendre pourquoi cet effet indésirable est sous évalué et de trouver des pistes permettant d'améliorer cela.

- **Voici quelques neuroleptiques :**

- ❖ Haldol (ou Haloperidol),
- ❖ Clopixol (ou Zuclopenthixol),
- ❖ Solian (ou Amisulpride)
- ❖ Risperdal (ou Rispéridone),
- ❖ Xeroquel (ou Quétiapine),
- ❖ Leponex (ou Clozapine),
- ❖ Abilify (ou Aripiprazole),
- ❖ Zyprexa (ou Olanzapine)
- ❖ Tercian (ou Cyamémazine)
- ❖ Loxapac (ou Loxapine)
- ❖ Nozinan (ou Lévipromazine)



MÉTHODE

- Un entretien semi structuré (ou semi dirigé) avec un questionnaire composé de 4 questions ouvertes
 - Nous recevrons les patients et les psychiatres ayant répondu à notre mail de participation
- Critère d'Inclusion :
 - Pour les patients : traitement neuroleptiques en cours indépendamment de s'ils ont des effets indésirables ou non
 - Pour les psychiatres : prescription de neuroleptiques.
- Critère de Non Inclusion :
 - Pour les patients : Traitement anti androgène en cours, hospitalisation récente (dans les 6 mois)
 - Pour les psychiatres : Pratique purement psychothérapeutique.



VOTRE IMPLICATION



- N'hésitez pas à parler de notre étude aux usagers que vous rencontrer
- Le but est vraiment de recueillir leurs expériences sur ce sujet, sans qu'ils aient forcément ressentis ces EI.
- Ils peuvent me contacter par mail (abertrand2@ch-alpes-isere.fr) ou directement au C3R.
- Intérêt que les coordinateurs nous orientent des patients pour
 - Augmenter la représentativité
 - Diminuer le biais de sélection

MERCI



D. Annexe 4 : Verbatim

PS1

I : Parvenez-vous à aborder les effets secondaires des traitements sur la sexualité avec vos patients ?

PS1 : Alors oui et non, ça dépend. Oui je veux le faire. La réponse est oui.

I : Ok, du coup dans quels objectifs et comment vos patients ont-ils réagit ?

PS1 : Et bien écoute, donc là on est bien sur les effets indésirables des neuroleptiques ?

I : Oui enfin sur les effets indésirables sexuels.

PS1 : Oui mais uniquement des neuroleptiques on est d'accord ?

I : Oui des neuroleptiques.

PS1 : Parfois tu as des patients qui ont des antidépresseurs et des neuroleptiques donc faut séparer. Donc après donc, c'est quoi la phrase ?

I : Donc tu m'as répondu oui, que tu arrivais à aborder les effets secondaires sexuels avec tes patients.

PS1 : Oui

I : Donc c'est dans quels objectifs et comment vos patients ont-ils réagi ?

PS1 : Alors dans quels objectifs... Alors pour les prévenir du caractère parfois un petit peu invalidant sur le plan sexuel. Et « comment ont-ils réagi ? », j'ai du mal à voir parce que, « comment ils ont réagi ? » écoute... Y en a qui du coup ont dit « non c'est trop compliqué » qui du coup refusent le traitement et d'autres qui acceptent, enfin qui adhèrent au soin et qui du coup sont conscients qu'ils ont besoin de leur traitement et qui sont prêts à avoir des effets secondaires sur la sphère sexuelle si c'est pour avoir des effets anti-délire.

I : Et du coup comment ils ont réagi du fait que tu abordes le sujet avec eux ?

PS1 : C'est un peu particulier là je t'avoue que je suis obligé de me replonger un petit peu à Saint Egrève quand j'étais interne, parce qu'à la clinique **** on a des patients schizophrènes mais tu vois c'est pas des patients en phase de décompensation comme on peut avoir à Saint Egrève tu vois... la réponse est difficile à trouver...

I : Après je voudrais préciser, quand je dis neuroleptiques ce n'est pas forcément « schizophrène » non plus, ça peut juste être quelqu'un qui a du Tercian ou quelque chose comme ça donc tu peux extrapoler un peu quand même. Ce n'est pas forcément le « schizophrène décompensé ».

PS1 : Oui bien sûr bien sûr, et bien écoute les effets indésirables du traitement c'est possible de les aborder avec les patients et j'ai envie de dire que ça dépend des patients. Il y en a qui ne sont pas prêts à faire cette confession des effets indésirables sur le plan sexuel ou qui s'en fichent ou qui acceptent. C'est plus difficile pour les patients jeunes. Ils ont quand même plus de réticences c'est quand même des questions, c'est des questions qu'ils vont poser plus facilement que des patients qui ont une 50aine d'années.

I : Pourquoi ?

PS1 : Parce que la sexualité prend une place plus importante chez des personnes plus jeunes par rapport à des personnes plus âgées. Enfin je pense, à mon sens.

I : J'avais une sous-question, qu'est-ce qui pourrait te poser des difficultés pour aborder ce sujet-là avec un patient ?

PS1 : Alors je t'avoue qu'en général ce n'est pas forcément moi qui l'aborde en général, c'est eux. C'est plutôt eux qui vont me demander. Si le patient me fait la demande je vais répondre de manière assez claire mais c'est vrai que s'il ne me demande pas je ne vais pas forcément aborder tout ça. Mais en soi moi je n'ai pas de réticence à aborder ça. Mais après de mon côté je ne le ferais pas forcément ultra spontanément. Mais si on me demande je réponds clairement en général. Bah voilà il y a l'impuissance, un risque d'hyperprolactinémie du coup problème de désir enfin voilà.

I : Ok, tu voulais ajouter quelque chose sur cette question ou je passe à la deuxième ?

PS1 : Non c'est bon. C'est très ouvert !

I : Oui c'est ça.

PS1 : C'est très ouvert donc je me perds un peu !

I : Oui c'est un peu fait pour...

PS1 : Oui oui mais je ne sais pas si c'est bien en rapport avec la question, du coup passe à la deuxième question.

I : Du coup tu as un peu répondu mais je la pose quand même. Vous sentiriez-vous gêné à l'idée de parler de ce sujet avec votre patient ? Si oui pour quelles raisons ?

PS1 : Non absolument pas gêné non, ce qui pourrait me gêner c'est son absence de compréhension par exemple. Mais si le patient a des demandes là-dessus, vraiment absolument pas gêné d'aborder ça avec lui.

I : Très bien question 3 alors, vos patients abordent-ils facilement ce sujet avec vous ?

PS1 : Oui, je ne vais pas dire non, oui plutôt ceux qui veulent aborder ça. Je pense que ça vient d'une démarche personnelle de leur part donc ceux qui veulent aborder ça, ils peuvent m'en parler facilement oui. Je pense qu'ils le font de manière spontanée. Je pense que si les patients décident d'en parler et bien je réponds à leurs questions, y a pas de souci. Si c'est une demande qui vient d'eux, je pense qu'il n'y a pas de souci ils la posent la question.

I : Ok, donc si oui, donc toi tu as répondu oui : comment vous êtes-vous senti et qu'est-ce qui a pu faciliter l'abord de ce sujet ?

PS1 : L'abord de ce sujet de ma part ?

I : Non, comment vous êtes-vous senti quand eux l'abordent et qu'est-ce qui a pu faciliter l'abord de ce sujet ?

PS1 : Attends comment je me sens moi ?

I : Oui quand eux ils l'abordent, toi comment tu te sens et qu'est-ce qui a facilité le fait qu'ils abordent ce sujet avec toi ?

PS1 : Je me sens comme un médecin face à son patient, c'est une question comme une autre. Je me sens comme un médecin envers son patient et voilà. Je me dois de répondre à sa question de façon adaptée. Et pourquoi moi j'aborderais ça avec lui, je pense que c'est une question d'empathie et je pense de relation en fait médecin/patient. C'est la relation médecin/patient ça se fait naturellement je pense. Quand ça se fait avec moi ça se fait plutôt naturellement.

I : Donc tu dirais que ce qui peut faciliter l'abord c'est une bonne relation avec le ... ?

PS1 : Exactement. Bonne relation médecin patient. C'est vrai que les patients avec lesquels il n'y a pas beaucoup de feeling, il n'y a pas beaucoup d'accroche ni d'adhésion ou coopération. Voilà c'est quand même un sujet assez intime qui ne va pas être abordé spontanément.

I : Ok, je vous pose la deuxième sous question : si vous vous mettez à la place de votre patient qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

PS1 : Une peur de ma réponse et puis aussi ce qui peut être un frein pour le patient je pense... La peur d'être incompris, peut-être.

I : Tu vois d'autres choses qui peut l'empêcher d'aborder le sujet ?

PS1 : Attends j'essaye de bien me reformuler la question... Aussi parfois l'absence de connaissance sur le sujet de la part du patient.

I : C'est-à-dire ?

PS1 : Un patient trop malade, trop délirant, trop décompensé, préoccupé par d'autres types de problèmes. Du quotidien, de sa vie personnelle, problème de sa vie oui personnelle, professionnelle et du coup qui prennent le pas sur la vie purement sexuelle. Voilà. D'autres problématiques qui sont peut-être majeures qui passent en premier plan pour le patient.

I : Ok, tu voulais ajouter quelque chose sur cette question ? il en reste une dernière après.

PS1 : Non après je vais m'embrouiller !

I : Ça marche, donc dernière. Selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés aux traitements dans les consultations psychiatriques ?

PS1 : Tout simplement une éducation thérapeutique, meilleure éducation thérapeutique et c'est vrai qu'une information peut-être à donner au patient plutôt, aux patients jeunes peut-être. Moi je reste un petit peu là-dedans. J'ai l'impression que chez les patients jeunes c'est plus... enfin j'ai l'impression que c'est chez les patients jeunes que la possibilité de troubles sexuels peut devenir vraiment un facteur d'inobservance au traitement. Pour moi c'est plutôt à mon sens enfin de mon expérience parce que j'ai vu pas mal d'adolescents et d'adultes avant de bosser à la clinique. Mais plutôt oui le risque d'inobservance chez les personnes jeunes. J'ai l'impression que ça touche un peu moins les personnes un peu plus âgées.

I : Et du coup quand tu parles d'information systématique ça serait sous quelle forme ?

PS1 : Sur les effets indésirables divers des traitements, que ça soit les syndromes extrapyramidaux, les dyskinésies et aussi les troubles endocriniens, sexuels. Une information. Après voilà bien sûr je pense qu'il ne faut pas aussi trop leur délivrer d'informations pour leur éviter aussi tous les effets indésirables qui pourraient leur arriver, sans vanter les bénéfices du traitement attendus quoi. Mais plutôt améliorer la prévention et l'intérêt de poursuivre un traitement neuroleptique chez un patient jeune et la possibilité de survenue de troubles sexuels chez les patients jeunes à mon sens.

I : D'accord mais ça serait sous quelle forme cette information ?

PS1 : Je pense lors d'un entretien, après la décision de mise en place du traitement leur expliquer qu'ils pourraient avoir des troubles sexuels directement. Soit en première

consultation si c'est en médecine de ville ou si c'est en clinique à l'hôpital ou aux urgences directement. Essayer de faire en sorte que ça soit assez rapide quoi, que l'information soit donnée le plus vite possible.

I : Tu verrais d'autres choses ?

PS1 : J'ai pas trop de...

I : Pour t'aider je peux peut-être reformuler un petit peu. Car il y avait deux sous-questions du coup. C'est qu'est-ce qui pourrait vous permettre à vous d'en parler plus facilement au patient ?

PS1 : Favoriser, augmenter le temps d'écoute au patient, augmenter la durée des consultations. Prendre un peu plus le temps avec le patient d'aborder à la fois ses symptômes psychiques mais aussi avoir un peu plus de temps en consultation pour lui expliquer tout ça. Parce que souvent on est un peu focalisé sur les symptômes et sur le traitement de l'épisode que le patient est en train de présenter et sans parler des effets sexuels, des effets secondaires. Donc oui je pense une augmentation du temps. Plus de temps dédié au patient.

I : Ok et du coup dans l'autre sens qu'est-ce qui permettrait aux patients d'en parler plus facilement avec vous ?

PS1 : C'est aussi un petit peu en miroir, aussi voilà des consultations plus longues, ça va de pair avec ça. C'est une réponse un peu en miroir aussi je pense de la précédente, plus de temps avec le thérapeute, des entretiens plus longs où différentes problématiques peuvent être abordées et je pense oui plus de temps. Pour moi c'est un peu les deux mêmes réponses.

I : Très bien.

PS1 : Et puis aussi quand même un certain niveau d'érudition de la part du patient, voilà quand même des patients... pas des patients trop déficitaires qui peuvent aborder ça plus facilement avec les psychiatres, les médecins. Pas des patients schizophrènes décompensés.

I : Ok, tu voulais ajouter quelque chose sur cette question ?

PS1 : Non non, tu n'as pas d'autres questions toi ?

I : Non je t'ai posé toutes les questions de mon questionnaire.

PS1 : Ok très bien.

PS2

I : Nous allons passer au questionnaire si cela vous convient ? Question une : parvenez-vous à aborder les effets secondaires des traitements sur la sexualité avec vos patients ?

PS2 : Oui

I : Dans quel objectif vous le faites et comment ont-ils réagi lorsque vous l'avez fait ?

PS2 : Alors plusieurs objectifs pour moi la vie amoureuse et la vie sexuelle fait partie de la vie de tout être humain elle est inhérente à l'existence humaine donc moi en tant que médecin ça me paraît normal de parler de ça. Déjà à ce titre-là.

Ça fait partie de la vie psychique je pense, ça fait partie de la vie psychique d'un patient, de son confort de vie et ça a à voir aussi bien sûr avec les prescriptions de traitements psychotropes dont beaucoup ont des effets secondaires sur la sexualité et bien sûr que ce n'est pas sans effet sur l'observance du traitement. L'observance et la tolérance sont liées. Donc à savoir, si un patient a des effets secondaires de tous types : syndromes extrapyramidaux, moi je fais régulièrement un peu la liste quoi et bien sûr que c'est une des questions qui revient, la vie sexuelle amoureuse, « qu'est-ce qu'il se passe vous avez des difficultés ? », du coup voilà. C'est aussi dire dans la relation avec le patient que c'est quelque chose qu'on peut aborder que c'est pas simple forcément mais qu'ici on est dans un cabinet médical et ces sujets-là font partis des échanges, voilà.

I : ok et du coup comment régissent vos patients quand vous le faites ?

PS2 : Bien...

I : Plutôt bien ?

PS2 : Du coup c'est assez fréquent je dirais les effets secondaires sexuels : difficulté d'éjaculation pour les hommes hein. Peut-être les hommes en plus difficile parce que bien, mécaniquement il faut une érection donc voilà... peut-être plus facile... peut être moi-même d'ailleurs plus facilement je pose la question je pense aux hommes qu'aux femmes et oui peut

être que je pense il y a peut-être un biais de ma part oui je pense oui et du coup oui souvent les hommes parlent de problèmes, alors à la fois probablement moi je pose plus facilement la question aux hommes et à la fois oui je me rends compte les hommes en parlent plus facilement.

I : D'accord

PS2 : Je pense peut-être qu'aussi les dames. Mais avec des femmes ouais bah voilà tout à l'heure j'avais une première consultation et on a pu aborder la question de de... Mais alors parce que je parlais de euh.. Je suis parti de la tolérance du traitement qu'elle avait et on est arrivés justement, on a listé un peu tous les effets secondaires et on est arrivés à la question de la libido.

I : D'accord

PS2 : Et elle a pu dire qu'elle n'en avait pas et je pense qu'elle a une hyperprolactinémie cette dame mais voilà du coup oui oui les gens m'en parlent ouais. Des fois ils sont au début un peu gênés voilà d'autres moins. Moi j'essaye de mettre les gens le plus à l'aise possible en disant que je suis médecin et que c'est normal, y a pas de souci voilà donc euh... L'éjaculation, trouble de l'érection, perte de la libido, perte des émotions, des sensations, anesthésie on va dire aussi cette gradation qui va jusqu'à la perte de la libido... voilà en gros.

I : Ok, je passe à la deuxième question alors ?

PS2 : Ouais

I : Très bien, donc est-ce que vous vous sentez gêné quand vous parlez de ces sujets-là avec votre patient ?

PS2 : Non.

I : Alors est ce que vous pensez que vous pourriez l'être ou des confrères pourraient être gênés à cette idée ?

PS2 : Oui bien sûr

I : Et pour quelles raisons selon vous ?

PS2 : Moi je pense, oh bah parce que la pudeur, la peur d'être intrusif, euh, voilà et puis le rapport avec sa propre... ça renvoie à un rapport avec soi-même quand même, avec sa propre pudeur sa propre sexualité, qu'est-ce qu'on imagine du lien avec le patient, voilà je pense que plus le temps, mon exercice... Plus j'ai d'expérience plus je suis à l'aise, je pense qu'en temps qu'interne j'étais beaucoup moins à l'aise qu'aujourd'hui.

PS2 : Qu'est-ce qui vous gênait alors selon vous plus que maintenant ?

I : L'âge, je pense que je trouvais ça assez intrusif, ouais je trouvais ça presque trop intime et je me posais : « est-ce que c'était bien mon rôle ? » déjà je crois que je me posais ça en tant qu'interne, est-ce que c'est bien mon rôle c'est pas plutôt celui du médecin traitant, la question d'être intrusif je pense c'était assez important et qu'est-ce qu'il y avait d'autre ? Probablement que c'est pas facile aussi de qu'est-ce que ensuite si on aborde cette question qu'est-ce que je vais pouvoir répondre aussi euh voilà parce que je vais pas pouvoir lui dire « bah on va arrêter le traitement quoi » voilà maintenant je suis plus tranquille avec cette question-la sur prendre ou pas prendre le traitement voilà, mes formations successives m'ont permis de travailler autrement la relation soignant/soigné qui fait que maintenant voilà, l'expérience plus mes formations font que j'ai plus la même perception de la construction de mon travail psychique et du coup professionnel, du coup c'est quelque chose que j'aborde aussi avec beaucoup plus d'aisance. Oui je pense que c'était ça les freins... ouais essentiellement, oui voilà.

I : Très bien vous voulez ajouter quelque chose sur cette question ?

PS2 : Non. Mais je comprends que oui c'est pas facile, je peux tout à fait comprendre, c'est pas évident.

I : Ok donc maintenant ça va être plus en miroir, je vous demande si les patients eux est-ce qu'ils abordent facilement la question avec vous ?

PS2 : Alors, oui moi j'ai constaté que si vous êtes tranquille avec ça, sans le dire je pense que votre capacité d'écoute et d'ouverture, le patient il le sent. Il sent qu'il va pouvoir aborder des choses parce qu'il sent bien qu'il n'y a pas de jugement qu'on est très libre de parole et que

du coup ça facilite la question sur ces sujets-là. Plus je suis devenu ouvert et à l'écoute plus ces questions-là sont arrivées sur le tapis et puis moi-même aussi c'est circulaire comme mécanisme, moi-même posant la question voilà, c'est des mécanismes circulaires en fait de relation.

I : J'avais une sous-question mais je pense que vous y avez bien répondu, c'était si oui, comment vous êtes-vous senti ? Vous dites que vous êtes plutôt à l'aise maintenant et qu'est-ce qui a pu faciliter l'abord donc ce que vous décrivez c'est cette mécanique où plus vous êtes à l'aise plus ils l'abordent plus... ?

PS2 : Oui voilà

I : Plus vous l'abordez plus ils sont à l'aise ?

PS2 : Oui voilà tout à fait, je dirais c'est ça le mécanisme principal, oui oui oui... Comment dire... ? Oui et puis ça a à voir avec aussi... c'est peut-être aussi mon cheminement qui a été aussi... Dans la médecine occidentale on est dans la perception et dans nos formations de psychiatre on est extrêmement coupés du corps, de la question corporelle et que du coup moi c'est des sujets qui m'intéressent sur tout ce qui est psychocorporel et voilà, qu'un être humain c'est un être incarné et que le corps, la sexualité c'est incarné quoi du coup c'est aussi mon évolution qui est de penser la question du corps de voilà comment on aborde, je ne suis pas médecin généraliste je palpe pas, peu, moins, je le fais... Je prends pas la tension mais je fais des examens sur le système extrapyramidal, je fais tous les réflexes et du coup je me suis dit mais oui si il y a toute cette prise en compte du corps et voilà c'est aussi mon cheminement personnel sur la prise en compte corporelle, de l'engagement corporel dans la consultation qui fait que ça m'a... Que je suis plus à l'aise et que je dirais même ça doit faire partie des questions qu'on doit avoir vis-à-vis d'un patient.

I : Ok, merci, il reste encore une question : selon vous qu'est-ce qu'on pourrait améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés aux traitements dans les consultations psychiatriques ?

PS2 : Alors moi je le vois d'une façon plus globale, c'est comment déjà dans la formation des internes en psychiatrie, la question de travailler la question de la psychothérapie, déjà si on a

déjà une formation sur la question de la relation à l'autre de la qualité de la relation c'est assez inhérent, ça va amener forcément à mon avis, ça paraît plus naturel d'aborder ces questions-là. Plus on est familiarisé tôt, plus on sera aussi à l'aise au fait que ça fait partie aussi de notre entretien, je pense que la formation est quelque chose de... Autant notre formation initiale, je dirais même en temps qu'externe. La sexualité pffff... Moi dans ma formation à moi je me rappelle là où c'était le mieux abordé c'était en cardiologie, j'ai eu la chance d'avoir un prof, c'était même pas un prof c'était un chef de service extrêmement fin qui était à la fois très bon cardiologue et à la fois qui avait une très grande finesse sur l'abord psychique et qui lui étonnamment avait abordé la question de la sexualité, ce qui paraît très étonnant mais je me rappelle que c'est lui qui avait réussi à le plus mêler la question de la cardiologie qui est quand même très organique et aussi la question du psychisme ça fait pas beaucoup sur une formation de... voilà je suis allé à mes cours de psychiatrie mais la sexualité pfff... Pas grand-chose hein ! A part dire que le schizophrène n'en avait peut-être pas beaucoup bah ça n'allait pas bien loin quoi... du coup la formation était peu... enfin de toute façon la formation avec les patients enfin moi ma formation avec les patients était quand même pas terrible là-dessus et voilà moi du coup j'axerais pas mal sur les questions de la formation d'emblée voilà je dirais ça. C'est ça qui permettrait je pense de oui. Et puis je dirais aussi... qu'est-ce qui peut ? Oui ! et c'est aussi mais là ça a à voir aussi avec la formation c'est aussi comment ? Comment dire ? Avec nos maîtres quoi ? comment nos maîtres nous forment ou pas à ces questions-là. Il y a une partie théorique dans nos formations, une grande partie quand même qui est l'apprentissage... Comme en ébénisterie les apprentis avec un patron et on apprend aussi de lui voilà je pense que c'est aussi à nous... aux plus anciens de transmettre... Voilà après je pense que c'est aussi mais pour moi c'est toujours englobé dans la relation à l'autre c'est aussi toute la partie médicamenteuse qui est l'observance... Il y a tout un travail autour de la question de l'observance et l'observance va forcément avec la question de savoir accueillir et aller au-devant des effets secondaires et de pas comment dire, de pas attendre forcément que le patient il nous en parle. Mais de dire d'emblée et vous

comment supportez-vous le traitement ? Y a-t-il ça, ça ça ? Et pas attendre qu'il nous le dise parce que voilà c'est sûrement pas évident pour les patients ils ont peur de notre jugement. On leur dit « si si il faut bien prendre le traitement » voilà cette espèce de truc un peu infantilisant ou un peu ouais qui est voilà un peu voilà donc il faut arriver à penser « partenariat » entre guillemets que relation trop...c'est pour chaque patient en fait... mais oui voilà je dirais que c'est les axes d'amélioration.

I : Ok, vous avez surtout dit du côté des améliorations du côté du médecin est-ce que vous pensez qu'il y a des choses qui pourraient être faites du côté du patient pour qu'il puisse lui aussi aborder ça ou le saisir plus facilement ?

PS2 : Alors, moi ça me renvoie à la place de la sexualité en institution qui est quand même pas terrible... Mais c'est de nouveau pas le patient c'est l'institution quoi... enfin...Comment dire ? est-ce que du côté de ... ? La formation ... ? J'essaye de voir du côté des patients Qu'est qui pourrait être... ? Bah ouais mais ça ça va ... Je dirais qu'il y a de moins en moins de place dans les hospitalisations sur ce qu'on appelle des réunions soignants/soignés par exemple qui étaient beaucoup plus instituées avant, on pouvait aborder plein de sujets maintenant pfff tout ça est très réduit, très opérant, peu libre du coup il y a moins l'espace je pense pour que les patients s'en saisissent on leur donne moins d'espace on va dire à leur propre parole, réduction de moyens d'effectifs, il faut qu'ils prennent leurs médicaments qu'ils soient bien sages non pas parce que c'est une mauvaise volonté des soignants mais ils n'ont plus le temps donc ça laisse plus le temps à penser je pense, je dirais ça...

I : Oui donc plutôt qu'il y ait plus d'espace pour eux, parler plus que ... ?

PS2 : Oui

I : Que vraiment autre chose ?

PS2 : Oui voilà

I : Qu'ils aient des temps où ils sentent qu'ils peuvent être écoutés ?

PS2 : Oui un espace libre où on peut parler entre soignants/soignés et du coup arriver à ce que ça ça puisse arriver comme sujet

I : Par se délier etc ?

PS2 : Oui oui, moi j'ai travaillé avec des adolescents on avait une réunion soignant/soigné qui durait plus d'une heure toutes les semaines au moins et beaucoup de sujets pouvaient s'aborder hein ! la vie générale, la vie propre. Des choses importantes quand même mais il faut laisser un espace et si on ne laisse pas d'espace en tant que patient c'est un peu difficile de le prendre quand même hein quand on est malade et sous un régime qui est quand même je trouve assez raide, actuellement qui ne laisse pas beaucoup de place à l'univers psychique c'est compliqué voilà donc je dirais ça oui. Après oui voilà.

I : Très bien autre chose à ajouter ?

PS2 : Non.

PS3

I : Parvenez-vous à aborder les effets secondaires des traitements sur la sexualité avec vos patients ?

PS3 : Oui

I : Dans quels objectifs et comment vos patients ont-ils réagi ?

PS3 : L'objectif premier, ça fait partie des effets secondaires de tout traitement. Et tous effets secondaires confondus on fait toujours un listing à des moments donnés ; soit au moment de la prescription soit après la prescription à la fois pour informer le patient et puis pour voir si c'est quelque chose qui le concerne. Parce que c'est quand même un pan de la vie extrêmement important. Et j'estime que si on se limite à prescrire un médicament pour éviter que les gens aient trop de troubles du comportement, on va pas très loin. Donc à partir du moment où on se préoccupe d'autres choses, ça fait partie des autres choses qu'il faut aborder et les gens le prennent en général très bien. Ils répondent aux questions de manière directe et claire. Je dirais même qu'ils sont sensibles au fait qu'on ait cette préoccupation.

I : ok

PS3 : On a des patients de tous les âges mais les patients psychotiques vieillissants y en a un peu moins que des jeunes, parce qu'ils ont un taux de mortalité plus élevé, et le début de la prescription se fait chez les patients jeunes. Si prescription de médicament égale fin de la sexualité plus schizophrénie plus prise de poids, je ne sais pas quelle vie ils vont avoir.

I : Ok très bien. Je vous rappelle la question, comment vos patients ont réagi lorsque vous avez évoqué les effets secondaires des traitements sur la sexualité ?

PS3 : Plutôt bien, ils ont été sensibles au fait que je pose des questions parce que c'est rarement abordé de façon détaillée et spontanée. Ils réagissent très bien et en faisant les différences des différents problèmes que ça peut poser.

I : Ok, est-ce que vous voyez d'autres choses que vous voulez ajouter ?

PS3 : Non pas sur ce point.

I : On va passer à la question 2, vous sentiriez-vous gêné à l'idée de parler de ce sujet avec votre patient ? Si oui pour quelles raisons ?

PS3 : C'est un peu redondant ?

I : Vous avez en partie répondu à la question dans la question 1.

PS3 : Non, la question de la sexualité c'est quand même... Si en tant que médecin on peut pas l'aborder avec les patients et eux peuvent pas l'aborder avec nous, y a un problème quand même. Donc la réponse est non.

I : Très bien. Et est-ce que vous pouvez comprendre que ça puisse gêner des psychiatres ? Comment vous imaginez que ça puisse gêner des psychiatres ?

PS3 : Je vais répondre à titre personnel. Ça vient questionner le rapport qu'on a soi-même avec la sexualité. Pas que dans le monde professionnel. Comme j'ai un rapport relativement libre avec ça, je comprends pas trop que d'autres l'aient pas. Je le conçois mais je le comprends pas. Surtout dans le monde professionnel, ça fait partie de « est-ce que vous avez des boutons sur le nez ? Vous arrivez plus à bander ? » C'est la même chose. En plus qu'on a affaire à des problématiques générées par notre intervention. Donc si on a pas la possibilité de s'en soucier et bien il faut pas faire d'intervention à ce moment la faut faire autre chose...

Après ça veut pas dire qu'il faut l'aborder n'importe comment, ça dépend des patients, ça dépend de la façon de faire... Il y a plein de facteurs qui rentrent en compte. Mais bon considérer que c'est un sujet, comme j'aime le présenter, comme un autre. Ça, ça paraît exagéré. C'est un peu provoc ce que je dis, mais d'un autre côté, en être complètement bloqué et pas pouvoir en parler par gêne au patient alors à qui il va en parler ?

I : Ok

PS3 : En sachant que les principaux effets secondaires sont quand même des choses très culpabilisantes pour les patients. Rien que le fait de savoir que ça vient des médicaments pour nous c'est une évidence, pour eux c'est pas du tout le cas... On sort du cadre mais la prescription d'antidépresseur est à peu près similaire chez des patients qui sont beaucoup moins malades parce que à priori pas des grands schizophrènes ou des choses comme ça mais ça génère le même type de problèmes.

I : Si vous n'avez pas d'autres choses on peut passer à la question 3 ?

PS3 : C'est bon.

Moi : Vos patients abordent-ils facilement ce sujet avec vous ?

PS3 : Non, ça par contre non. Ils le font spontanément ça arrive parfois mais c'est pas du tout la majorité. J'ai pas cette impression-là.

I : D'accord, si non et si vous vous mettez à la place de votre patient, qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

PS3 : Eh bien peut-être la même chose qui empêche mes collègues d'aborder la chose avec leurs patients... C'est la gêne autour de la question de la sexualité surtout autour de la sexualité quand elle ne fonctionne pas. Parler de trouble d'érection pour un homme c'est encore compliqué aujourd'hui y compris avec un médecin, c'est pas une démarche très facile.

I : Ok donc plutôt de la gêne.

PS3 : Oui ! J'ai été surpris de voir ; mais alors je ne sais pas si c'est pas symptomatique de la pathologie elle-même, schizophrénique ; j'ai été surpris de voir des patients avec qui j'aborde la question qui disent, effectivement il y a un problème, et qui n'ont pas l'air d'être plus

préoccupés que ça par la question. Comme s'ils avaient, comme j'ai dit un phénomène symptomatique de « ça ne fait pas partie de mes préoccupations », soit comme s'ils avaient intégré le fait que ça allait forcément avec les contraintes du soin, des médicaments etc... Quand ils savent que c'est dû à ça. Encore une fois il y a des patients qui ne sont même pas au courant. Ceux qui abordent la question spontanément le font souvent en disant « est-ce que vous pensez que c'est dû à ça ? ». « J'ai tel problème est-ce que vous pensez que ça peut être dû au traitement ? ». Donc oui par gêne, par ignorance, comment on pourrait classer ça ... par un phénomène symptomatique... Spontanément il y a que ces 3 là qui me viennent.

I : Ok très bien, on passe à la dernière question, selon vous comment pourrait-on améliorer l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

PS3 : C'est un problème de positionnement dans le soin. De positionnement réciproque des patients et des psychiatres dans le soin. Il y a plusieurs façons d'envisager le soin quand on s'occupe de patients schizophrènes. C'est essentiellement d'eux dont on parle, on va pas prescrire des neuroleptiques à... Il y a des patients bipolaires à qui on prescrit des neuroleptiques. Je dois dire que les troubles sexuels dus aux neuroleptiques sont tels que, dans le cadre des troubles bipolaires, puisque j'ai d'autres alternatives qui sont d'ailleurs souvent bien plus efficaces, j'ai plutôt tendance à préférer les alternatives aux neuroleptiques. Y compris les neuroleptiques de seconde génération parce que sur ce plan-là ils ne font pas grand-chose de mieux que les précédents. D'expérience, c'est un peu posologie dépendant mais c'est très rapide. Très vite même sur des faibles posologies, on a des situations où il n'y a plus de sexualité possible. Plus de libido, plus de mécanique... Plus de réaction que ça soit chez les hommes ou chez les femmes. Ça revient donc à la façon d'envisager le soin, si le soin c'est faire en sorte que les gens ne délirent pas trop, qu'ils aient un comportement à peu près adapté à la sortie de l'hospitalisation, la question ne se pose même pas des troubles sexuels. Si soigner un schizophrène c'est surtout s'occuper de ce qui se passe après l'hospitalisation en fonction de ce que lui est capable d'exprimer comme souhait pour sa vie personnelle, essayer de se mettre en quatre pour que ça soit possible. Sans jamais dire que ça sera jamais possible,

à ce moment-là la question de la sexualité est centrale. Et pas que par rapport au traitement, elle est centrale par rapport à sa pathologie elle-même, parce que les problèmes relationnels que ça génère... Il y a des choses très problématiques dans la schizophrénie autour de ça. Des gens qui ont une pauvreté de vie relationnelle et sexuelle ou alors des mises en danger par le biais de situations sur le plan de la sexualité. Ça c'est un autre point c'est pas par le biais du traitement mais ça reste un élément central de la vie des êtres humains. Il faut écouter le sketch de Coluche à propos du cul et de l'argent : « comme tout le monde à un cul je vais m'occuper de l'argent : erreur grave parce que c'est le cul qui mène le monde ». Il a raison tout émane de là. Donc les schizophrènes c'est pareil, il n'y a pas de raison de leur retirer ce truc-là. Et avoir une érection avec 3mg de Risperdal, je parle que de 3, c'est pas possible, personne. Et pour moi l'Abilify c'est pareil, 15 mg, plus personne n'a d'érection, les femmes elles mouillent pas, elles ont pas de lubrification, elles ont pas d'orgasme enfin ça flingue tout. Et dernier point, on oublie peut-être aussi les effets collatéraux par voie de conséquence on va dire... La prise de poids par exemple, si elle est très importante, entre parenthèse à mon avis elle doit faire questionner la poursuite de tel traitement même s'il est efficace, ça c'est un autre point... Elle induit une modification corporelle importante qui impacte la question de la sexualité derrière. La façon de se percevoir soi etc etc... Comme objet de séduction, comme sujet de séduction etc... Donc ça a un rôle important aussi. Améliorer cette prise en compte, c'est d'abord soi être un peu plus à l'aise avec cela, accepter que ça fait vraiment partie de la vie des gens et que si on veut vraiment aider quelqu'un à vivre avec cette pathologie on peut pas faire l'impasse sur ce truc-là. Surtout en sachant qu'on est destructeur, il y a pas d'autres mots, avec les produits qu'on prescrit. Je dirais à cent pourcent, ça m'intéresse pas les statistiques de savoir si il y en a qui est plus qu'un autre sur ce plan-là etc, chaque patient va me dire ce qu'il en est. Il y en a qui n'ont pas de problématique sexuelle avec un médicament, s'il est moins bien supporté sur un autre plan ça peut guider un choix, pour moi, plutôt qu'un autre. Du moment qu'on a une efficacité un peu équivalente, ça peut être intéressant de chercher ça. Ça m'est déjà arrivé plusieurs fois de changer les traitements les uns après les

autres parce qu'il y avait des problèmes sexuels... Et que ça. Mais c'est vrai que ça suppose de prendre un risque. Quand on a quelqu'un qui va bien psychiquement, et supposé que ça soit vrai parce que quand on a plus de sexualité faut savoir ce qu'on entend par bien, du coup ça me paraît important d'aller chercher un autre problème.

I : Très bien, c'est intéressant, donc là on a abordé ce qui pourrait vous permettre d'en parler plus facilement avec vos patients. La deuxième sous-question c'est qu'est-ce qui pourrait permettre à vos patients d'en parler plus facilement avec vous parce que tout à l'heure vous disiez qu'ils n'en parlent pas eux-mêmes spontanément.

PS3 : Puisqu'on a vu les 3 points qui pouvaient le gêner... Avant d'en parler si on doit contourner le phénomène d'appréhension, de honte, à évoquer ces questions-là spontanément même avec un médecin de la part des patients, débloquent ce truc-là c'est nous faire le premier pas. Voilà la meilleure façon de procéder pour ce plan-là. Je pense que ça passe aussi par le type de relation que vous établissez avec les patients. Moi j'ai un patient une fois il m'a dit quelque chose, il parlait d'une collègue et il dit : « de toute façon elle a peur ». Il allait bien et il avait perçu ces trucs... Des fois les schizophrènes ils ont des espèces de fulgurances de l'autre, dans quel état d'esprit il est. Ils sont très sensibles à ça. En gros il voulait dire qu'elle avait peur de sa pathologie. C'est sûr que quand vous percevez que quelqu'un a peur de vous, vous allez pas avoir tendance à parler. De la même façon si vous percevez que cette personne est pas à l'aise avec ça, vous allez pas avoir tendance à lui parler. Ça c'est le premier point, après il y a le point de l'information, parce que c'est vrai qu'on a vu que la difficulté que les patients pouvaient avoir à en parler c'était l'ignorance dans laquelle ils sont eux-même vis-à-vis de ces problèmes... Un truc d'information spécifique. L'information elle y est quand avant la prescription on indique aux gens qu'il peut y avoir ceci et cela. Mais il y a une information un peu plus détaillée peut-être pas écrite qui pourrait être utilisée. J'avoue que moi j'utilise beaucoup le livret que la pharmacie a fait il y a quelques années sur le lithium en particulier, sur la prise de poids etc. Et s'il y avait la même chose sur les neuroleptiques ou produit par produit ça serait intéressant. Les patients ils accrochent beaucoup, ils les gardent,

ils reviennent avec des questions après dessus. Et le 3^{ème} point c'est le fait que ce soit symptomatique de la pathologie car parler en soi peut être difficile. C'est un peu vague, ça dépend de l'état dans lequel ils sont. Mais c'est très anxiogène, dans le service on a un patient qui est hospitalisé pour un phénomène délirant, un premier épisode. Il a en plus une fixation délirante sur une perception d'anomalie interne au niveau des poumons, digestif, sans syndrome de Cotard. Et en particulier il est persuadé que son sexe est flingué, que ça marchera plus etc. Là c'est clair que les neuroleptiques qu'on lui prescrit ils vont pas arranger le problème ! Déjà il perçoit pas qu'il y a un problème psy et en plus je lui donne des médocs où je sais que sur ce plan-là c'est vraiment arrêté pour x raisons, on va en rajouter une couche.

I : Très bien.

PS3 : Après je pense que les patients ils sont quand même informés, plus qu'avant parce qu'ils vont voir sur internet. Le problème qu'il y a c'est qu'ils viennent pas forcément nous dire j'ai vu ça sur internet. Ça, ça serait bien qu'ils le fassent parce que du coup on peut reprendre l'information avec eux etc.

I : D'accord.

PS3 : Finalement on pourrait dire qu'on est enfin en train de s'acheminer vers une prise en compte systématique des effets pondéraux des neuroleptiques par rapport à tous les risques que ça fait courir. La sexualité on dirait que c'est pas le cas... alors ça fait pas courir de risque majeur, on est d'accord... Derrière l'implication médicale... Peut être que le fait que les psychiatres s'en préoccupent pas, c'est parce que l'implication des troubles de la sexualité, c'est pas une implication médicale. La prise de poids ça marche mieux parce qu'on peut imaginer qu'il y a un risque physique pour le patient etc. Moi la prise de poids elle me préoccupe plus d'un point de vue esthétique et perturbation morphologique et rapport à soi etc. C'est plutôt ça qui me fait dire parfois bon vous avez pris 3 kilos, c'est intolérable on change.

I : Très bien ok.

PS3 : Voilà.

PS4

I : Parvenez-vous à aborder les effets secondaires des traitements sur la sexualité avec vos patients ?

PS4 : Oui, c'est oui ou non ?

I : C'est ça.

PS4 : Donc oui.

I : Si oui dans quels objectifs et comment vos patients ont-ils réagi ?

PS4 : Là c'est ouvert ?

I : Oui

PS4 : Donc, euh... Bien... Et c'est très variable. En général bien parfois gênés évidemment et avec des réponses assez spontanées et sans trop de gêne. De façon surprenante pas trop de gêne pour en parler.

I : Pas trop de pudeur ?

PS4 : Pas trop de pudeur c'est ça.

I : D'accord donc des fois ils peuvent paraître gênés dans leur comportement mais au niveau de ce qu'ils disent il n'y a pas forcément de pudeur et ils abordent le sujet...

PS4 : Oui c'est l'impression générale que j'ai

I : Ok, vous voyez autre chose sur comment vos patients réagissent quand vous abordez ce sujet ?

PS4 : Ils sont intéressés, c'est le mot qui domine. Mais la plupart du temps c'est eux qui l'abordent, c'est pas moi.

I : On y viendra après.

PS4 : Très bien. Moi je l'aborde beaucoup, je le soupçonne dès qu'il y a une réticence vis-à-vis du traitement. L'aspect sexuel, beaucoup plus que la prise de poids ou les autres effets indésirables.

I : Pour vous c'est un élément important.

PS4 : Oui

I : Et pour les patients aussi du coup ? (C'est un élément important)

PS4 : Oui parce que c'est un des effets indésirables qui gêne le plus la prise de traitement.

I : Ok est ce que c'est bon pour vous pour cette question ?

PS4 : Oui

I : On va passer à la question 2 : Vous sentiriez-vous gêné à l'idée de parler de ce sujet avec vos patients et si oui pour quelles raisons ?

PS4 : En général je ne me sens pas trop gêné d'en parler mais si je me sentais gêné ça serait...

Il y a une raison déjà c'est que... De « soulever un lièvre », tiens ils y pensaient pas mais maintenant ils vont y penser. Peur de les froisser, de les vexer, de les braquer contre le traitement, contre le CMP. Peur de leur réaction de rejet.

I : De rejet par rapport au traitement que vous prescrivez ?

PS4 : Oui voilà. C'est essentiellement ça.

I : Ok

PS4 : Mais en sachant que la plupart du temps ça me dérange pas trop d'en parler.

I : Vous ça vous dérange pas trop d'en parler mais si ça peut vous gêner à un moment ça serait plutôt sur ces aspects-là, d'alliance avec le patient ?

PS4 : Oui de parler des problèmes qui peuvent gêner la prise du traitement. Sachant que tout ça c'est surtout avec les hommes bien évidemment.

I : D'accord.

PS4 : c'est pas tellement avec les femmes qui, alors je ne sais pas si c'est moi qui ai une vision tordue de la sexualité, mais c'est surtout les hommes qui se plaignent d'impuissance. Plus que les femmes qui se plaignent soit d'anorgasmie soit de baisse du désir. Ça je l'aborde très rarement avec les femmes. Au sens où j'attends que ça soit elles qui en parlent. Mais elles en parlent très rarement à mon avis globalement. C'est surtout les hommes qui bandent pas quoi.

I : Oui d'accord. On va passer à la question 3 ?

PS4 : Oui

I : Pour la question 3 c'est un peu en miroir, vos patients abordent-ils facilement ce sujet avec vous ?

PS4 : Je ne crois pas.

I : Ok donc plutôt non. Si vous vous mettez à la place de votre patient, qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet ?

PS4 : La honte. Essentiellement ça... Pourquoi un patient ne parlerait pas de ça... Peut-être qu'il en souffre pas, il ne s'en rend pas compte. Quand les gens sont très dissociés, très loin quoi disons ils ne se rendent même pas compte peut-être. Voilà.

I : Donc je résume, ce que vous pensez qui peut empêcher un patient d'aborder le sujet des effets indésirables de son traitement au niveau sexuel ça serait premièrement la honte qu'il peut ressentir par rapport à cet effet indésirable, la honte par rapport au fait d'en parler. Et la deuxième chose ça serait aussi le fait que du fait de sa pathologie, il pourra avoir des effets indésirables mais ne pas en souffrir spécialement.

PS4 : C'est ça. Je crois que c'est à peu près tout, la gêne et l'inconscience.

I : Quand vous dites l'inconscience ?

PS4 : Qu'il n'a pas conscience de ce problème.

I : Vous pensez qu'il le sait que ça peut être lié à son traitement ?

PS4 : Oui les patients savent bien, c'est une information que tous les patients ont que le traitement va leur faire avoir des difficultés érectiles.

I : Ok.

PS4 : C'est une culture générale, tous les patients le savent et ceux qui ne le savent pas ils le savent très vite parce que ça se dit entre eux. Et ils associent ces difficultés au traitement.

I : Ok. On va passer à la 4^{ème} question. Selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

PS4 : Que pourrait-on améliorer dans l'abord des effets indésirables sexuels ?

I : Voilà.

PS4 : De mon côté, ce qui me gêne c'est que je ne sais pas précisément quels sont les médicaments qui ont le plus d'effets ou le moins d'effets ? J'ai de vagues notions, par exemple que le Solian, le Risperdal je sais pas trop mais ça fait monter la prolactine. Enfin ceux qui font monter la prolactine... Peut-être avoir une échelle des neuroleptiques plus ou moins gênants de ce côté-là. Est-ce qu'il y en des moins gênants que d'autres ou plus gênants ? Et ça dans mon esprit c'est pas très clair. Je devrais peut-être me former ou réfléchir à ça. Mais c'est une info que je n'ai pas trop et qui me manque. Sinon dédramatiser un peu ça... c'est pas facile pour eux. Peut-être aborder plus systématiquement cette question ? Avec la restriction qu'on a dit tout à l'heure : quand on parle pas c'est peut-être parce qu'il n'y pas besoin d'en parler, « soulever un lièvre ».

I : C'est à double tranchant ?

PS4 : Oui voilà. Vous en parlez et justement ça augmente (l'effet). Ça met en évidence le problème alors qu'il n'y pensait pas spécialement.

I : Vous pensez que le fait de trop en parler peut aggraver le problème ?

PS4 : Oui c'est ça. Après c'est beaucoup une histoire de confiance de relation entre le patient et le psychiatre. Qu'ils sachent qu'ils ne vont pas être jugés, qu'ils puissent parler de ça sans honte. Rassurer le patient. Banaliser le truc au sens où c'est très fréquent. Plutôt que de dédramatiser, banaliser. Dire que c'est fréquent et que ce n'est pas individuel.

I : A votre avis qu'est-ce qui peut permettre de banaliser cet effet ?

PS4 : Dire que c'est fréquent et... Je change de sujet mais quand ça arrive on ne sait pas trop quoi faire. Des tremblements on donne du Lepticur... y a une impuissance ... On donne du Sialis on donne quoi ? La correction de ce problème n'est pas aussi banalisée que la correction d'un syndrome extra-pyramidal. Le Lepticur c'est très médicalisé mais Sialis ou Viagra ou quoi que ce soit c'est dramatique. C'est parce que c'est un médicament pas psychiatrique. C'est pas un médicament psychiatrique le Sialis c'est un médicament de médecine générale.

I : Vous diriez que c'est connoté péjorativement ?

PS4 : Oui peut-être un peu. Et en même temps je pense que c'est normal que ça soit comme ça. Un tremblement c'est pas de l'impuissance. Parce que l'activité sexuelle c'est une activité pas que physique, très très psychique et intime. En fait dès qu'on rentre dans ce domaine-là on rentre dans le double aspect physique psychique/psychologique. Alors que le tremblement y a rien de psychique ou très peu.

I : Vous voulez dire que les effets indésirables sexuels ça donne l'impression que c'est plus difficile à corriger du fait qu'il y a l'implication du psychisme et du physique. Alors qu'un effet indésirable purement physique ...

PS4 : C'est mécanique. Je me rends compte encore d'une chose c'est que là j'ai en tête les problèmes sexuels masculins. Les problèmes sexuels féminins on les aborde 10 ou 20 fois moins. Ils sont 10 à 20 fois moins présents dans les entretiens. J'ai rarement une femme qui se plaint de ... Je ne sais pas de quoi elle pourra se plaindre d'ailleurs. C'est quoi les effets indésirables des neuroleptiques pour les femmes, je ne sais pas trop. Je m'en rends compte. Il y a le problème des règles et du coup elles savent plus où elles en sont et tout ça mais sur le plan satisfaction sexuelle c'est mystérieux. Il y a un petit côté en plus pour les psychotiques un peu graves la vision sexuelle est très limitée, très mécanisée et pas forcément la recherche du plaisir pour le plaisir. C'est pas très érotisé. C'est plus mécanique... Je sais pas.

I : J'avais des sous-questions mais finalement vous y avez plutôt bien répondu spontanément donc c'était voir les améliorations qu'on pouvait faire du côté du patient et du côté psychiatre et je crois que vous avez répondu à peu près au 2. Pour vous ce qui ressort surtout au niveau des psychiatres ça serait plus l'information au sujet des effets indésirables, des traitements...

PS4 : Oui la graduation d'une part et effectivement que fait-on dans ce cas-là ? Des recommandations. Parce que à part donner des trucs style Viagra je vois pas bien. Et en plus je ne sais pas si c'est remboursé. Je crois pas, et c'est vite un problème pour les patients.

I : Et du côté patient ce que vous avez pointé c'est plutôt le fait de banaliser cet effet indésirable mais pas banaliser pour minimiser mais plutôt pour le rendre moins honteux et du coup leur dire que c'est un effet qui est fréquent et que qu'il faut en parler.

PS4 : Oui.

I : Est-ce que vous voyez d'autres choses ?

PS4 : Il me semble, je suis toujours surpris paradoxalement par la bonne tolérance des patients surtout psychotiques. Je suis surpris par le faible taux de plainte, paradoxalement. Paradoxalement parce que je pense que c'est en sous-jacent les raisons importantes d'arrêt du traitement. C'est paradoxal, ils en parlent pas trop mais c'est quand même présent.

I : Ok, on peut s'arrêter là ?

PS4 : oui.

I : Merci beaucoup

PS4 : De rien.

PS5

I : Lors d'un entretien médical avec un patient parvenez-vous à aborder les effets secondaires des traitements sur la sexualité avec vos patients ?

PS5 : Oui, ça arrive oui.

I : La question se divise en « si oui et si non » donc : si oui dans quel objectif et comment vos patients ont-ils réagi ?

PS5 : Alors c'est souvent quand... Quand je l'aborde c'est plutôt pour prévenir on va dire, c'est au moment de la mise en place d'un traitement.

I : Prévenir de quoi ?

PS5 : De la possibilité qu'il y ait des troubles sexuels.

I : C'est pour prévenir... Il y a un objectif particulier ?

PS5 : En fait c'est parce que ça fait partie de la liste des effets secondaires possibles à l'introduction d'un traitement et du coup c'est des choses que j'énumère on va dire... Comme les autres effets secondaires. Et c'est là où j'ai plus de facilités à le faire mais j'ai plus de mal à l'amener on va dire par la suite une fois que le traitement est mis en place.

I : Ok et du coup lorsque vous le faites comment vos patients réagissent ?

PS5 : Peut-être que je le fais de manière un peu défensive parce qu'effectivement je le fais comme une liste d'énumération et du coup il n'y a pas spécialement de réaction. Du coup est-ce que c'est ma façon de faire qui fait qu'il n'y a pas de réaction ? C'est la question.

I : Oui, vous dites que vous le faites de manière défensive c'est-à-dire ?

PS5 : C'est-à-dire que je le fais en énumérant comme je vous ai dit c'est les effets secondaires possibles, donc ça fait partie un peu d'une liste. Donc c'est énuméré un peu comme ça et du coup ça fait un peu comme si je le noyais dans la liste quoi. Ce n'est pas abordé en tant que tel on va dire.

I : Oui d'accord c'est mis dans une liste et ils se saisissent éventuellement de quelque chose dans la liste.

PS5 : Oui voilà.

I : Du coup je vous pose la deuxième partie, enfin c'est la même question donc : si non, quand vous n'y parvenez pas ou que c'est difficile en quoi pourriez-vous avoir des difficultés à aborder ce sujet avec votre interlocuteur ?

PS5 : C'est la question d'aborder la sexualité de manière générale indépendamment de l'effet secondaire, c'est quand même rarement... Enfin c'est un sujet que je n'aborde pas spontanément. J'en parle si la personne l'amène mais là je parle indépendamment des effets secondaires, mais c'est valable aussi pour les effets secondaires du coup. Si la personne vient me parler de cette question-là du coup je peux aborder les effets secondaires et on peut en parler. Mais si non c'est vrai que ce n'est pas forcément un sujet que je vais aborder spontanément.

I : Ok, et bien du coup ça amène un petit peu à la deuxième question : vous sentiriez-vous gêné à l'idée de parler de ce sujet avec votre patient et si oui pour quelles raisons ?

PS5 : Alors c'est paradoxal parce que lorsque la personne en parle, je me sens tout à fait... Enfin je me sens comme si j'étais légitimée à en parler, c'est-à-dire que du coup je me sens pas gênée finalement d'en parler. Ça fait toujours un effet de surprise en fait mais par contre

je sens dans ce contexte là que j'ai besoin de montrer que je ne suis pas gênée d'en parler. Je ne sais pas si je suis très claire ?

I : Vous voulez dire que quand le patient en parle vous vous sentez légitimée et du coup vous êtes moins gênée ?

PS5 : Et du coup je n'ai pas l'impression d'être gênée, mais en fait ce que je ressens c'est la gêne du patient. D'ailleurs en fait... Je dis du patient parce qu'en fait parce que c'est plutôt des hommes qui en parlent... C'est même que des hommes avec qui j'ai abordé cette question-là... Enfin la question des effets secondaires je veux dire pas forcément la question de la sexualité. Mais par contre ils amènent toujours des difficultés à en parler par rapport au fait que je sois une femme.

I : Et du coup ça n'est pas plus facile avec les femmes ? Vous dites que c'est plus les hommes quand même mais que c'est plus difficile parce que vous seriez une femme ?

PS5 : En tout cas eux disent que pour eux c'est plus difficile d'en parler... Alors est-ce que du coup c'est plus difficile... Après ça m'a amené à réfléchir à cette question-là c'est-à-dire de dire : « il faudrait que j'arrive à être plus à l'aise sur le sujet parce que peut-être que ça leur permettrait de l'être aussi ». Ce que je vois c'est qu'une fois qu'ils arrivent à en parler, moi je ne suis pas gênée d'en parler. Mais ils disent que pour eux c'est gênant d'en parler avec une femme mais finalement une fois que le sujet vient c'est tout à fait possible d'en parler.

I : Mais du coup vous qu'est-ce qui vous gêne de ne pas l'aborder vous ? Du coup j'ai l'impression que c'est plus le patient ?

PS5 : En fait c'est pareil, est-ce que c'est un système de défense ? C'est qu'en fait j'y pense pas, je ne pense pas à aborder cette question-là. Du coup votre étude elle est intéressante pour ça aussi, parce que du coup ça vient pointer un... ça oblige à s'interroger sur la question et du coup peut-être plus attentif. Mais ceci dit enfin je dis ça mais je suis peut-être plus sensibilisée maintenant que des patients m'en ont parlé et que du coup maintenant même dans l'autre sens je me suis même un peu engagée à des moments parce que j'ai des patients à qui je prescris

des traitements contre les troubles sexuels. Alors ça c'est très particulier je ne sais pas si beaucoup de gens le font enfin des psychiatres.

I : Je ne sais pas du tout.

PS5 : Et bien moi par exemple j'ai deux personnes à qui je prescris, enfin ça fait partie de l'ordonnance un traitement par viagra. Parce que pour le coup pour moi ça fait aussi partie d'une prise en charge.

I : Vous pensez que ça peut être lié au fait que vous étiez médecin généraliste ?

PS5 : Oui oui je pense, tout à fait.

I : Vous vouliez ajouter quelque chose sur cette question ou je passe à la troisième ?

PS5 : Non c'est bon.

I : Donc là c'est un petit peu dans l'autre sens, le questionnaire est un peu en miroir. Vos patients abordent-ils facilement ce sujet avec vous ? Alors vous aviez en partie répondu...

PS5 : Oui voilà, c'est ce que je vous disais...Il y a des patients qui m'ont dit qu'ils ne pouvaient pas en parler avec moi et de me dire qu'en fait ils faisaient quelque chose par rapport à ça. Qu'ils voyaient des spécialistes ou des choses comme ça, mais que c'était difficile d'aborder cette question-là avec moi.

I : D'accord donc ils ne l'abordent pas forcément facilement avec vous, du coup j'ai deux sous questions, la première...

PS5 : Mais quand c'est comme ça quand même c'est déjà une façon de l'aborder pour moi et du coup le sujet enfin, on peut quand même en parler du coup.

I : D'accord, donc vous aviez déjà bien répondu à la première sous-question, c'était : lorsqu'ils abordent le sujet comment vous êtes-vous sentie et qu'est-ce qui a pu faciliter l'abord de ce sujet ?

PS5 : Oui voilà le fait qu'ils en parlent d'eux-mêmes ça permet de pouvoir aborder les choses...

I : Et dans les choses qui auraient pu faciliter l'abord vous disiez qu'éventuellement vous vous soyez à l'aise ? Vous voyez d'autres choses ayant facilité l'abord ?

PS5 : Il y a quand même le fait qu'ils abordent les relations intimes ou affectives ça va permettre à eux de les amener à parler de cela, c'est dans ce contexte-là que quelque chose peut être abordé.

I : Vous voulez dire quand ils peuvent parler de ce qu'ils vivent autour au-delà du symptôme et du traitement etc ?

PS5 : Oui oui, en fait je suis aussi en difficulté, il y a autre chose qui peut me mettre en difficulté sur le fait d'aborder cette question-là, c'est une sorte de culpabilité de donner des traitements qui font cet effet-là quand même. Du coup il y a quelque chose aussi qui est peut-être de l'ordre, de ne pas aborder, comme si on se sentait responsable. Parce que c'est nous qui prescrivons ces traitements-là, et du coup la difficulté quand même aussi qui apparaît c'est que quand même on a beaucoup de patients avec lesquels on a essayé pleins de choses et que du coup d'aborder cette question-là et de se dire « c'est sûr il va y avoir un problème » et qu'on a plus d'autres solutions alternatives ... Mais du coup je crois que le fait que maintenant je me permette enfin si on peut plus éventuellement être sur un changement de molécule et bien de mettre un traitement j'allais dire substitutif voilà, ça ça m'aide aussi car ça a été efficace pour les gens avec lesquels je le fais. Ce qui marche le mieux c'est une petite dose tous les jours enfin d'après les nouvelles préconisations....

I : Je ne connais pas très bien.

PS5 : Bah en fait c'est le, mince j'ai un trou ce n'est pas le viagra c'est l'autre c'est un traitement qu'il faut prendre au moment de l'acte sexuel mais que les gens prennent tous les jours en fait du coup ils n'ont pas besoin de le prendre au moment où ils ont un rapport sexuel.

I : Ok.

PS5 : Ça c'est un patient en fait qui a vu un urologue et qui du coup en fait m'avait passé cette info. Ce qui m'a amené à y regarder de plus près.

I : Ok, je vous pose la deuxième sous-question donc c'était quand ils ne l'abordent pas facilement ce sujet avec vous, si vous vous mettiez à la place de votre patient qu'est-ce qui pourrait l'empêcher de l'aborder ?

PS5 : Et bien comme je l'ai dit le fait que je sois une femme, peut être comment le dire... Je ne sais pas comment l'exprimer. De ce qu'ils m'en disent une gêne, je ne sais pas comment le dire, d'exposer quelque chose. Il me semble que dans l'élaboration psychique qu'on met en place, les personnes... Il y a une sorte d'impudeur en fait mais qui reste dans l'élaboration, qui reste dans l'élaboration psychique, du coup le fait que ça devienne quelque chose de physique, il y a comme quelque chose qui pourrait être trop cru. Je ne sais pas comment dire. Peut-être que ça fait écho avec une impudeur qui deviendrait... Oui ça a à avoir avec quelque chose de l'intimité. Parce qu'en fait on vient dans leur intimité mais en restant du côté psychique du coup je ne sais pas... Ou alors peut être que là je parle de moi ma difficulté, il y a peut-être quelque chose qui se mélange un peu. J'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui se colmate un peu entre.... Je dirais du côté de l'impudeur, de l'intimité psychique. Assez difficile d'être du côté de cette intimité-là parce que je ne sais pas ça... Une exposition qui deviendrait peut-être...

I : Un peu totale ?

PS5 : Ouais... J'ai l'impression qu'il y aurait quelque chose qui viendrait se mettre du côté d'une éventuelle séduction, qui aurait à voir avec ça. Peut être le côté homme/femme je ne sais pas.

I : Oui ?

PS5 : C'est pas très clair ma réponse...

I : Je crois que je vois à peu près ce que vous voulez dire, mais c'est vrai que ce n'est pas facile à mettre en forme.

PS5 : Oui peut être aussi, plus de mon côté en fait. Où dans la relation on est dans une forme de recherche à la fois de rapport très intime mais en même temps une forme de distance qu'on

maintient quand même et peut être que sur la sexualité ce n'est peut-être pas aussi évident que ça. Peut-être qu'il y a quelque chose de cet ordre je ne sais pas.

I : D'accord je vois à peu près ce que vous voulez dire je pense.

PS5 : Ah oui c'est ça, du coup c'est intéressant de s'interroger sur ces aspects là des choses, parce que ça a vraiment à voir avec la question du transfert je pense, parce que ça vient faire un peu violence au transfert.

I : Ok, vous vouliez ajouter autre chose ou je passe à la dernière question.

PS5 : Oui, c'est bon.

I : Selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés aux traitements dans les consultations psychiatriques ?

PS5 : C'est difficile de, c'est tellement en lien avec la relation qu'on établit avec les gens que je ne saurais pas dire, une réponse... Du coup je me dis, est-ce que ça ne serait pas du coup du côté de la médecine générale, je ne sais pas si c'est en lien mais peut-être ça me donnerait un peu l'idée qu'il faille que ce soit quelque chose qui soit séparé... ou alors il faudrait que ça soit une autre personne qui peut-être fasse un inventaire de cette question-là, des effets secondaires avec... Peut-être qu'on pourrait imaginer qu'un infirmier qui n'est pas dans la prise en charge à un moment donné, voie la personne effectivement sur les aspects... je ne sais pas. En même temps je dis ça mais je vois bien l'intérêt que ça a eu aussi que j'aborde cette question-là avec certains patients pour lesquels on a pu trouver des solutions quoi...

I : Après pour vous aider je peux peut-être séparer la question en deux : qu'est-ce qui pourrait vous vous permettre d'en parler plus facilement et a contrario qu'est ce qui pourrait permettre à vos patients d'en parler plus facilement. On peut faire un par un, qu'est-ce qui vous vous permettrait d'en parler plus facilement ?

PS5 : Finalement c'est les patients qui m'ont aidé, le fait que eux abordent la question je me sens plus à l'aise avec cette question-là maintenant, ce qui peut m'aider c'est de le faire plus régulièrement je dirais, parce que du coup me sentir plus à l'aise avec cette question. Ça m'aide à l'élaborer aussi, et de l'aborder plus tranquillement. Mais en tout cas ce que vous

faites c'est pas mal aussi, ça force à s'interroger sur la question et ça aide aussi. Et de travailler en supervision aussi je pense.

I : Des temps dédiés à ça ?

PS5 : Des temps d'équipe tu veux dire ?

I : Je ne sais pas je ne suis pas censé trop induire de choses et rester sur le questionnaire.

PS5 : En équipe c'est pas évident à aborder non plus... Parce qu'en équipe moi je... ça fait vivre une sorte d'exposition du patient, ce n'est pas très bien supportable pour moi.

I : Ok.

PS5 : Après du côté du patient... Il faudrait, j'étais en train de penser à de l'écrit, des informations...

I : Par écrit vous pensez à quoi ?

PS5 : Je ne sais pas des affiches des choses comme ça, « n'hésitez pas à parler des effets secondaires avec votre médecin » ... Enfin. Notamment des troubles sexuels parce que je ne suis pas sûre qu'ils en aient l'idée non plus.

I : Vous voyez d'autres choses ? Sinon c'est fini pour les questions.

PS5 : Nan.

PS6

I : Lors d'un entretien avec un patient, parvenez-vous à aborder les effets secondaires des traitements sur la sexualité ?

PS6 : Oui

I : Dans quel objectif et comment vos patients ont-ils réagi ?

PS6 : Alors ça dépend... Si le patient mentionne une difficulté ou une question dans ce registre il ouvre une porte pour parler de ce sujet-là. En général j'en parle quand le patient aborde soit une question soit une difficulté sur la question sexuelle, un symptôme, une remarque ... Au fil de son discours. Spontanément je vais pas aller lui demander : est-ce que vous avez des problèmes sexuels avec le traitement.

I : D'accord, c'est plutôt en réaction à ce que lui va vous dire mais par contre quand le moment se présente vous n'avez pas de soucis pour en parler.

I : Oui voilà

PS6 : Et c'est quelque chose qui est accueilli comment par vos patients ?

PS6 : Parfois ça les surprend. Dans la moitié des cas ils sont un peu surpris qu'on parle de ça comme on pourrait parler d'autre chose, qu'on prenne en compte sans tabou. Enfin plutôt dans les $\frac{3}{4}$ des cas ils sont surpris qu'on puisse en parler au détour de la conversation et d'autres fois non... Peut-être qu'ils ont l'habitude d'en avoir parlé par le passé, c'est pas nouveau...

I : D'accord donc vous, vos patients vous avez l'impression qu'ils sont en majorité surpris que vous en parliez ?

PS6 : Oui

I : D'accord.

PS6 : Pas forcément désagréablement surpris mais surpris. Ça fait une petite interrogation, « ah bon on va parler de ça ».

I : Ils n'avaient pas forcément envisagé le fait d'en parler ?

PS6 : Non voilà.

I : D'accord, est-ce que vous voyez d'autres choses que vous voudriez rajouter sur comment vos patients réagissent à l'abord des troubles sexuels liés au traitement ?

PS6 : J'ai pas le souvenir d'avoir eu des patients qui refusent d'en parler ou alors j'ai oublié... Il y a des patients qui sont peu loquaces qui restent très allusifs. Il y a des patients c'est à demi-mot, c'est allusif, par image, ils ne vont pas détailler ce qui se passe mais ils vont essayer de faire comprendre les difficultés qu'ils ont. Il y a une certaine pudeur donc bien sûr ce n'est pas pareil pour chacun.

I : Oui d'accord. On va passer à la 2^{ème} question, Vous sentiriez-vous gênée à l'idée de parler de ce sujet avec votre patient ?

PS6 : Plutôt non mais ça dépend du patient. Il y a des patients j'ai pas envie de parler de ça, les patients très pervers notamment, qui détourne-ce sujet-là. Mais c'est l'infime minorité des patients. Donc en général non.

I : Donc plutôt non mais ce qui peut vous gêner c'est avec certains patients qui pourraient détourner la conversation ?

PS6 : Oui voilà dans une relation plus perverse. Surtout si c'est un homme. Mais dans ce cas j'arrête d'en parler et je passe à autre chose.

I : D'accord et est-ce que vous pouvez imaginer que ça puisse gêner vos confrères d'en parler à leurs patients ?

PS6 : Oui ça peut gêner tout le monde mais c'est dommage parce que c'est toute une partie de la vie des patients. Donc c'est dommage mais je comprends c'est humain.

I : D'accord vous diriez que c'est un tabou pour certains psychiatres ?

PS6 : Oui le sexuel c'est pas facile à dire et à prendre en compte sérieusement. Soit c'est sur le mode de la dérision soit c'est tabou... mais là on en parle de manière tout à fait sérieuse sur ce qui se passe en couple, avec les autres et tout ça...

I : D'accord. On va passer à la question 3 : Vos patients abordent ils facilement ce sujet avec vous ?

PS6 : Non je dirais pas que ce soit facilement.

I : D'accord donc si non et que vous vous mettez à la place de votre patient qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous à votre avis ?

PS6 : La pudeur, la honte si c'est du registre de l'impuissance pour les hommes. La gêne si c'est pour les femmes, une perte d'envie et des symptômes de blocage, c'est pas facile à dire. Et puis il y a toute la clinique du traumatisme aussi, il y a quand même plusieurs patients qui ont vécu des agressions sexuelles et de parler du sexuel peut les angoisser et leur faire revivre des choses qu'ils ont mis de côté. Des reviviscences traumatiques.

I : D'accord donc c'est un sujet qui sera toujours difficile à aborder pour eux.

PS6 : Oui voilà.

I : Est-ce que vous voyez d'autres choses qui pourraient gêner les patients pour en parler ?

PS6 : Ceux qui pensent que ça n'a aucun rapport et que ce n'est pas nos affaires et qu'on n'a pas à en parler. Ça les regarde eux-mêmes et ça leur appartient.

I : D'accord, cela vous est déjà arrivé ?

PS6 : Oui avec des patients psychotiques qui ne voyaient pas le rapport ou qui étaient gênés de parler avec une femme aussi... Donc qui ne voulaient pas parler de ça avec une femme.

I : D'accord.

PS6 : C'est pas fréquent mais je comprendrais que ça arrive.

I : Donc si je résume il y aurait la pudeur, la gêne et la honte que ça peut provoquer, chez la femme avec la baisse de libido et chez l'homme avec les troubles érectiles, les traumatismes aussi qui peuvent être un frein important à parler de ce sujet et puis le fait que le patient puisse avoir l'impression que ça sort un peu du cadre psychiatrique. Vous avez aussi parlé du fait que ça peut être plus dur pour un homme d'en parler auprès d'une femme.

PS06 : Oui voilà c'est ça.

I : Très bien est-ce que vous voyez d'autres choses ?

PS6 : Non

I : On va passer à la dernière question : Selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés aux traitements dans les consultations psychiatriques ?

PS6 : Je ne vois pas ce qu'on peut améliorer à part être moins gêné d'en parler... Mais le problème c'est que quand le patient a vraiment besoin d'un traitement et qu'on est face à des effets secondaires du registre sexuel et qui persistent avec le traitement, c'est compliqué parce qu'il faut quand même envisager un changement de traitement si vraiment ça retentit sur la vie relationnelle. Alors comment peut-on améliorer ... Et bien que les patients soient informés que s'ils changent de traitement ça peut s'améliorer donc ils pourraient en parler plus facilement. On pourrait améliorer le fait que ce soit un sujet non honteux à aborder avec son médecin. Que peut-être ils peuvent déjà en parler à leur généraliste et que le généraliste les

conforte en disant « parlez-en à votre psychiatre » si c'est plus facile pour eux... Vous pouvez me redire la question ?

I : Oui, selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés aux traitements dans les consultations psychiatriques ? Et ensuite on peut séparer un petit peu en deux : qu'est-ce qui pourrait vous permettre d'en parler plus facilement avec vos patients ? Et qu'est-ce qui pourrait permettre à vos patients d'en parler plus facilement avec vous ?

PS6 : Alors moi ce qui pourrait me permettre d'en parler plus facilement, ça serait de connaître en fonction des molécules quels types d'effets sont le plus retrouvés. Au niveau médical voilà par exemple, Solian et Riserdal ça donne des hyperprolactinémies donc baisse de la libido donc tout ça. Avoir des notions théoriques médicales sur les effets secondaires les plus fréquemment retrouvés. Ça pourrait être des pistes, si on sait que c'est fréquent avec ce traitement-là on aura plus d'aisance à en parler. Donc ça pour nous ça peut nous aider et avoir juste la confirmation que c'est important d'en parler et qu'on soit pas gêné. Et pour les patients : qu'ils sachent que ... Qu'ils se sentent autorisés à en parler, que ce n'est pas un tabou... Mais ça je ne vois pas trop comment... A part sur les notices des médicaments, qu'il y ait une mention qui dise « n'hésitez pas à en parler avec les soignants » ...

I : D'accord donc si je résume un peu pour cette dernière question : au niveau des professionnels ça serait qu'il y ait une information qui soit plus importante sur les traitements pourvoyeurs de ces effets indésirables et puis rendre cette évaluation plus normale. Et du côté des patients ça serait pourquoi pas signifier que c'est un effet indésirable qui est fréquent et qu'il ne faut pas hésiter à en parler à son psychiatre notamment pourquoi pas le marquer sur la notice des traitements.

PS6 : Oui voilà.

I : Est-ce que vous voyez d'autres choses qu'on pourrait améliorer dans l'abord de ces effets indésirables sexuels ?

PS6 : Comme ça non, c'est très bien que vous fassiez un travail sur ce thème-là !

PS7

I : Parvenez-vous à aborder les effets secondaires des traitements sur la sexualité avec vos patients ?

PS7 : Oui

I : Si oui dans quels objectifs et comment vos patients ont-ils réagi ?

PS7 : Moi je dirais que j'aborde plutôt une fois que le traitement est déjà introduit en recherche de si l'effet secondaire existe. Et donc l'objectif c'est de dépister l'apparition des effets secondaires de ce type-là dans l'évaluation globale de la tolérance. Pour pouvoir adapter en fonction de la tolérance la suite du traitement. Et je dirais qu'il y a des patients qui réagissent à peine et qui répondent de façon simple comme à d'autres questions et d'autres qui soit vont répondre très rapidement, on peut faire l'hypothèse que c'est pour qu'on arrête de parler de ça, soit vont être un peu mal à l'aise et rigoler ou avoir une réaction de défense. Mais je ne saurais pas trop dire en quelle proportion. J'ai l'impression que de façon pas si rare que ça la réaction est neutre du fait que c'est un médecin qui pose la question.

I : C'est pris comme une évaluation quelconque ?

PS7 : Quelconque probablement pas mais du coup il y a pas de réaction franchement différente.

I : Est-ce que vous voyez d'autres choses sur comment les patients ont pu réagir à l'abord des effets secondaires des traitements sur la sexualité ?

PS7 : Je pense qu'il y a quelque chose qui peut jouer c'est que les personnes quand elles sont interrogées sur la question de la libido, s'ils ne sont pas dans une relation de couple c'est presque inexistant. Et du coup ils vont dire « nan mais de toute façon je suis seule » et donc pas vraiment pouvoir répondre, comme si la question ne se posait pas. Donc ça peut jouer... Je pense qu'il y a sur le vécu et sur la possibilité d'en parler. En parler ce serait seulement sur l'activité masturbatoire et ça probablement que c'est encore un peu plus tabou que la sexualité.

I : D'accord alors on va passer à la question 2, vous sentirez-vous gênée à l'idée de parler de ce sujet avec vos patients ?

PS7 : Moi j'ai pas l'impression de ressentir une gêne personnellement mais je pense qu'il y a quand même la question de est-ce que je vais gêner. Donc du coup c'est quand même pas tout à fait neutre parce que je me pose la question de est-ce que ça va mettre la personne mal à l'aise.

I : Alors pour quelles raisons ?

PS7 : Je pense que le sujet de la sexualité et de la masturbation, il y a une sorte de tabou et de difficulté à l'aborder. Pas pour tout le monde parce qu'il y a des personnes qui se disent « c'est bon c'est les médecins » et où il n'y a pas de connotation ni de honte ni même de « choquer ». Mais pour certains patients je pense que ça peut exister, soit la honte, soit la peur de choquer ou de mettre mal à l'aise le médecin.

I : Donc si je résume vous, vous pouvez avoir peur de gêner et le patient lui-même peut avoir peur de gêner le psychiatre ?

PS7 : C'est une hypothèse.

I : Est-ce que vous voyez d'autres choses concernant une gêne à parler de ce sujet à vos patients ?

PS7 : Du côté du patient, il y a le sujet en lui-même et puis il y a la question des « performances ». S'il y a un effet indésirable sexuel soit en diminution du fonctionnement soit en diminution de la libido, il peut y avoir une connotation de honte et de pas vouloir en parler parce que ça génère de la honte.

I : Ok très bien, alors on va passer à la question 3 : Vos patients abordent-ils facilement ce sujet avec vous ?

PS7 : Non

I : Si non et si vous vous mettez à la place de votre patient, qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

PS7 : Je pense qu'il y a globalement le sujet qui peut être un peu tabou, qui peut gêner. Et la question de l'image et de la honte, « qu'est ce que ça dit de moi si j'en parle. Après honnêtement je ne saurais pas du tout dire si ça joue d'être un professionnel féminin, je ne sais pas s'il y a plus de gêne ou pas... Que les hommes aient plus de gêne à en parler avec une femme ou pas ça je ne sais pas. Donc je ne peux pas dire, c'est pas neutre mais je ne sais pas si ça joue. Et je dirais que si le professionnel n'a pas abordé ça, je pense que les patients ne se sentent pas trop autorisés à en parler. Et du coup ça change une fois que le professionnel a posé la question ou a abordé ça à d'autres consultations, je pense qu'il y a moins de gêne du côté du patient même pour pouvoir l'aborder spontanément.

I : D'accord donc si je résume un peu il y a la notion de honte avec l'image que le patient peut avoir peur de renvoyer à son psychiatre du fait de parler de ce sujet, il y a peut-être la question du sexe différent entre le psychiatre et le patient qui peut peser dans la balance et puis il y a le fait qu'il faudrait que ce soit le psychiatre qui l'aborde en premier pour que le patient se sente dans la possibilité d'en parler.

PS7 : Oui et dans l'image que ça peut donner, il y a peut-être deux parties : il y a le côté un peu estime de soi narcissique qui pourrait être un peu diminué et aussi l'autre partie c'est la crainte de « passer pour un pervers » ou d'être dans un propos inadapté.

I : D'accord très bien, est-ce qu'il y a d'autres choses que vous voulez rajouter sur comment les patients abordent ce sujet avec vous et qu'est-ce qui pourrait faire qu'ils ont du mal à en parler avec vous ?

PS7 : Non je pense que c'est bon.

I : Ok on va passer à la quatrième question : selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

PS7 : Alors moi je ne sais pas s'il serait souhaitable que ça soit systématique avant la mise en place d'un traitement. Moi je pense que ça dépend un peu des prescripteurs et du coup la question de parler de tous les effets indésirables avant la prescription ça a des avantages et des inconvénients.

Donc là-dessus je ne suis pas sûre que ça serait souhaitable d'en parler avant la prescription comme un effet secondaire possible par contre de le rechercher systématique ou quasi systématiquement une fois le traitement introduit je pense que ça rendrait les choses plus simples pour que l'échange soit plus spontané dans les deux sens.

I : D'accord, on peut scinder un peu la question en deux : Qu'est-ce qui pourrait vous permettre d'en parler plus facilement avec vos patients ?

PS7 : Moi je ne suis pas sûre que j'en parle difficilement avec les patients... après peut-être que si c'était quelque chose dont on parle facilement avec tous les médecins, peut-être que ça diminuerait la gêne qu'il peut y avoir du côté du patient mais moi de mon côté je ne sais pas si... Comme je ne suis pas tellement gênée pour aborder ça je ne sais pas trop ce qui pourrait être modifié.

I : Ok et qu'est-ce qui pourrait permettre à vos patients d'en parler plus facilement avec vous ?

PS7 : Je pense que c'est le fait de rechercher plus systématiquement parce que à la fois je ne suis pas tellement gênée pour en parler mais je ne pense pas que la recherche de ces effets soit systématique dès l'introduction d'un traitement qui peut les générer. Donc si c'était systématique peut-être que ce serait plus possible de l'aborder de leur côté.

I : Très bien, est-ce que vous voyez d'autres choses ?

PS7 : Après peut-être que sur la question de la gêne des patients, le fait d'expliquer un peu la physiopathologie des effets secondaires sexuels, ça peut être aidant pour un peu démystifier justement la question de la performance, de l'estime de soi et être dans quelque chose de plus médical...

I : Oui d'accord, très bien si c'est bon pour vous on peut arrêter là.

PS7 : Oui je crois que c'est tout.

PS8

I : Parvenez-vous à aborder les effets secondaires des traitements sur la sexualité avec vos patients ?

PS8 : Oui

I : Si oui, dans quels objectifs et comment vos patients ont-ils réagi ?

PS8 : Alors l'objectif c'est d'améliorer l'observance, parce que pour améliorer l'observance je suis personnellement convaincu que la tolérance et les effets indésirables sont très important au long cours. J'estime qu'à court terme on vise surtout l'efficacité et qu'à long terme en plus de l'efficacité on doit prendre en compte la tolérance. Donc les effets indésirables en général et sexuels en particulier. Les patients le prennent toujours bien, je peux formuler les choses de façon assez générale pour qu'ils puissent s'approprier et que ça ne soit pas trop intrusif. Et parfois ce sont les patients eux-mêmes, au détour d'un nouvel entretien qui vont aborder la question quand il y a un effet indésirable nouveau qui apparaît. C'est-à-dire je ne fais pas en boucle à chaque fois la question de la tolérance, je l'aborde de temps en temps et les patients d'eux-mêmes (car c'est une patientèle régulière, je ne suis pas aux urgences, je vois à peu près toujours les mêmes patients même s'il y a des nouveaux) volontiers abordent cette question. Après je parle de ceux qui en parlent, peut-être qu'il y en a qui n'en parlent pas mais je n'ai jamais vu de patient mal à l'aise par rapport au fait qu'on leur demande s'ils ont des effets indésirables y compris dans leur vie intime et sexuelle.

I : D'accord donc vous arrivez à en parler en premier de temps en temps et sinon eux par la suite ils se sentent dans la possibilité d'en parler donc ils peuvent vous en parler même après ?

PS8 : Il y a des patients qui en parlent très vite de façon spontanée. Parce qu'en fait, vous savez qu'en CMP on a soit les patients qui viennent en consultation et à qui parfois on instaure des traitements, soit ceux qui sortent de l'hôpital et souvent les patients qui sortent de l'hôpital. A l'hôpital on est souvent fixé dans l'aigu sur l'efficacité et parfois les effets indésirables et la tolérance sont plutôt abordés dans les suites. Et c'est quand les patients sortent de la phase aigüe qu'on arrive à parler des effets indésirables. Alors moi je ne dis pas qu'à chaque entretien je mets ça en premier parce que j'ai d'abord dans l'idée de voir comment va mon patient tout ça, mais je leur tends des perches régulièrement sur la tolérance et la plupart d'entre eux n'attendent pas forcément les perches pour dire qu'ils ont des effets

indésirables y compris dans leur vie sexuelle que ce soit les hommes ou les femmes, que ce soit la libido ou le côté mécanique. J'avais d'ailleurs fait une formation en sexologie parce que je pense qu'en psychiatrie c'est important et ça aide à mettre les patients à l'aise avec ça ou à poser les bonnes questions ou aborder le sujet en tout cas. Une partie de ma pratique c'est de m'occuper des auteurs de violences sexuelles ce qui fait que ça m'a facilité aussi une certaine habitude de parler du sexuel et de la sexualité de façon très directe.

I : D'accord oui, est-ce que vous voyez d'autres choses que vous pourriez dire ? Sur la question simplement d'aborder les effets indésirables sexuels avec vos patients et la réaction de vos patients.

PS8 : Dans mon expérience ils réagissent toujours bien parce que même s'ils ont pas envie d'en parler ou qu'ils n'ont pas de problème de ce côté-là, je crois qu'ils apprécient qu'on ait le souci de cette part de leur vie et d'éventuelles intolérances. Donc voilà il me semble qu'ils réagissent plutôt bien mais je trouve qu'il y a de plus en plus de patients qui abordent le sujet facilement et c'est pas une question d'âge, parce qu'on pourrait penser que les plus jeunes sont plus spontanés avec cette question, mais j'ai déjà eu des personnes de plus de 60 ans qui pouvait m'en parler et aussi bien les hommes que les femmes. On pourrait dire que les femmes en parlent plus facilement aux femmes et les hommes aux hommes mais non, j'ai déjà eu des messieurs, je me souviens d'un patient de 70 ans qui m'avait dit que le Risperdal ça lui enlevait toute sa possibilité d'activité sexuelle et que même à son âge avec sa femme c'était important. On avait pu parler de ça j'avais pu passer au Zyprexa où classiquement on a disparition des effets. De mon expérience j'ai eu des personnes qui en parlent à tout âge, hommes ou femmes.

I : Ok très bien, on va passer à la question 2 : Vous sentiriez-vous gênée à l'idée de parler de ce sujet avec votre patient ?

PS8 : Non pas du tout parce que je pense qu'en étant psychiatre on est aussi médecin et que ça fait partie de la médecine de parler de cet aspect-là, fonctionnel ou organique. Moi j'ai fait à la fois des formations des sensibilisations à la sexologie, et je songe d'ailleurs à en faire de

plus approfondies, et du coup de par ma pratique spécifique où je m'occupe d'auteurs de violences sexuelles je suis amenée à aller beaucoup plus loin avec eux où on doit parler de ce qu'ils ont fait, parler de certains actes qui ne sont pas de l'ordre de la norme sociale. Donc avec cette pratique-là je sais que je suis à l'aise avec ces questions. Mais déjà avant en tant que médecin je trouvais que ça faisait partie de la médecine et des sujets à aborder. Et j'essaye de mettre les gens à l'aise en rappelant que je suis médecin et qu'on peut en parler. Alors peut-être qu'il y en a qui ne sont pas à l'aise et que je passe à côté. C'est un peu biaisé, je me souviens de ceux avec qui j'en parle et il me semble qu'on en parle assez souvent et assez facilement.

I : D'accord. Si vous vous mettez à la place de vos collègues psychiatres, est-ce que vous pouvez imaginer qu'il y en ait qui soient gênés ?

PS8 : Oui je pense que ceux qui pourraient être gênés, ça pourrait être la peur d'être intrusif ou de mettre le patient mal à l'aise mais ça peut être projectif parce que quand on est mal à l'aise on peut penser qu'on met l'autre mal à l'aise... Il me semble que des formations à la sexologie que ce soit la sensibilisation, moi je trouve que c'est très utile pour tous les psychiatres. Pour aborder les effets indésirables et même pour aborder la place de la vie sexuelle dans l'équilibre psychique ou dans les troubles, notamment les personnes dépressives... Il y a un certain nombre de syndromes qui s'accompagnent d'un trouble de la sexualité en dehors de l'aspect de parler des effets indésirables des psychotropes sur la sexualité. Et je trouve que des formations à la sexologie c'est pas systématique en psychiatrie à ma connaissance mais je trouve que c'est quelque chose d'intéressant et qui devrait être proposé de façon plus systématique soit dans la formation initiale soit dans la formation continue et notamment dans les catalogues. Par exemple je ne suis pas sûre qu'au CHAI il y ait ça. Il y a au CRIAF (le centre de ressource pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel) mais ça ne devrait pas être réservé ... Je pense que ces formations devraient être plus ouvertes et proposées de façon plus systématique. Notamment sur le catalogue de la formation continue parce que la formation initiale on ne peut pas tout faire mais déjà ça serait bien. Je ne

sais pas si dans les cours des internes en psychiatrie ça y est actuellement ? Je ne suis pas sûre et je trouve que c'est dommage parce que ça serait vraiment quelque chose de facilitant pour les psychiatres et les patients.

I : D'accord.

PS8 : C'est le même principe que les oncologues quand on doit aborder la question de la mort en fait. Normalement quand on est oncologue (et pas que) on doit pouvoir parler de la mort aux patients. J'avais fait un stage pendant mes études et je trouvais que c'était important et dans l'ancienne génération des médecins il y avait un blocage par rapport à ça et qu'après il fallait se former soi-même pour aborder cette question et voir déjà comment nous on peut en parler nous-même avant d'en parler au patient. Parce qu'on dit l'autre va être gêné ou on va lui faire peur mais c'est peut-être nos peurs un peu qu'on projette aussi. Ça revient à des formations et des sensibilisations parce qu'il y a des choses qui sont peut-être plus naturelles pour les uns que pour les autres et si on veut le professionnaliser ça renvoie toujours à la question de la formation.

I : D'accord.

PS8 : Et d'autant plus que la sexologie, il y a des sexologues qui peuvent être urologues ou gynécologues mais aussi des psychiatres et je trouve que c'est dommage qu'il n'y ait pas plus de conférences et de cours. Ou peut-être qu'il y en a mais c'est dans l'association française de sexologie et je trouve qu'il faudrait le mettre au catalogue des formations continues proposées systématiquement. En plus je suis sûre qu'il y a des collègues que ça intéresserait, maintenant si vous voulez faire une formation en sexologie vous devez le faire un peu par vous-même en faisant votre enquête pour savoir où vous devez la faire. Alors qu'il me semble que ça devrait être naturellement proposé au catalogue.

I : Ok très bien, on va passer à la question 3 : Vos patients abordent-ils facilement ce sujet avec vous ?

PS8 : Alors je redis oui, j'ai même une patiente qui est lesbienne, qui est mariée avec sa compagne, elles ont un enfant, elles vont peut-être faire une deuxième grossesse en passant

par l'Espagne. Actuellement elle a un problème de blocage avec sa compagne et moi j'ai ma petite formation de sexologie où je travaille ça avec elle mais c'est pas un effet indésirable, je lui donne des stratégies de facilitation quand elles n'ont pas le petit, de commencer certains rapprochements par des massages ou de créer un climat. Et tout ça c'est parce qu'elle me dit qu'elle n'a plus d'orgasmes avec sa femme. Donc on arrive à en parler facilement et dans tous les cas de figure et en plus moi j'ai affaire à des pédophiles qui ont besoin de parler de ça, de leur attirance pour les enfants et on doit travailler avec eux sur la prévention de la récurrence et les aider à ne pas passer à l'acte mais quand même de prendre en compte le fait que s'ils sont pédophiles ils le sont... J'ai des patients bisexuels, homosexuels, hétérosexuels ...

I : D'accord et qu'est-ce qui selon vous a pu faciliter l'abord de ce sujet par vos patients ?

PS8 : Moi je pense que c'est des personnes qui sont en capacité de faire confiance et d'être dans un espace où ils peuvent aborder ce sujet. Alors est-ce que c'est un sujet tabou la sexualité, c'est plus une question sociologique ou sociale ou philosophique, je ne sais pas. Certains peuvent penser que c'est encore un sujet tabou parfois certains peuvent penser que ce n'est pas tabou mais quand même intime et que ce n'est pas quelque chose qu'on est censé parler à tout va parce qu'autrement ça peut être de l'exhibitionnisme de commencer à parler de ça à tout le monde et en tous lieux. De mon point de vue ce n'est pas un sujet tabou mais un sujet intime et ça veut dire qu'est-ce qui fait que les patients peuvent aborder un sujet intime. Est-ce qu'ils peuvent l'aborder ? Osent l'aborder ? Vont l'aborder ? Je pense que ça dépend d'eux, ça dépend de la personne qu'ils ont en face, de la nature et de la qualité de la relation. Il me semble que le fait d'être en face d'un médecin c'est quelque chose qui peut être facilitant parce que de la même façon qu'on peut déshabiller son corps devant un médecin sans être gêné alors que la pudeur naturelle (sauf ceux qui sont exhibitionnistes ou naturistes) c'est qu'on ne se met pas à nu devant quiconque mais qu'on peut le faire facilement devant un médecin même quand on est timide. Pour moi sur le plan psychique c'est un peu comme une analogie. Il y a sûrement d'autres réponses mais c'est ce qui me vient, cette question de confiance et de sentir que c'est un espace rassurant, il y a quelque chose de rassurant dans la

position médicale, qui permet de surmonter sa pudeur. De la même façon qu'on va se mettre en slip, ou plus s'il y a besoin pour certains examens, devant un médecin sans mal le vivre et en confiance. Je pense que c'est un peu du même ordre pour se déshabiller psychologiquement devant un psychiatre.

I : D'accord est-ce que vous voyez d'autres choses qui ont pu aider vos patients à en parler ?

PS8 : Alors moi lorsque je sens que les patients sont un peu timides, je peux employer certains mots, je peux employer des euphémismes pour ne pas dire le sexe ou les relations sexuelles, je dis dans l'intimité dans les relations intimes. Parfois on peut utiliser des mots un peu « soft » pour ne pas que ça paraisse trop cru ou intrusif ou qu'on mette les gens mal à l'aise. Les patients quand on dit « dans vos relations intimes il n'y a pas de soucis ? » Ils comprennent cinq sur cinq et s'ils veulent en parler plus après on peut employer d'autres mots. C'est-à-dire que quand le patient vient dans cette question c'est facile et puis quand moi je vois des patients auteurs de violences sexuelles c'est facile aussi parce que c'est attendu. Mais quand c'est pas attendu de la part du patient moi j'aurais tendance à dire « relation intime » ou « dans votre couple » ou « dans l'intimité ». Parce que après avec certains patients ils sont très à l'aise alors ils peuvent dire « lors de la pénétration », « lors de l'érection » mais d'autres quand ça ne vient pas d'eux il faut avoir une forme de délicatesse, d'employer des mots pas trop crus.

I : D'accord, on va passer à la dernière question : selon vous que pourrait améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

PS8 : Alors, est-ce que vous pouvez me redire la question ?

I : Oui, selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

PS8 : Alors il y a plusieurs niveaux. Le premier niveau à mon sens c'est de rappeler au patient qu'un traitement il y a toujours 2 versants, il y a le versant de l'efficacité et le versant de la tolérance. Moi je dis souvent aux patients qu'en tant que médecin on aimerait avoir cent pour cent d'efficacité et cent pour cent de tolérance, c'est-à-dire zéro pour cent d'effets

indésirables mais que c'est rarement ça. Et je leur dis en termes de tolérance, de quoi ils peuvent souffrir. Et en particulier les effets indésirables sexuels donc soit on dit sur votre libido, sur votre vie intime, suivant comment on l'aborde. Et ce qui peut faciliter les choses c'est peut-être de partir du traitement, de l'efficacité, des effets indésirables, et de leur tendre la perche sur le fait que certains effets indésirables peuvent toucher tout le corps et toutes les fonctions du corps, si pour certains c'est compliqué. Après moi je préfère les questions ouvertes en disant « est-ce que vous avez certains effets liés à votre traitement ? » ou « comment vous évaluez l'efficacité de votre traitement ? », « comment vous considérez la tolérance ? ». Moi j'aime bien demander aux gens, sans dire quelle note ils mettent mais qu'est-ce qu'ils jugent de l'efficacité ou de la tolérance. Et après de voir qu'est-ce qu'ils vont décliner comme effets indésirables. Quand ça vient d'eux et qu'ils tendent des petites perches, c'est bien de leur dire « est-ce que vous pensez que ça peut venir du traitement ? ». Prendre ça au sérieux et parler avec eux du fait que certains médicaments sont potentiellement iatrogènes, avec une bonne efficacité mais des effets indésirables, pour pas les culpabiliser d'en avoir ou que ça soit culpabilisant pour nous qu'il y ait des effets indésirables. De dire que dès qu'il y a des traitements il y a des effets indésirables. Pour que tout le monde soit à l'aise et qu'ils ne soient pas gênés de le dire vis-à-vis de leur médecin (ça ne veut pas dire que c'est un mauvais médecin). Pour aller jusqu'aux effets indésirables sexuels, je pense qu'il faut les mettre à l'aise en disant que certains neuroleptiques atypiques c'est avéré qu'ils peuvent agir sur cela et qu'on doit le prendre en considération. On doit leur dire qu'on peut aller jusqu'à faire des dosages de la prolactine, demander une consultation chez un urologue pour les hommes, parce que c'est souvent les hommes mais pas que. Pour voir dans quelle mesure c'est lié au traitement ou que au traitement. Il y a certains patients à qui on peut même proposer des traitements correcteurs, moi je le fais très rarement mais ça m'est déjà arrivé de l'aborder avec un patient suite à une consultation avec un urologue qui disait que si on ne pouvait pas trop changer le traitement (car c'est le seul qui lui convient) on pouvait proposer

certaines traitements spécifiques de l'impuissance, de la difficulté d'érection etc... Est-ce que vous pouvez me redire la question ?

I : Oui, selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

PS8 : D'accord donc ce qu'on pourrait améliorer c'est systématiser l'abord des effets indésirables en partant du principe qu'il y en a. Améliorer aussi la formation des psychiatres en sexologie moi je pense. Parce qu'on est assez formé à dire des effets indésirables, à avoir une écoute, à les prendre en compte... Mais je pense que la sexologie ça pourrait améliorer tout ça. Et puis savoir adapter les termes utilisés aux patients. Parce qu'on a des patients qui sont déficients intellectuels, des patients psychotiques, des patients anxieux, déprimés et que ce qui facilite c'est aussi d'adapter. De pas avoir une espèce de discours stéréotypé avec une fiche. D'avoir des méthodologies et des questionnaires dans la tête c'est pas mal, c'est un guide mais pour moi ça a pas de sens si on l'applique de façon systématique sans tenir compte de qui on a en face. Par ce qu'il y a la spécificité et on a le droit d'avoir des troubles sexuels qu'on soit déficient intellectuel, qu'on soit psychotique, qu'on soit déprimé, délirant avec des symptômes résiduels. Ce qui est facilitant c'est de s'adapter à la compréhension du patient, avec ce qu'il est.

I : Si je résume un peu : plus systématique, plus systématisé dans l'abord des effets indésirables en général et notamment parler des effets indésirables sexuels à ce moment-là.

PS8 : Alors plus systématisé je me méfie parce qu'en fait quand on est trop systématisé on devrait pas oublier de demander les idées suicidaires, on devrait pas oublier de demander l'échelle de la douleur, on devrait pas oublier de demander ça et j'aime pas ça. Mais je trouve que ne pas parler du suicide c'est quasiment une faute professionnelle dans certains cas mais le dégainer de façon systématique à chaque entretien alors qu'on en est loin... C'est pour ça que systématique ou systématisé ... C'est plutôt que ça fasse partie de façon naturelle et facile plutôt que systématique parce que c'est pas à chaque entretien. Il faut que ça vienne à un moment dans un suivi. Par exemple qu'on donne le traitement ou l'ordonnance, c'est aussi le

lieu de dire « est-ce que vous en êtes content de ce traitement ? » Donc je dirais plus automatique que systématisé mais ça veut dire un peu la même chose... Je ne sais pas si vous voyez ce que je veux dire. Moi je trouve que c'est important d'en parler mais quand on dit systématisé ça me fait un peu peur parce que chacun fera sa petite échelle, faudra pas oublier de parler de ça, de ça... et quand on est en face d'un patient, c'est aussi une personne qui est de bonne ou mauvaise humeur, qui veut ce jour-là nous raconter ce qu'il lui arrive, qui veut ce jour-là nous engueuler ou qui va ce jour-là être un peu mutique... En fait je pense qu'il est important que le psychiatre l'ait en tête. C'est une façon de le dire plus littéraire que médicale mais je pense que ça serait bien que les psychiatres l'aient en tête de façon générale mais pas forcément de façon trop automatisée ou protocolisée. C'est là que ça rejoint le fait qu'avoir une formation en sexologie, je pense que c'est plus naturel et que ça vient plus spontanément.

I : Après il y avait 2 sous-questions mais vous avez déjà bien répondu, qu'est-ce qui pourrait vous permettre vous d'en parler plus facilement avec vos patients ? Et qu'est-ce qui pourrait permettre à vos patients d'en parler avec vous ?

PS8 : Utiliser la position médicale mais du 21^{ème} siècle, plus du tout la position médicale un peu distante avec un excès de respect de la part du patient qui oserait peut-être pas dire tout. Plutôt au sens d'aujourd'hui où il y a une confiance et on peut se mettre à nu aussi bien physiquement que psychiquement si on se sent bien avec son médecin. Et où on a horizontalisé la relation médecin/malade. Je trouve que c'est intéressant et plus interactif et notamment autour des médicaments, moi je pense qu'on est dans une aire où les patients s'approprient les traitements et où les traitements on en parle ensemble et on décide ensemble. On peut expliquer au patient qu'il y a plusieurs antipsychotiques, et antidépresseurs, dans le choix du médicament on peut partager certaines réflexions avec le patient. Faut pas aller trop loin parce qu'il y a des patients qui peuvent être très insécurisés si le médecin leur dit de choisir le médicament mais vraiment de tenir compte de ce qu'ils disent et je pense que c'est important. C'est ce qu'il se fait actuellement dans la relation médecin malade, le patient est plus actif, on l'encourage à connaître ses traitements, à être plus acteur. Mais pas juste un mot

en l'air, moi j'invite les patients à se rappeler ce qu'ils prennent comme traitement, à quoi ça sert et puis ça ouvre aussi la discussion sur la tolérance et les effets indésirables.

I : D'accord est-ce qu'il y a d'autres choses que vous aimeriez rajouter ?

PS8 : Non c'est bon, c'était très intéressant.

PS9

I : Parvenez-vous à aborder les effets secondaires des traitements sur la sexualité avec vos patients ?

PS9 : Oui, en général j'y arrive, alors ça dépend de la relation qu'on peut avoir avec le patient, depuis combien de temps on le connaît, donc quelque part ces questions c'est difficile de les aborder au début d'une prise en charge et surtout c'est beaucoup plus facile pour moi avec les hommes parce qu'ils identifient beaucoup plus facilement les troubles sexuels, tandis que la sexualité des femmes est plus difficile à aborder parce que la problématique chez les femmes, je pense pour des raisons culturelles ce n'est pas vécu de la même façon. Rarement elles se plaignent de troubles sexuels et c'est vrai que quelque part on n'y pense pas beaucoup. Donc pour moi c'est plus facile de l'aborder avec un homme qu'avec une femme.

I : D'accord, j'avais une sous-question, donc vous avez répondu oui à la première partie donc dans quel objectif vous abordez cette question et comment vos patients réagissent-ils ?

PS9 : Alors, moi je le fais dans l'objectif d'une meilleure observance du traitement car dans ma pratique professionnelle la survenue de troubles sexuels est un facteur important dans la mauvaise observance du traitement, donc dans l'orientation thérapeutique donc pour moi ils comptent les effets sur la pathologie psychiatrique mais aussi comment sont vécus les effets secondaires et les effets sur la sphère sexuelle sont vraiment un facteur important de mauvaise observance. Comment je l'aborde ? D'habitude je l'aborde sur le plan qu'un autre patient aurait eu des troubles sexuels avec le traitement, « est-ce que ça vous est arrivé à vous aussi ? » ou sinon les patients ils disent d'habitude qu'ils sont embêtés ? avec ce traitement et quand ils montrent vraiment des problèmes d'observance, j'explore aussi la sphère sexuelle

parce que c'est à cause de ça que le traitement devient très contraignant et les empêche d'avoir une vie comme les autres en fait.

I : D'accord et du coup vous ne m'avez pas tout à fait dit comment réagissaient les patients.

PS9 : Ah oui j'avais oublié.

I : Pas de souci.

PS9 : En fait c'est une fois que la question est abordée clairement sans préjugés et tout d'habitude ils arrivent à dire leurs problèmes en fait. Ils arrivent à les évoquer et quelque part, je veux dire ils peuvent aussi être soulagés dans le sens où soit on peut chercher une alternative sur le plan thérapeutique soit c'est la même thérapeutique qu'il faut mettre en place mais ils savent qu'ils peuvent en discuter. Mais ça c'est surtout pour les hommes, car je me rends compte au cours de l'entretien que la sexualité chez les femmes on l'explore beaucoup moins, on explore surtout les problématiques liées à l'aménorrhée mais pas à la perte de la libido etc.

I : D'accord donc globalement ils réagissent plutôt bien c'est ça ?

PS9 : Oui oui je trouve que oui, j'ai jamais eu de refus au contraire.

I : Ok, je passe à la deuxième question si vous le voulez ?

PS9 : Oui.

I : Est-ce que vous vous sentez gênée à l'idée de parler de ce sujet avec votre patient ?

PS9 : Non moi je ne me sens pas gênée, après ça dépend du type de patient. C'est-à-dire il y a des patients qui peuvent montrer quelques fois un certain exhibitionnisme ou un investissement important de la sphère sexuelle et ça peut être très gênant mais bon ce n'est pas un pendant des effets secondaires des médicaments.

Je le prends comme les idées suicidaires, c'est vrai qu'autrefois on abordait avec difficulté les idées suicidaires, on pensait que ça pouvait mettre en difficulté quelqu'un, moi dans mon expérience je trouve que non.

I : Et si vous vous mettez à la place de vos collègues est-ce que vous pensez que vous/qu'ils pourraient se sentir gênés et si oui pour quelles raisons ils pourraient être gênés ?

PS9 : Moi je pense que oui ça peut arriver d'être gêné après, dans l'absolu ça peut m'arriver à moi. Ça dépend de la personne que l'on a en face. Après ça concerne aussi une sphère très intime et on n'a pas forcément l'habitude d'évoquer les problèmes sexuels avec nos patients en fait. Je pense que ça fait partie d'un problème culturel, je le dis par rapport aux femmes à mon avis. Et après ça peut renvoyer chacun à son propre vécu et sa propre vision de sa propre sexualité en fait. Parfois ça dépend aussi de l'âge j'ai 60 ans, je pense qu'il y a 20 ans j'aurais eu une attitude différente.

I : Pour quelles raisons vous pensez ?

PS9 : Je ne sais pas parce que de toute façon, nous aussi dans notre vision de la sexualité, on change avec l'âge. Après j'étais médecin généraliste avant et la question de la sexualité on y est beaucoup plus confrontés. On est toujours interpellés par des patients qui ont des problèmes de libido ou des problèmes d'éjaculation précoce... Enfin plusieurs problèmes de la sphère sexuelle. Donc le fait que je sois moins gênée il y a le fait que j'étais médecin généraliste. Dans le cadre d'un entretien la question de la sexualité a été évoquée donc...

I : D'accord, vous vouliez ajouter d'autres choses sur cette question ou je passe à la question 3 ?

PS9 : Non c'est bon.

I : Donc là ça va être un peu en miroir : Vos patients abordent-ils facilement ce sujet avec vous ?

PS9 : Alors d'habitude c'est pas direct, c'est indirectement par des allusions en général, c'est jamais... Bon il peut y avoir le patient sous antidépresseurs qui est en dépression il peut parler plus facilement qu'un patient psychotique bon après ça dépend de la relation que vous avez mais c'est souvent plus par allusions voilà. Mais tout dépend de la relation que vous avez avec votre patient, s'il est en confiance c'est plus facile pour lui aussi d'aborder ces questions, après il faut accepter d'en discuter en fait. C'est-à-dire si le patient dit « ah j'ai quelques problèmes avec ma femme depuis qu'il y a le traitement » on peut essayer de dire « dans quel sens », « ah je sens que c'est compliqué et tout », on peut dire « est-ce qu'il y a un problème

au niveau sexuel ?» on peut essayer de discuter. Si vous vous dites : de toute façon rien ne changera parce que le traitement il faut absolument qu'il le prenne, et bien le discours est terminé.

I : D'accord.

PS9 : Je ne sais pas si j'ai répondu ?

I : Si si, j'avais des sous-questions alors vous y avez répondu mais je vais quand même les préciser savoir si ça vous fait venir d'autres choses.

PS9 : Oui.

I : Donc oui vous diriez quand même qu'il l'aborde et donc qu'est-ce qui a pu faciliter l'abord de ce sujet ? Vous aviez en partie répondu, vous disiez la confiance, savoir si le médecin est « ouvert » on va dire. Est-ce que vous voyez d'autres choses qui pourraient faciliter l'abord de ce sujet ?

PS9 : Je pense qu'ils puissent bénéficier d'une éducation thérapeutique, d'un programme de psychoéducation, ça pourrait faciliter. Des discussions en groupe. Car je pense qu'il n'y a pas que le médecin qui peut dire... C'est quand même une sphère un peu particulière l'intime donc s'il a eu la possibilité d'aborder la problématique de la sexualité dans d'autres contextes, c'est plus facile aussi pour le patient. Un patient qui a de bonnes capacités d'élaboration et qui a progressé dans sa prise de conscience de la maladie à mon avis il arrive à l'aborder plus facilement.

C'est dire qu'il n'y a pas que l'aspect de la confiance et de l'ouverture du médecin, il y a aussi de l'autre côté le fait que le patient a pu aborder ce sujet avec quelqu'un d'autre. Après, quelque part, quelque fois ça peut aussi se faire par l'intermédiaire des infirmiers par exemple, il arrive plus facilement à évoquer la question avec les infirmiers qui peut être repris par le médecin.

I : D'accord et à l'inverse qu'est-ce qui aurait pu l'empêcher d'aborder ce sujet ? Le patient.

PS9 : Moi je pense l'attitude rigide et comment je dirais. Bon déjà le manque de temps, ce n'est pas quelque chose qu'on aborde comme ça sur une porte, il y a aussi la disponibilité de

la part des médecins et après la rigidité du positionnement. Si on part du principe que de toute façon... si c'est des réponses du style « de toute façon votre traitement vous devez le prendre » je ne pense pas que le patient ait envie de parler de ce sujet.

Ça dépend aussi de l'attitude d'ouverture des médecins de leur disponibilité en temps mais aussi psychique parce que...

I : D'accord, si vous n'avez rien à ajouter sur cette question je passe à la dernière ?

PS9 : Oui.

I : Selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés aux traitements dans les consultations psychiatriques ?

PS9 : Eh bien déjà le fait que, bon... L'aborder d'une façon multidisciplinaire déjà le médecin mais aussi l'infirmier ce que je venais de vous dire après il y a la question de la psychoéducation, c'est un point d'ouverture en fait. Une fois qu'on a abordé la question au sein d'un groupe où le patient n'a pas forcément parlé mais peut retrouver dans les autres les mêmes problématiques et tout, ça favorise en fait. Ça déstigmatise aussi le problème.

Et après peut-être aussi la formation des médecins à la sexologie parce que finalement on est très peu formés je sais pas. Je ne sais pas ce que vous en pensez, parce qu'effectivement c'est pas un sujet qui est traité, je ne sais pas si vous vous en avez eu des cours sur la sexualité ?

I : Pas vraiment, mais.

PS9 : Bah ce côté-là alors pourquoi pas, parce qu'en fait c'est tout l'ensemble de la sexualité qui est en question. Parce que finalement notre sexualité à nous parce que quelque part c'est ça, comment dire... et aussi connaître les problématiques, quel peut être le ressenti de la personne avec ces problèmes et pourquoi pas élargir en donnant des formations, avoir aussi un point de réflexion sur la sexologie et sur les problématiques sexuelles pourquoi pas. On pourrait améliorer à mon avis.

I : Vous vouliez ajouter d'autres choses ?

PS9 : Non pas du tout. Je trouve que le sujet que vous avez choisi c'est très intéressant et très important justement parce que très peu exploré.

P1 :

I : Lors d'une consultation avec votre psychiatre, si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec votre traitement pourriez-vous aborder ce sujet avec votre psychiatre ?

P1 : Euuh oui éventuellement je pourrais.

I : Oui, alors dans quels objectifs et comment votre psychiatre réagirait-il ?

P1 : Je sais pas trop comment elle réagirait, peut-être qu'elle me conseillerait, je ne sais pas. On en parle pas de ça en fait, je parle de pas mal de choses mais comme j'ai pas vraiment de souci j'en parle pas.

I : D'accord, mais si vous aviez à le faire vous pourriez le faire ?

P1 : Oui oui je le ferais.

I : Et vous pensez qu'elle réagirait comment ?

P1 : Peut-être qu'elle me conseillerait, peut-être qu'elle modifierait mon traitement, je sais pas en fait.

I : Ok, mais vous pourriez avoir des difficultés à aborder ce sujet avec votre psychiatre ?

P1 : Non pas réellement non.

I : D'accord, donc je passe à la question 2 ?

P1 : Oui.

I : Vous sentiriez-vous gêné de parler de ce sujet avec votre psychiatre ?

P1 : Bah encore une fois si j'avais des problèmes peut-être que j'en parlerais ouais, j'ai pas réellement de souci, si ce n'est que j'ai 63 ans je fume un paquet de cigarettes par jour donc euuh... les érections c'est pas des érections d'il y a 20 ans quoi.

I : D'accord mais vous ne vous sentiriez pas vraiment gêné d'en parler ?

P1 : Non je suis assez ouvert d'esprit là-dessus.

I : D'accord, et vous pensez que ça pourrait gêner d'autres patients et pour quelles raisons ?

P1 : Peut-être oui je ne sais pas c'est difficile de se mettre dans la peau d'un autre malade, on est tous atteints plus ou moins de certains troubles et c'est pas tous les mêmes quoi. Par exemple ça n'a rien à voir mais au sujet du cannabis quand je fume, quand je fumais parce

que ça fait plus d'un an et demi que j'y ai pas touché, et bien ça m'excite plutôt que de m'endormir quoi voyez-vous. Donc le traitement comment on réagit, quand j'ai une piqure de... Quand j'ai l'injection d'Abilify par exemple j'ai des connaissances de patients 3 jours avant la piqûre ils sont fatigués et le lendemain de la piqure ils sont pas bien. Moi quand on me fait une injection d'Abilify ça me ... comme si rien est fait quoi, il n'y a pas de début et pas de fin dans le temps, vous voyez ce que je veux dire ?

I : Oui oui je vois.

P1 : Je ne sais pas mais j'ai l'impression qu'on ne me fait rien.

I : D'accord mais c'était un peu en essayant de vous imaginer quoi, il y aura pas mal de question comme cela où il faudra imaginer un petit peu.

P1 : Oui bah je peux imaginer que ça peut gêner certaines personnes oui.

I : Oui et alors pourquoi ça pourrait les gêner selon vous ?

P1 : Je ne sais pas. J'en sais rien je peux vous parler de moi, j'étais en couple jusqu'en janvier 2018 depuis 14 ans, je me suis séparé c'est moi qui suis parti de la maison parce que j'en pouvais plus à force de prendre... j'ai pris 3 crises avec ma compagne, ça a dégradé le couple et à la fin on avait du mal à se supporter quoi donc je suis parti en janvier 2018, j'ai eu une hospitalisation en janvier 2018 et une en février 2019. Donc depuis j'ai une ou deux copines de temps en temps et puis le reste je fais appel à des professionnelles quoi et le reste c'est la masturbation.

I : Mais du coup vous ça ne vous gêne pas d'en parler quoi et c'est difficile de vous mettre à la place d'un autre patient c'est ça ?

P1 : Bah ouais parce que quand on est entre malades on est les champions du monde de la baise mais après faut voir quoi.

I : Ok je passe à la question suivante si vous le voulez ?

P1 : Oui

I : Ok question 3 vous y avez déjà un petit peu répondu, votre psychiatre aborde-t-il facilement ce sujet avec vous ?

P1 : Non. Elle en parle pas, j'en parle pas.

I : Du coup si vous vous mettez à la place de votre psychiatre qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

P1 : Bah je ne sais pas ma psychiatre elle a peut-être 35 ans de moins que moi donc je ne sais pas ça peut peut-être la gêner.

I : Oui qu'est ce qui pourrait la gêner ?

P1 : Je ne sais pas. On en parle pas, elle en parle jamais. Elle me pose pas de questions là-dessus et moi je ne viens pas là-dessus. On parle si vous voulez de relations amoureuses. Mais c'est uniquement sur les sentiments on parle pas forcément de l'acte sexuel.

I : Alors après sans parler forcément de l'acte sexuel c'était vraiment de parler des effets secondaires qui peuvent être sexuels, de les évoquer on va dire. C'était pas forcément de tout dire. Et du coup qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

P1 : Je ne sais pas peut être une certaine gêne, oui moi ça me vient pas à l'idée d'en parler et elle elle m'en parle pas.

I : D'accord mais vous vous en parleriez de toute manière si j'ai compris ?

P1 : Après je vous dis honnêtement je m'aide, si un jour j'ai un problème je prends un viagra et tout va bien derrière quoi.

I : D'accord donc vous disiez il y a la gêne qui peut l'empêcher donc qu'est-ce qui pourrait la gêner du coup ?

P1 : Je ne sais pas la différence d'âge, ça pourrait être ma fille. Donc peut être que ça la gêne je ne sais pas. Bien qu'elle est médecin donc je ne sais pas.

I : Vous voyez d'autres choses ? C'est des hypothèses, vous n'êtes pas obligé de...

P1 : Je ne sais pas je ne me pose même pas la question, on en parle maintenant parce que vous faites une thèse mais ça ne me viendrait pas à l'idée de lui dire qu'actuellement dans mes relations sexuelles je prends du viagra quoi. Parce que le problème... Le traitement sans doute qu'il interagit là-dessus mais encore une fois j'ai 63 ans je fume un paquet par jour, le goudron, la nicotine ça diminue l'afflux sanguin dans l'organe sexuel et que pour avoir des

érections qui soient dignes de ce nom-là, bah il faut se faire aider un petit peu par le petit cachet bleu quoi.

I : Ok, du coup on passe à la question suivante ?

P1 : Allons-y.

I : C'est la dernière : selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés aux traitements psychiatriques ?

P1 : De mettre à l'aise les patients déjà, parce que si les patients ils sont comme moi ils en parlent pas, c'est peut être au médecin d'en parler. De venir un petit peu là-dessus. Je ne sais pas, la phase maniaque par contre elle décuple le pouvoir sexuel c'est un truc de fou.

I : Ah oui, je vais peut-être diviser la question en deux, qu'est-ce qui pourrait vous permettre d'en parler plus facilement avec votre psychiatre ?

P1 : Faudrait que je ressente qu'elle puisse m'apporter une solution si j'avais un problème là-dessus.

I : Ok, comment elle pourrait vous faire ressentir ça alors ?

P1 : Je pense aborder la question, ouais. Je ne me vois pas du tout parler acte sexuel avec elle, peut-être parce qu'elle est jeune et que c'est une dame, je ne sais pas. Peut-être que ça me gêne un peu mais je ne ressens pas le besoin d'en parler.

I : D'accord, donc vous m'aviez dit quand même que si elle aurait des réponses, qu'elle vous pose des questions, vous voyez autre chose ?

P1 : Non pas spécialement.

I : Ok, et dans l'autre sens du coup, qu'est-ce qui pourrait permettre à votre psychiatre d'en parler plus facilement avec vous ?

P1 : Alors ça j'en sais rien, vous me posez des questions j'en sais rien, il faut que je me mette à sa place. Peut être que ça l'intéresse même pas.

I : C'est-à-dire ?

P1 : Ma libido et mes performances sexuelles peut être que ça ne l'intéresse pas.

I : D'accord, alors après la question c'est pas forcément si ça l'intéresse ou pas c'est simplement d'en parler de cet effet secondaire sans forcément être dans la description de tout, qu'est-ce qui pourrait permettre qu'elle l'aborde plus facilement avec vous ?

P1 : Bah sa curiosité.

I : Vous voyez d'autres choses ?

P1 : Je ne sais pas pourquoi ça fait 3-4 ans qu'elle me suit et elle ne m'en a jamais parlé, jamais de question. Elle ne m'a jamais demandé si sexuellement ça allait. Jamais de question là-dessus jamais.

I : Qu'est ce qui pourrait l'aider alors ?

P1 : Nan mais est-ce qu'elle en parle aux autres ?

I : Ça je ne sais pas.

P1 : Bah voilà, est-ce que ça fait partie de sa façon de travailler, d'aller en profondeur sur les choses ? Avant d'avoir que le Depakote et l'Abilify j'avais du Tercian et le Tercian c'est une saloperie là-dessus sur la partie libido et sexuelle, j'ai senti la différence avant et après.

I : D'accord, et vous l'aviez fait remarquer ou alors cette question avait été abordée ?

P1 : Non mais d'un commun accord on a diminué le traitement pour l'arrêter, ça me faisait dormir, ça me faisait grossir, il y avait d'autres interactivités. On est pas venu forcément sur le côté sexuel. Mais ça gênait beaucoup.

I : Du coup je me permets de revenir sur les premières questions, vous me disiez que vous l'aborderiez facilement si vous aviez un souci à ce niveau-là mais à ce moment-là vous ne l'aviez pas fait ?

P1 : Comme je vous dis il y avait d'autres symptômes : le sommeil, envie de vomir, la prise de poids et il y avait aussi effectivement...

I : D'accord mais alors qu'est-ce qui aurait pu vous permettre d'aborder le sujet plus facilement ? Parce que du coup vous n'en aviez pas parlé ?

P1 : Non

I : Vous dites parce qu'il y avait d'autres choses plus gênantes ?

P1 : Oui d'autres choses plus gênantes.

I : C'est pas ça qui vous gênait le plus.

P1 : Non et puis à l'époque j'avais pas de copine, donc quand c'est uniquement la masturbation on peut avoir du plaisir sans avoir d'érections très fermes quoi.

I : Ok, et du coup je ne sais pas avec cet exemple qui vous vient en tête ça vous fait venir d'autres réponses par rapport à mes questions précédentes ?

P1 : Non, non j'y repensais comme ça au Tercian.

I : Oui mais du coup ça rentre bien dans le sujet est-ce que en vous replaçant à cette époque-là, qu'est-ce qui a pu vous freiner pour en parler, qu'est-ce qui aurait pu vous aider ?

P1 : Je ne sais pas peut-être une certaine gêne à l'époque, oui peut être que j'étais gêné de lui parler de ça.

I : D'accord pourquoi ?

P1 : Je ne sais pas peut-être que si ça avait été un homme. Mais c'est pas vraiment comment dire il n'y avait pas que ça, c'était pas le centre du problème. Si ce n'est qu'avec le Tercian on éjacule quasiment en poudre, on a plus de sperme. On a l'impression d'éjaculer et on éjacule plus, ça c'est le Tercian qui provoque ça.

I : Du coup c'est quand même embêtant mais vous ne l'aviez pas dit ?

P1 : Non parce qu'entre le Depakote, Abilify et Tercian la libido c'est un peu enterré si vous voyez ce que je veux dire.

I : Oui, mais c'est justement c'est un peu l'objet de notre étude, il y a des gens qui ont ce problème-là mais aucun des deux partis n'en parlent et du coup ça passe inaperçu c'est un peu l'objet de mes questions, voir ce qui peut vous bloquer ou bloquer votre interlocuteur, qu'est qui aurait pu faire que ça se sache ?

P1 : Peut-être qu'elle en parle la première, qu'elle me mette à l'aise. Quand on a un médecin de sexe opposé et qui en plus est beaucoup plus jeune c'est un peu gênant quand même.

I : Ok, du coup vous répondez bien à la question, là. Donc pour vous c'est ça qui aurait pu vous aider, qu'elle aborde le sujet ?

P1 : Oui qu'elle aborde le sujet en posant les bonnes questions quoi. En sachant que l'effet secondaire des médicaments elle est bien au courant de ce que ça provoque quoi.

I : Ok, vous voyez autre chose ?

P1 : Non.

I : Ok, donc je vous repose juste la question vous disiez qu'elle, elle pouvait être gênée mais alors comment elle pourrait faire pour que ça soit abordé plus facilement ?

P1 : Je ne sais pas elle est médecin.

I : C'est-à-dire ?

P1 : Elle doit pouvoir cerner le problème d'un point de vue médical plus facilement et trouver les mots plus facilement que le patient.

I : Oui et du coup c'est pour ça que je vous pose la question, peut-être que ça peut donner des pistes pour améliorer la pratique médicale... en vous mettant à sa place vous voyez des choses qui auraient pu l'aider ?

P1 : Mettre le patient à l'aise dire : « sexuellement comment ça se passe ? », « est-ce que vous avez des érections ? », aller droit au but quoi. Je veux dire la parole d'un médecin... quand on va voir un sexologue, enfin j'y suis jamais allé mais quand on voit quelqu'un qui est branché là-dessus il pose les bonnes questions. Après avec la maladie et le traitement, il y a aussi ce que le patient peut ressentir envers le sexe opposé, oui la libido parce qu'elle peut se mettre en sommeil un moment.

I : Qu'est-ce que vous voulez dire ?

P1 : Avec un traitement chargé on a plus de désir, on a plus de gout, on pense qu'à bouffer c'est pour ça qu'on grossit.

I : Vous voyez d'autres choses à ajouter ? J'ai posé toutes mes questions.

P1 : J'espère que je me suis exprimé à peu près correctement.

I : Oui très bien.

P1 : Sans trop de gêne n'est-ce pas.

P2 :

I : Si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec votre traitement, pourriez-vous aborder ce sujet avec votre psychiatre ?

P2 : Oui

I : Dans quel objectif et comment votre psychiatre réagirait-il ?

P2 : Moi c'est plutôt dans l'objectif de passer à l'acte. Si c'est que vous voulez entendre ...

I : Qu'est-ce que vous voulez dire ?

P2 : En fait ma maladie, j'ai été agressé sexuellement et drogué à l'âge de 15 ans. C'est suite à ça que j'ai eu la maladie, je suis borderline et... J'arrive à parler avec un homme mais j'ai peur dès qu'on me parle de coucher avec lui. Je suis bloquée. Par contre quand je me sens mal, je ressens le besoin d'avoir de l'amour et du coup je m'inscris sur des sites de rencontres mais dès que c'est trop difficile je me déconnecte et je me sens pas bien...

I : D'accord alors je vais reformuler la question : la question c'était comment est-ce que votre psychiatre réagirait si vous lui parliez d'effets indésirables que vous avez au niveau sexuel ?
Effets indésirables du traitement...

P2 : Souvent la psychiatre elle m'a dit d'éviter de me mettre en danger...

I : D'accord et par rapport au traitement ?

P2 : Ah par rapport au traitement ! Je sais pas...

I : D'accord c'est un peu compliqué de répondre... La question vous voyez ce que je veux dire ou c'est un peu flou ?

P2 : C'est un peu flou...

I : D'accord, je reformule un peu, enfin je vous répète la question et vous me dites si vous ne comprenez pas. Sinon on passe à la prochaine.

P2 : D'accord.

I : Si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec le traitement pourriez-vous aborder ce sujet avec votre psychiatre ?

P2 : Ah c'est par rapport au traitement ! Je pense que oui je pourrais l'aborder.

I : Et après la question c'est comment vous pensez que votre psychiatre va réagir si vous abordez le sujet ?

P2 : J'ai une très bonne psychiatre, elle est toujours ouverte à tous les sujets. Donc je pense qu'elle réagirait bien.

I : Vous pensez qu'elle réagirait bien et que vous pourriez en parler.

P2 : Oui

I : D'accord, est-ce que vous vous sentiriez gênée à l'idée de parler de ce sujet avec votre psychiatre ?

P2 : Non

I : D'accord maintenant on passe à la troisième question. Votre psychiatre aborde-t-il facilement ce sujet avec vous ?

P2 : Non. Si j'en parle pas, non.

I : D'accord si vous en parlez pas en tout cas lui il en parlera pas ?

P2 : Non c'est ça.

I : Ok, donc si vous essayez de vous mettre à la place de votre psychiatre, qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

P2 : Euh. Parce qu'elle me connaît bien et qu'elle sait que c'est un sujet tabou pour moi.

I : c'est un sujet sensible et elle ne va pas elle-même en parler.

P2 : Oui.

I : Est-ce que vous voyez d'autres choses qui pourraient empêcher votre psychiatre de parler de ce sujet ?

P2 : Non

I : D'accord, alors selon vous comment est-ce qu'on pourrait améliorer l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

P2 : C'est-à-dire ?

I : Comment on pourrait rendre cette évaluation des effets indésirables sexuels plus simple, comment est-ce qu'on pourrait l'améliorer ?

P2 : Euh... Je ne sais pas...

I : N'hésitez pas à dire ce qui vous passe par la tête.

P2 : Est-ce que vous pouvez répéter la question ?

I : Oui. Selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

P2 : Moi quand je vois ma psychiatre, je la vois une fois par mois, alors en général je lui parle un peu de tout mais sauf de ça. En général je lui parle du boulot ou de ma santé en générale... Faudrait qu'elle me parle plus, qu'elle me donne envie de plus parler de choses dont je ne lui parle pas habituellement.

I : Ok donc vous pensez qu'il faudrait que ça vienne un peu d'elle ?

P2 : Oui

I : Ok, donc je vous dis une question qui est une reformulation : qu'est ce qui pourrait vous permettre d'en parler plus facilement avec votre psychiatre ?

P2 : Que grâce au traitement je prenne plus confiance en moi et que ça me permette d'aborder des sujets plus délicats.

I : D'accord, alors après la question de l'autre côté : qu'est ce qui pourrait permettre à votre psychiatre d'en parler plus facilement avec vous ?

P2 : C'est un peu comme l'autre en fait...

I : C'est un peu comme l'autre sauf que c'est qu'est-ce qui peut permettre à votre psychiatre d'en parler ?

P2 : Eh bien qu'elle voit que je suis plus ouverte à parler de certains sujets.

I : Ok qu'elle vous sente plus à l'aise ?

P2 : Oui.

I : Est-ce que vous voyez autre chose ou des choses que vous aimeriez rajouter à ce sujet ?

P2 : Bah la maladie Borderline enfin les patients qui ont eu cette maladie, ils ont souvent besoin de repères et qu'on puisse avoir confiance en son compagnon ou autre, moi j'ai été en

couple et quand j'étais en couple si je me faisais tromper ou autre ça me coince au niveau sexuel.

I : D'accord vous pensez que la confiance c'est important.

P2 : Et du coup la façon dont la personne peut rester en place...

I : D'accord, écoutez on peut s'arrêter là.

P2 : D'accord

I : Ok merci beaucoup.

P3 :

I : Si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec votre traitement, pourriez vous aborder ce sujet avec votre psychiatre ?

P3 : Justement j'ai déjà abordé ce sujet avec mon psychiatre. Parce que je suis passé par énormément de traitements différents et le traitement actuel que je prends ça doit faire 2 ans mais depuis l'âge de 18 ans j'ai commencé à avoir de gros troubles sexuels, trouble de l'érection... Et j'ai osé aborder le sujet avec ma psychiatre quelques fois mais j'avais un peu l'impression de me heurter à un mur. Elle dans sa tête « c'est pas à moi de le faire » elle m'a conseillé d'aller voir un urologue... Du coup je ne lui en parle plus vraiment, je ne sais pas trop comment faire en fait.

I : Si je résume, vous avez pu en parler avec votre psychiatre à un moment mais vous estimez qu'il n'a pas très bien réagi.

P3 : Non pour elle c'est pas à elle de faire ça, c'est plus un urologue pour un traitement. Donc je ne sais pas trop quoi faire même si ça va mieux, j'ai appris quelques techniques pour un peu atténuer tout ça mais elle était pas vraiment réceptive à ce que je lui disais.

I : D'accord donc pas vraiment réceptive, et est-ce qu'elle a pu vous apporter les réponses que vous vouliez ?

P3 : Pas forcément non.

I : Ok. Donc on va passer à la deuxième question : vous sentiriez-vous gêné à l'idée de parler de ce sujet avec votre psychiatre ? Et si oui pour quelles raisons ?

P3 : Avant de lui en parler j'étais un peu gêné et le fait de lui en parler ça m'a encore plus gêné parce que ... Enfin ça m'a pas gêné mais ça m'a pas du tout mis à l'aise. Parce qu'elle m'a pas vraiment posé de questions, j'avais un peu l'impression que pour elle c'était pas à elle de gérer ça en fait. Ça serait plus à un autre spécialiste type urologue ou psychologue ou chose comme ça. À l'époque quand j'étais à la clinique du Grésivaudan il y avait une interne qui était jeune, environ le mien je dirais, du coup je lui en avais parlé ça m'avait beaucoup moins gêné. Je pense que c'est qu'elle avait à peu près mon âge donc je me sentais plus à l'aise avec elle. Et pour être franc je la sentais beaucoup plus ouverte d'esprit que les psychiatres qui me suivaient avant. Donc j'avais osé lui en parler mais malheureusement c'était qu'une interne et on s'est perdu de vue au moment où elle a fini son stage à la clinique.

I : Si je résume un peu, vous vous sentiriez gêné parce que déjà vous aviez l'impression de vous opposer à un mur avec votre psychiatre et elle a parlé d'autres spécialistes qui pouvaient vous aider mais elle n'a pas dit qu'elle pouvait vous aider c'est ça ?

P3 : Oui c'est ça.

I : Et l'autre chose c'est peut-être une question d'ouverture d'esprit et d'âge, vous avez eu l'impression qu'elle n'était pas ouverte sur ce sujet. Et l'âge ça pouvait vous gêner, le fait qu'elle soit un peu loin de vous en âge votre psychiatre pour parler de ce sujet ?

P3 : Alors pas vraiment son âge... C'est plus que l'interne avait mon âge donc ça me gênait moins mais ça me gêne absolument pas d'en parler parce que je pense qu'elle a environ 55 ans et ça me gêne pas d'en parler à quelqu'un de cet âge-là mais ce qui m'a gêné c'est le fait qu'elle ait pas été réceptive ... Je ne sais pas si vous voyez ce que je veux dire ?

I : Si justement je vois mieux, vous avez pas senti que vous pouviez en parler.

P3 : Oui c'est ça, elle m'a pas mis à l'aise, elle m'a pas posé d'autres questions donc j'ai compris un peu tout seul... C'est pas qu'elle a pas envie mais pour elle c'est pas à elle de gérer ce problème.

I : Ok très bien, est-ce que vous voyez d'autres choses ?

P3 : Non pas forcément.

I : Ok, on va passer à la question 3, votre psychiatre aborde-t-il facilement ce sujet avec vous ?

P3 : Non

I : Si non et si vous vous mettez à la place de votre psychiatre, qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

P3 : Honnêtement je ne sais pas, je suis pas dans sa tête ... Peut être qu'elle a pas l'habitude... Enfin c'est que des suppositions... Peut-être qu'elle-même ça la gêne. Mais je ne pense pas que ce soit ça parce que quand on est psychiatre en général on est prêt à parler de tout donc je ne sais pas. Peut être qu'elle a pas l'habitude, après ça me paraît étonnant parce que je suis au SMPU et il y a que des étudiants donc je ne sais pas...

I : Très bien c'est intéressant, vous pensez qu'elle a pas forcément l'habitude de traiter ce genre de sujets ou qu'elle n'est pas forcément à l'aise avec ces sujets. Est-ce que vous voyez d'autres choses ?

P3 : Non pas pour le moment.

I : Ok donc on va passer à la dernière question, selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

P3 : Bah déjà je pense que ça me paraît important de dire si les traitements qu'on prend peuvent entraîner des troubles sexuels ou pas. Ça me paraît la chose principale à dire en fait, surtout quand on est jeune, qu'on sait qu'à cet âge-là on a souvent plus de relations sexuelles qu'à un âge plus avancé. Déjà ça, souvent j'ai été obligé, pas de me battre mais de poser plusieurs fois la question pour savoir si les traitements que j'allais prendre allaient entraîner des troubles sexuels ou d'autres effets secondaires indésirables. Donc déjà ça me paraît très important, depuis le début de mes soucis j'ai dû voir au moins une quinzaine de psychiatres différents, y en a aucun qui me l'a dit sans que je lui demande en fait. Après je sais pas, mettre à l'aise sur le sujet... Et ça m'est jamais arrivé à part justement avec l'interne dont je

vous parlais tout à l'heure où tout de suite elle m'a mis à l'aise, elle m'a rassuré, mis en confiance pour que je lui en parle. Ça me semble les 2 choses principales à faire. Parce que j'ai encore quelques amis qui ont été en psychiatrie et quand on en parlait à l'époque c'était un peu toujours pareil « on n'ose pas en parler parce qu'on nous met pas à l'aise ». C'est un peu des mécanismes mis en place, volontaires ou pas, qui font qu'on a pas forcément envie d'en parler en fait. Qu'on est pas à l'aise avec ça parce qu'on nous met pas à l'aise ou parce que c'est quand même des sujets assez gênants. A l'époque on n'osait pas en parler parce que personne nous mettait à l'aise par rapport à ça.

I : D'accord et qu'est-ce qui peut vous permettre d'être plus à l'aise à votre avis ?

P3 : Personnellement ce serait déjà de dire les effets secondaires sans forcément qu'on les demande, déjà le fait que ce soit le psychiatre qui prenne l'initiative d'en parler, ça met plus à l'aise. Et de plus prendre en considération cet aspect-là parce que, encore une fois j'ai l'impression mais c'est pas forcément vrai pour tout le monde, mais d'après ce que j'ai vécu c'est des sujets même pour les psychiatres qui sont tabous et qu'il faut pas forcément aborder. Alors qu'à mon âge c'est une question essentielle pour la confiance en soi, rien que d'être rassuré en nous disant qu'effectivement le traitement qu'on prend peut entraîner des complications sexuelles, déjà tout de suite ça met à l'aise et ça donne envie d'en parler et d'essayer de régler le problème. Parce que rien que pour l'estime de soi c'est très dégradant d'avoir des troubles de l'érection à 23 ans alors qu'on sait très bien qu'à cet âge-là ça arrive presque jamais.

I : Vous ce qui vous semble vraiment important c'est l'information.

P3 : C'est ça c'est la prise d'information. Donner l'information au patient pour le mettre à l'aise surtout et pouvoir engager la discussion plus facilement.

I : Très bien, est-ce que vous voyez d'autres choses ?

P3 : Non.

I : D'accord et qu'est-ce qui pourrait permettre à votre psychiatre d'en parler plus facilement avec vous ?

P3 : Je réfléchis un peu... Peut-être je ne sais pas si ça existe mais des formations qui parlent de ça, de comment aborder ça... Je ne sais pas si ça existe des formations qui permettent d'apprendre à aborder le sujet sans brusquer le patient. Apprendre à dire les choses pour un peu casser le tabou du sexe en psychiatrie parce qu'encore une fois c'est des sujets très tabous et surtout dans ces milieux-là. Il y a plein de psychiatres qui pensent que cet aspect-là c'est totalement secondaire comparé aux autres aspects. Moi je pense que c'est complètement faux. Donc peut-être ce genre de choses qui pourraient mettre à l'aise le psychiatre et lui faire prendre conscience que quand on est jeune c'est très important dans une vie sociale.

I : Est-ce que vous voyez d'autres choses ?

P3 : Non je pense que j'ai tout dit.

P4 :

I : Si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec votre traitement pourriez-vous aborder le sujet avec votre psychiatre ?

P4 : Je pense que de moi-même je ne lancerais pas d'initiative honnêtement. Ça peut si vraiment c'est un grand frein alors je n'irais pas voir mon psychiatre directement j'irais peut-être voir un sexologue ou quelqu'un. Un professionnel directement sans passer par un psychiatre. Je pense que lui-même ne saurait pas et m'enverrait vers quelqu'un d'autre.

I : Même si c'était en lien avec le traitement ?

P4 : Comme je vous dis si c'est pas grave non, et puis même pour déterminer ce qui est bon ou ce qui est différent des autres personnes ça serait compliqué.

I : Pouvez-vous m'expliquer un peu plus pourquoi ça serait difficile de l'aborder avec votre psychiatre ?

P4 : Premièrement parce que je n'y penserais pas, c'est clairement pas le genre de choses auxquelles... Enfin dès que j'ai un petit souci je l'oublie généralement dans les 20 minutes donc non ça n'est pas quelque chose que je retiendrais.

Deuxièmement parce que à moins que ça soit vraiment grave ça ne me gênera pas.

I : Est-ce vraiment un petit souci les soucis à ce niveau-là ?

P4 : Bah oui, j'en parlerais pas je pense, comme toutes les personnes.

I : D'accord je passe à la deuxième question du coup ?

P4 : Oui.

I : Vous sentiriez-vous gêné à l'idée de parler de ce sujet à votre psychiatre ?

P4 : Moi pas du tout.

I : Pensez-vous que d'autres patients pourraient être gênés de l'aborder ?

P4 : Oui oui mais pas forcément des patients, ça dépend totalement des personnes si elles sont ouvertes ou pas, si elles ont envie d'en parler ou pas. Si eux ils arrivent à en parler quoi, c'est sûr que je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui doivent souffrir parce qu'ils ne veulent pas en parler.

I : Qu'est-ce qui selon vous pourrait les empêcher d'en parler ?

P4 : Je pense que c'est dans la psychologie des personnes, tout d'abord je pense que ça va dépendre le rapport qu'on a avec notre psychiatre. Selon les personnes c'est totalement différent. Certains le psychiatre ils le considèrent limite comme un confident alors que d'autres le voient comme un distributeur de médicaments. Donc je pense que chaque cas est un peu particulier. Donc pour moi c'est un peu dur de répondre.

I : Du coup vous diriez que ça joue sur la relation que l'on a avec le psychiatre ?

P4 : La relation avec le psychiatre, la personne, et le psychiatre voilà. Ça dépend aussi de l'humeur de la personne aussi, c'est à prendre en compte. Y a des jours où on a peut-être pas envie d'en parler, y a des jours où on s'est fait remballer 4/5 fois par son patron, on a pas envie d'en parler je pense. Je pense qu'il y a beaucoup trop de facteurs.

I : Je me permets tout de même de revenir sur la première question.

P4 : Oui bien sûr.

I : C'était vraiment dans le cadre où le trouble sexuel serait en rapport avec le traitement si vous voyez ce que je veux dire ?

P4 : Ah d'accord, c'est vrai que je n'avais pas vu cette partie-là.

I : Vous voulez peut-être que je repose la question ?

P4 : Oui si vous voulez.

I : Donc si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec votre traitement c'est-à-dire votre traitement psychiatrique, pourriez-vous aborder ce sujet avec votre psychiatre ?

P4 : Bah franchement c'est l'un des premiers trucs que je ferais je pense.

I : Ça change complètement la réponse.

P4 : Oui mais après ça dépend parce que je pense que là il doit y avoir des personnes qui doivent se sentir peut-être comme des guerriers, y en a qui doivent tout garder sur eux en fait.

Pour revenir sur la partie « pourquoi vous verriez des gens qui seraient bloqués pour en parler ».

I : Du coup ce que vous me dites c'est que si c'était en rapport avec le traitement vous en parleriez avec votre psychiatre ?

P4 : Oui.

I : Et du coup, à votre avis dans quel but cela se ferait et comment votre psychiatre réagirait ?

P4 : Je pense que ça dépendrait de la manière dont je l'aborde. Moi j'aime bien me tourner plusieurs fois la tournure des phrases avant de la sortir, enfin surtout quand j'ai des jours et des jours pour y penser. Parce que là je vous avouerais que je pense pas que le problème il arrive 3 minutes avant d'avoir le rendez-vous. Donc c'est assez compliqué pour moi. Je pense que là avec mon psychiatre actuel. Je pense que je ferais la technique d'en parler comme si tout allait bien, je vais raconter mon lundi ou quoique ce soit. Je pense que j'utiliserais cette technique et que je regarderais si en face le psychiatre se sent à l'aise ou pas. S'il ne se sent pas à l'aise peut être que je demanderais si il connaît un professionnel à qui en parler.

I : Du coup vous l'aborderiez quand même ?

P4 : Ça dépend si c'est vraiment mineur, je passerais sur moi je me dirais ça se trouve c'est normal j'ai toujours eu ça. Si c'est un truc majeur ou marquant je pense que c'est normal d'en parler.

I : D'accord vous souhaitez passer à la question 3 ?

P4 : Oui.

I : Donc maintenant ça va être un peu en miroir, dans la position du psychiatre.

P4 : D'accord.

I : Votre psychiatre aborde-t-il facilement ce sujet avec vous ?

P4 : Bah on n'en a jamais parlé de la question, de sexe ou de problèmes, des freins que je pouvais avoir. Donc je ne sais pas je pense que ça doit dépendre du traitement utilisé.

I : Du coup il n'a jamais abordé le sujet avec vous c'est ça que vous dites ?

P4 : Non.

I : Et si vous vous mettiez à la place de votre psychiatre qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder le sujet avec vous ?

P4 : Bah écoutez, moi pour me baser par rapport à mes rendez-vous de psychiatre, de toute façon il ne peut pas deviner comment on va, nos soucis ou quoi que ce soit et, et... C'est brouillon ce que je dis.

Mais en gros pour donner l'exemple, moi avec la clozapine la seule question qu'il y avait c'était par rapport aux globules blancs et du coup on l'a vu vite fait on en a parlé.

Et comme tous les mois je dois faire la prise de sang, on en reparle rapidement tous les mois. Mais comme tous les mois ça va, ça passe. Du coup je pense que moi avec le traitement, le fait que je le prends uniquement le soir, on ne s'est jamais posé ce genre de question et peut-être que je ne sais pas, du coup je ne sais peut-être même pas qu'il y a des effets secondaires sur le médicament.

I : Du coup je me permets de reformuler la question.

P4 : N'hésitez pas si je suis hors-sujet.

I : Non non vous êtes tout à fait dans le sujet. C'est vraiment dans la peau de votre psychiatre qu'est-ce qui lui selon vous pourrait l'empêcher d'en parler ?

P4 : Mmmmh...

I : Je vous demande peut-être plus de manière générale et pas sur votre cas.

P4 : C'est toujours pas mal d'exceptions en fait, je trouve pas mal d'exceptions en fait.

Je ne sais pas ça peut-être une mauvaise expérience avec un ancien patient, qu'il sait qu'au niveau du traitement ce n'est pas très bon. Qu'il y aurait eu je ne sais pas des prises de sang ou des tests urinaires qui auraient été faits et qui ne seraient pas bons et que là il faut s'alerter. Je pense qu'il y a eu pas mal de cas comme cela. Ou des personnes où c'est le psychiatre qui se rend compte qu'avec les données qu'il a eues qu'il y a un souci et que dès qu'elle veut parler à une personne elle se renferme et est agressive. Il suffit d'une ou plusieurs expériences comme ça pour ne plus avoir du tout envie d'en parler et d'attendre que les personnes viennent nous en parler pour aborder le sujet.

I : Vous pensez que c'est des mauvaises expériences lorsqu'ils en ont parlé qui les empêchent éventuellement d'en parler à nouveau ?

P4 : Je pense que ça peut être un des facteurs.

I : Vous voyez d'autres choses ?

P4 : Je dirais aussi les habitudes, si on a 400 patients et que sur les 399 y a pas de problèmes avec celui-ci, le 400ème. Si en plus généralement les personnes elles ne savent jamais vraiment leur problème ou pas. Une fois que c'est diagnostiqué généralement ils arrivent quand même à déterminer mais même comme ça, lorsqu'on a un diagnostic on a pas forcément tous les symptômes. Donc bref savoir pour un médecin qui a pas mal de patients, qui a pas mal de nouveaux patients qui arrivent avec d'autres personnes et parfois des absences et du coup il doit gérer encore plus de dossiers. Je pense qu'il n'y a pas d'automatismes du tout chez le psychiatre pour pouvoir leur parler.

Et peut-être pas envie d'être hors sujet, on connaît peut être les médicaments, on connaît peut être les diagnostics et du coup on sait si il y a peut-être d'autres facteurs inconnus aux symptômes de la personne qui pourraient être pris en compte et du coup. Bah si la personne elle va jamais raconter qu'elle a des petits problèmes hormonal ou du corps et bien il y a à aucun moment où on peut se sentir concerné là-dessus.

I : Essayez d'imaginer si le traitement que l'on donne au patient a cet effet secondaire de donner des troubles de la sexualité.

P4 : Bah j'espère qu'il en parlera.

I : Oui mais est-ce que vous pensez qu'il y a des choses qui peuvent le freiner même si vous pensez qu'il devrait en parler ?

P4 : Oui, enfin je ne sais pas ça dépend des personnes. Je pense que c'est ça, il peut y avoir des personnes très très humaines où même le problème ne serait pas détecté elle va en parler directement et dire faites attention, alors qu'il va y avoir des personnes c'est comme si c'était normal. C'est le même problème qu'on a avec les professeurs parce que personne n'explique vraiment comment marche la pédagogie selon quels types d'élèves...donc...euhhh... pareil j'aime pas faire des questions brouillon franchement merci, la prochaine fois vous ferez des questions à l'avance je vous écris tout et puis voilà.

I : Nan ne vous inquiétez pas c'est...

P4 : Oui et c'est peut-être pour savoir par rapport à la personne si il y a une gêne avec ce sujet ?

I : Non c'est vraiment vos réponses qui sont enregistrées et c'est vraiment pour prendre votre avis en tant que patient, n'hésitez pas à me demander de reformuler si vous trouvez que ma question n'est pas claire.

P4 : Là ça serait plutôt reformuler parce que la réponse ne serait pas claire.

I : Si vous voulez reformuler votre réponse il n'y a pas de soucis, pour n'importe quelle question.

P4 : Là comme ça pas forcément, peut-être que vous voulez qu'on reprenne les 4 questions ?

I : On en a fait 3 pour l'instant.

P4 : Ah oui d'accord c'est bien ce qu'il me semblait, si quelque chose n'est pas clair pour vous, si vous avez peut-être, je ne sais pas dites-moi si vous voulez que je reprenne.

I : Et bien est-ce que vous aviez des choses à ajouter sur cette question-là par exemple ? Vous voulez que je la répète ? comme vous voulez.

P4 : Oui je veux bien.

I : Donc c'était toujours dans la même question, la question d'introduction c'était est-ce que votre psychiatre aborde ce sujet avec vous, donc là vous aviez répondu non parce que vous n'aviez pas de souci avec ça et donc moi j'avais une sous-question, c'était si non et si vous vous mettez à la place de votre psychiatre qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder le sujet avec vous ?

P4 : D'accord, bah après chaque cas est différent, là je suis en train de penser au cas où il y a des personnes qui seraient transsexuelles ou qui auraient eu une opération, je pense que là...

I : C'est plus dur d'en parler ?

P4 : Je pense que c'est plus dur mais que c'est plus vital donc les personnes le feront, oui je pense que lorsqu'il y a autant de spécificités voilà, mais après ça peut être pareil. Après je pense qu'il y a des patients qui préfèrent ou qui ne préfèrent pas d'autres personnes et ils vont peut-être se pencher un peu plus sur le cas de certaines personnes et du coup en se penchant sur le cas ils peuvent peut-être avoir plus de recul et plus s'en sortir, et du coup inversement s'ils s'entendent mal avec une personne, elle a peut-être eu des problèmes avec d'autres personnes après je parle pour un CMP donc... Le CMP comme il y a les infirmiers, les psychiatres et tout c'est un peu tout une équipe, moi je voulais voir juste le psychiatre j'ai pas eu le choix j'ai eu les rendez-vous infirmiers. Mais voilà du coup une personne qui n'est pas gentille, qui est agressive ou quoi que ce soit et bien on ne se renseigne pas sur le dossier, quand on explique les problèmes et bien ça aussi d'ailleurs on peut avoir un hypochondriaque et du coup il y a tellement de problèmes qu'au final on ne peut pas retenir les informations qui seraient pertinentes et du coup passer à côté de ça. Et pareil comme toutes les autres questions je trouve que c'est un peu brouillon parce que je ne connais pas forcément les systèmes des CMP et du coup c'est pas....

I : Oui, ça n'est pas forcément ce que je vous demande, ce que je vous demande c'est vraiment votre ressenti à vous, si vraiment là avec vos connaissances actuelles et comme vous êtes, c'est : dans la peau du psychiatre, donc vous faites comme si vous étiez un psychiatre,

vous devez aborder ce sujet avec votre patient, il y a des choses qui vous gêneraient et quelles sont-elles ? si il y en avait ou alors qu'est-ce qui pourrait vous empêcher de l'aborder ?

P4 : Alors pour rajouter... Eviter les questions gênantes il peut y avoir ça aussi. J'ai dit tellement de choses aussi, je ne vais pas me répéter. Je vais peut-être repartir dans une démarche et je vais juste me répéter d'une autre façon...

I : Vous voulez qu'on arrête là pour celle-là ? Ok et bien je fais la dernière question.

P4 : Comme je vous dis si vous pensez avoir des spécifications ou des précisions que vous voulez que je détaille parce que peut-être vous avez l'impression que j'ai mal compris la question, n'hésitez pas.

I : Je vous ai déjà fait répéter quelques fois, mais non n'ayez pas peur de mal comprendre la question, c'est vous vous pouvez expliquer comme vous voyez les choses.

P4 : D'accord.

I : Du coup dernière question : Selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

P4 : J'ai pensé à une connerie mais c'est pas grave. Euhh alors...Je pense que déjà il y a une partie sur l'éducation, une éducation différente. Par exemple la France par rapport aux Etats-Unis, j'ai quelques copains qui sont aux Etats-Unis bah ils m'expliquent que par exemple après 17 ans nous en France niveau sexualité c'est pas ouvert du tout. Dans le sens où tout le monde va pas en parler, quand il y a le moindre problème ça va se garder sur plusieurs années. Du coup on a le même problème qu'au niveau de la drague et tout le reste c'est... Les gens ont beaucoup de recul, je sais que moi je ne pourrais pas aller « attaquer », euuuh excusez-moi du terme, je ne pourrais pas aller m'avancer pour aller draguer une fille, ouais j'aurais beaucoup de mal alors que je sais que dans d'autres pays notamment aux Etats-Unis parce que j'ai mes collègues, ben à 17 ans tout le monde est ouvert sur le sexe, tout le monde se fait plaisir et qu'il y ait plusieurs partenaires dans le même mois, ça ne va pas déranger d'autres personnes.

I : Ce que vous voulez dire c'est que ça serait plus sociétal ? Moins tabou ?

P4 : Oui oui au niveau de l'éducation etc...

I : Oui oui c'est ça, c'était juste pour savoir si j'avais bien compris.

P4 : D'accord, oui bah c'est ça voilà.

En fait on est peut-être trop coincés du coup en France de manière générale.

I : D'accord et plus spécifiquement dans les consultations psychiatriques, on peut la diviser en deux la question, on pourrait dire : qu'est-ce qui pourrait vous permettre d'en parler plus facilement avec votre psychiatre ? Vous.

P4 : Je pense que ça dépend vraiment des personnes...

I : Vous est-ce que vous pensez qu'il y a des choses qui seraient possible d'améliorer pour que vous puissiez en parler plus facilement ?

P4 : Honnêtement là-dessus je bloque un peu, j'ai pas de bons ou mauvais conseils comme je ne suis pas vraiment dans ce cas.

Moi j'ai pas la meilleure vie sexuelle du monde hein, y a pas de souci mais non moi je ne suis pas trop dans ce cas-là.

I : Ok, du coup dans l'autre sens qu'est-ce qui pourrait permettre à votre psychiatre d'en parler plus facilement ? Avec vous ?

P4 : Je pense déjà la gravité de... bah la gravité, si ça peut être une gêne importante ou une gêne bénigne. Si ça peut toucher à la stérilité d'une personne n'importe quel médecin voudra en parler. D'ailleurs sûrement par peur parce que s'ils n'en parlent pas et que ça se décrète il serait très mal je pense. Mais au moins sans la gravité on est sûr que les personnes normalement devraient en parler par faute professionnelle. Mais du coup pour tout ce qui serait mineur...

I : Qu'est-ce que vous entendez par mineur du coup ?

P4 : Bah comme je disais que si c'est grave le médecin en parlerait forcément tout ce que je dis mineur c'est qui ne serait pas alertant ou qui serait juste des petites gênes qui pourraient être temporaires, qui seraient que sur quelques semaines, quelques mois mais qui ne seraient jamais à vie quoi.

De toute façon pour que les personnes en parlent faut qu'ils aient la chose en tête donc à moins que les personnes comprennent qu'avec leur diagnostic, avec leur maladie y a dans les effets troubles sexuels et que c'est détaillé, déjà juste voir ça, ça les ferait tilter ça leur donnerait envie d'en parler. Si ça n'existe pas, ça n'existe juste pas et jamais personne n'y pensera. Mais juste mettre les petites affiches qu'il y a chez les médecins pour expliquer, si vous mettiez ça au C3R en expliquant je sais pas : clozapine trouble de l'érection bah ... je pense que juste de là il y aurait plusieurs personnes qui en parleraient.

I : Donc qu'il y ait une information prévue un peu systématique c'est ça ?

P4 : Oui qu'il y ait une information après je dis pas envoyer des tracts à toutes les personnes ou juste mettre une affiche. Les tracts si les gens n'en veulent pas ils les écrasent et les jettent à la poubelle et les affiches il y en a 14. Donc je sais que moi tant que les gens ils lisent des informations qu'ils retiennent et qu'ils se disent : ça peut exister ce problème. A partir de ce moment-là ils vont commencer à en parler. Après j'aime pas généraliser je dirais 70-80% des cas qui font ça et les autres ils font leur vie...

I : Vous voyez d'autres pistes d'améliorations dans un sens ou dans un autre ?

P4 : Bah écoutez, le phénomène sociétaire, la prise d'informations, bah je ne vois pas trop peut-être des petites choses mais ça reprend un peu les autres.

I : Comme quoi ?

P4 : Par exemple pour le médecin si par exemple si niveau sexualité.... Nan c'est bon je me suis embrouillé, j'abandonne.

I : Vous abandonnez ?

P4 : Oui.

I : Ok, on en reste là du coup ?

P4 : Oui si vous voulez.

I : Ou vous voulez ajouter autre chose ? c'est comme vous voulez .

P4 : Pas forcément, non pour moi c'est bon.

P5 :

I : Si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec votre traitement, pourriez-vous aborder ce sujet avec votre psychiatre ?

P5 : Oui

I : Dans quel objectif et comment votre psychiatre réagirait-il ?

P5 : Je pense qu'il serait très bienveillant et très à mon écoute. Ce serait dans l'objectif d'essayer de limiter les effets négatifs que peut engendrer le traitement.

I : Très bien, vous voyez d'autres choses à rajouter pour cette question ?

P5 : Non

I : D'accord, alors on passe à la question 2 : vous sentiriez-vous gêné à l'idée de parler de ce sujet avec votre psychiatre ?

P5 : Forcément un petit peu.

I : Alors pour quelles raisons, est-ce que vous pouvez essayer de me dire ?

P5 : Parce que ça touche à l'ordre de l'intime, du sexuel, donc c'est pas toujours évident d'aborder ce sujet. C'est compliqué je trouve de parler de sexualité de façon libre.

I : Avec votre psychiatre c'est pas quelque chose qui est aisé ?

P5 : S'il fallait que je le fasse je pourrais le faire parce que je sais qu'il est super bienveillant, c'est un très bon psychiatre. Mais forcément il y a une part de gêne quand on évoque la sexualité.

I : A propos de cette gêne, est-ce que vous avez des éléments de réponse pour expliquer cette gêne ?

P5 : Non je dirais que c'est la société, le formatage de la société qui fait que c'est un peu tabou de parler de sexualité etc...

I : D'accord. Est-ce que vous voyez d'autres choses que vous aimeriez rajouter ?

P5 : Non

I : D'accord on va passer à la question 3 : votre psychiatre aborde-t-il facilement ce sujet avec vous ?

P5 : Non, parce qu'on n'en a jamais parlé.

I : D'accord, si non et que vous vous mettez à la place de votre psychiatre, qu'est ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

P5 : Peut-être le fait que je sois une femme et que lui soit un homme. Et peut-être parce qu'il n'y pense pas forcément. C'est vrai que moi avant d'avoir reçu le mail je ne m'étais pas posé la question d'effets indésirables sur la libido ou la sexualité sous traitement neuroleptique.

I : Donc si je résume un peu ce que vous m'avez dit : peut-être que c'est plus difficile d'en parler quand on est pas du même sexe, et vous avez aussi dit qu'il n'y a peut-être pas pensé et aussi ce que vous dites ce que vous n'étiez pas informée de ce genre de chose.

P5 : Oui c'est exactement ça.

I : Est-ce que vous voyez d'autres choses qui pourraient gêner votre psychiatre pour en parler ?

P5 : Non

I : On va passer à la dernière question : Selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

P5 : Déjà que le patient ait connaissance qu'il puisse y avoir des troubles. La connaissance de ça, parce que moi j'étais pas au courant. Est-ce que vous pouvez me répéter la question s'il vous plait ?

I : Oui, selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

P5 : Que le psychiatre pose des questions sur la sexualité, sachant que sa patiente est sous neuroleptique, que le professionnel de santé soit plus enclin à en parler de lui-même en fait.

I : D'accord et qu'est-ce qui pourrait vous permettre d'en parler plus facilement avec votre psychiatre ?

P5 : Que ce soit lui qui aborde le sujet.

I : D'accord. Qu'est-ce qui pourrait permettre à votre avis à votre psychiatre d'en parler plus facilement avec vous ?

P5 : Alors ça ... Est-ce qu'il est au courant ? Est-ce qu'il y pense ?

I : Si je résume un peu ce que vous disiez, pour améliorer l'évaluation il faudrait une bonne information des 2 cotés, autant les patients que les psychiatres, qu'ils soient bien au courant de ce genre de problématiques avec ces traitements. Et que le psychiatre en parle de lui-même parce que c'est lui qui prescrit le traitement et ça vous éviterait de ressentir de la gêne ?

P5 : Oui tout à fait.

I : Est-ce que vous voyez d'autres choses ?

P5 : Non je pense que j'ai tout dit.

P6 :

I : Si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec votre traitement, pourriez-vous aborder ce sujet avec votre psychiatre ?

P6 : Oui

I : A votre avis dans quel objectif et comment votre psychiatre réagit-il ?

P6 : L'objectif c'est de me venir en aide et elle a bien réagi mais elle m'a dit que c'était difficile pour elle de trouver des solutions parce que ça dépend aussi du partenaire. Le partenaire peut aussi être fatigué etc.

I : D'accord elle a pu vous dire des choses comme ça. Est-ce que vous voyez d'autres choses sur ce sujet-là ?

P6 : Non c'est tout.

I : Ok on va passer à la 2^{ème} question, vous sentiriez-vous gênée à l'idée de parler de ce sujet avec votre psychiatre ?

P6 : Non

I : D'accord.

P6 : Elle m'a dit qu'elle était désolée, que c'était un problème liée au traitement comme les problème de concentration etc ...

I : Est-ce que vous arrivez à imaginer que d'autres patients puissent se sentir gênés à l'idée de parler de ce sujet avec leur psychiatre ?

P6 : Oui ça peut être tabou.

I : Vous pouvez imaginer un peu pourquoi ?

P6 : Oui pour les gens ça peut les gêner de parler de leur sexualité. Moi c'était plutôt le fait de parler des hallucinations. C'était un sujet délicat à aborder pour moi mais ça dépend de l'éducation etc.

I : Oui vous pensez que ça dépend de chaque personne.

P6 : Oui parce que par exemple les hallucinations tout le monde n'en a pas donc ça peut être difficile.

I : Oui d'accord. Si vous n'avez pas d'autres choses on va passer à la question 3. Votre psychiatre aborde-t-il facilement ce sujet avec vous ?

P6 : Oui, enfin c'est plus moi qui vais lui rappeler mais sinon oui.

I : Vous diriez que le psychiatre l'aborde facilement avec vous ?

P6 : Oui il essaye de chercher s'il y a des problèmes avec le traitement.

I : Comment vous vous êtes sentie lorsqu'il a abordé le sujet ?

P6 : Eh bien j'en avais donc j'étais contente qu'il aborde la question.

I : Et qu'est-ce qui a pu faciliter l'abord de ce sujet ?

P6 : Ma simplicité, pour moi elle est là pour me soigner donc elle doit aborder tous les problèmes que je peux rencontrer.

I : D'accord

P6 : Si je la consulte c'est pour aller mieux donc si c'est normal c'est normal sinon c'est que quelque chose ne va pas et il faut que je lui en parle.

I : Ok du coup on va passer à la dernière question. Selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

P6 : Ah. Alors en parler dès le début. C'est-à-dire prévenir qu'avec les traitements psychotropes il peut y avoir des perturbations à ce niveau-là même avant la prise de médicament. Et qu'il y a des molécules différentes si cela ne se passe pas bien.

I : D'accord. Qu'est-ce qui pourrait vous permettre d'en parler plus facilement ?

P6 : Peut-être en parler en groupe ?

I : Oui ?

P6 : Oui parce que des fois c'est difficile d'en parler en face à face alors que s'il y a d'autres gens ça peut débloquer les choses.

I : D'accord et ça serait avec un psychiatre ou pas forcément ?

P6 : Oui ou un autre médecin comme un médecin généraliste pour qu'il puisse des choses par rapport au traitement.

I : D'accord pour qu'il y ait le volet information. D'accord. Et qu'est-ce qui pourrait permettre à votre psychiatre d'en parler plus facilement ?

P6 : Peut-être de l'afficher dans son bureau avec une affiche. Pour que ça lui fasse penser à ce sujet...

I : Oui vous voulez dire des choses qui lui rappellent et qu'elle puisse en parler comme ça ?

P6 : Oui voilà.

P7 :

I : Si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec votre traitement pourriez-vous aborder le sujet avec votre psychiatre ?

P7 : Bien sûr oui !

I : Oui, dans quel objectif et comment votre psychiatre réagirait-il ?

P7 : Je ne sais pas je pense qu'il garderait le secret professionnel je pense, je ne le dirais pas à tout le monde quoi si je serais malade. Mais j'ai pas de problème...

I : D'accord et si vous abordez cela avec votre psychiatre comment vous pensez qu'il réagirait ?

P7 : Je ne sais pas, j'en sais rien.

I : Vous pouvez essayer de vous mettre à sa place ? Savoir lui ce que ça pourrait lui faire ?

P7 : Comment il réagirait ? Bah il poserait des questions mais je ne peux pas vous dire comment il réagirait, je ne sais pas.

I : Ouais ? C'était en imaginant.

P7 : Ouais bah je ne sais pas.

I : D'accord, je passe à la question 2 alors ?

P7 : Oui.

I : Est-ce que vous vous sentiriez gêné à l'idée de parler de ce sujet avec votre psychiatre ?

P7 : Nan.

I : Pas du tout ?

P7 : Nan.

I : Vous pensez que ça pourrait gêner d'autres patients ?

P7 : Certainement oui, peut-être qu'il y en a qui seraient gênés.

I : Pourquoi vous pensez qu'ils pourraient être gênés ?

P7 : Si c'est d'ordre sexuel y en a qui ne le diraient pas.

I : Pourquoi vous pensez ?

P7 : C'est un sujet tabou quand même... Je pense hein.

I : Vous voulez développer un petit peu plus ou pas ?

P7 : Comment vous expliquer ? Non je ne sais pas, c'est tabou mais en même temps un psychiatre on peut tout lui dire.

I : Pourquoi ?

P7 : Parce que ce sont des personnes qui sont là pour ça quoi.

I : Vous voulez dire par rapport à leur métier ?

P7 : Oui par rapport à leur métier, on peut tout leur dire.

I : Vous vous sentez plutôt à l'aise pour parler de tout avec votre psychiatre ?

P7 : Oui bien sûr.

I : Vous voulez ajouter quelque chose par rapport à cette question ou vous voulez passer à la troisième ?

P7 : Passez à la troisième.

I : Votre psychiatre aborde-t-il facilement ce sujet avec vous ?

P7 : Elle ne m'en a jamais parlé...

I : Et si vous vous mettez à la place de votre psychiatre qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

P7 : Bah on parle de beaucoup de choses mais pas de ça, on n'a jamais parlé de sexe ou de problèmes sexuels que je pourrais avoir, avec le psychiatre.

I : Pourquoi selon vous ?

P7 : Pourquoi il ne m'en parle pas ?

I : Oui.

P7 : Ça il faudrait lui poser la question mais...

I : Mais je vous la pose à vous là.

P7 : Oui, c'est compliqué comme question. Pourquoi ? Pourquoi ? On parle de problèmes mais on ne parle pas de ça on n'a jamais parlé de ça. Pourquoi je ne sais pas, je ne peux pas vous dire.

I : L'idée c'était que vous puissiez essayer de vous mettre à sa place un petit peu, vous ne voyez pas du tout ce qui pourrait le gêner ?

P7 : Je ne sais pas.

I : Ok, 4ème question alors ?

P7 : Oui.

I : Selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

P7 : Bah déjà les doses de traitement, il y en a qui ont de fortes doses, ça leur coupe la libido.

Moi je n'ai pas une forte dose, je vois des femmes de temps en temps. Je ne suis pas marié mais je vois quelques femmes. J'ai pas de problèmes.

I : Après là c'était plus, et c'est un petit peu l'objet du questionnaire, c'est que des fois ce n'est pas abordé alors qu'il y a des problèmes.

P7 : Ouais.

I : Et on sait que comme vous l'avez dit ça arrive qu'on en parle pas. Et donc selon vous comment on pourrait améliorer les choses ?

P7 : Et ben plus en parler.

I : Pour qu'on puisse...

P7 : Plus en parler avec les patients.

I : Oui, vous avez des pistes d'amélioration ou pas ?

P7 : Bah d'en parler de temps en temps s'ils ont des problèmes.

I : Vous voulez dire demander systématiquement, de temps en temps... ?

P7 : Oui, oui, oui !

I : Donc ça c'est du côté du psychiatre ?

P7 : Oui du psychiatre, du psychiatre !

I : Il y a d'autres chose que le psychiatre pourrait améliorer vous pensez ?

P7 : Améliorer... bah à part prescrire du viagra... je ne vois pas trop.

I : Il y a des choses qui permettraient au psychiatre d'en parler plus facilement vous pensez ?

P7 : Bah un psychiatre normalement ça parle de tout ! Y a pas de tabou, alors il pourrait en parler. Moi il ne m'en a jamais parlé je vous le dis franchement. Tous les psychiatres que j'ai vus depuis 20 ans y en a aucun qui m'a parlé de problèmes que je pourrais avoir, sexuels.

I : A part en parler systématiquement vous n'avez pas d'autres idées pour que ça soit plus facile pour le psychiatre ?

P7 : Bah comme je vous dis y a des gens qui sont renfermés qui ne veulent pas en parler.

I : Donc là moi je vous demandais du côté du psychiatre, et là je voudrais vous demander qu'est-ce qui pourrait vous permettre d'en parler plus facilement vous avec votre psychiatre ?

P7 : Moi si j'avais un problème j'en parlerais.

I : Et sur les patients de manière générale, là comme vous dites que des fois ça les gêne, qu'est ce qui ferait qu'ils puissent en parler plus facilement ? Que l'on pourrait améliorer ?

P7 : Bah si on nous pose la question, moi il ne m'a jamais posé la question. Des fois eux il ne leur a jamais posé, bah ils n'en parleraient pas d'eux-même.

I : D'accord mais vous n'avez pas d'idée sur comment ils pourraient l'évoquer à leur psychiatre plus facilement ?

P7 : Je ne sais pas, je ne sais pas.

I : Vous ne voyez pas ?

P7 : Non.

I : Ok, ça marche, vous voulez rajouter quelque chose par rapport à toutes ces questions ?

P7 : Non, non.

I : D'accord, et bien j'ai fini mes questions donc si vous voulez on arrête l'entretien ici ?

P7 : Très bien comme vous voulez, je n'ai rien à rajouter.

P8 :

I : Si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec votre traitement, pourriez-vous aborder ce sujet avec votre psychiatre ?

P8 : Oui

I : Si oui, dans quel objectif et comment votre psychiatre réagirait il ?

P8 : Être à l'écoute et m'aider.

I : D'accord, est-ce que vous voyez d'autres choses ?

P8 : Je sais pas, non je pense que ça paraîtrait normal... Peut-être qu'elle trouverait ça compliqué de changer certains traitements pour une sexualité épanouie mais en même temps c'est important.

I : D'accord, je vous répète la question, dans quel objectif et comment votre psychiatre réagirait-il à l'abord de vos troubles sexuels liés au traitement ?

P8 : Dans l'objectif de m'aider mais là actuellement avec la Mirtazapine j'ai plus du tout de libido donc c'est vrai que non seulement j'ai le poids mais je n'ai plus de libido donc faut que je lui en parle aujourd'hui justement.

I : Ok, on peut passer à la question 2. Vous sentiriez-vous gênée à l'idée de parler de ce sujet avec votre psychiatre et si oui pour quelles raisons ?

P8 : Non je ne me sentirais pas forcément gênée mais c'est peut-être plus facile d'en parler à une femme qu'à un homme.

I : D'accord, est-ce qu'il y a d'autres choses qui pourraient vous gêner ?

P8 : C'est assez intime. Moi j'avais déjà eu des problèmes comme ça où je croyais que mon mari me trompait et j'en ai parlé à mon médecin et je lui avais dit que les préservatifs qu'on utilisait, disparaissaient, et elle m'a dit mais vous êtes malade, pourquoi vous dites ça, c'est la maladie qui vous fait dire ça... Voilà.

I : D'accord donc ça n'avait pas forcément été facile.

P8 : Non

I : Alors après c'était pas exactement des effets indésirables.

P8 : Mais là c'était une crise qui remonte à la naissance de mon deuxième garçon.

I : D'accord, est ce que vous voyez d'autres choses sur le fait de pouvoir ressentir de la gêne à parler de ce sujet avec votre psychiatre ?

P8 : La différence d'âge aussi peut être. Ou pas la différence d'âge mais l'ouverture d'esprit peut-être. J'en parlerais plus facilement à mon infirmière qu'à mon psychiatre.

I : D'accord pourquoi à votre avis ?

P8 : Parce qu'on parle plus de sujets intimes avec l'infirmière et plus de médicaments avec la psychiatre.

I : D'accord alors on va passer à la question 3, est-ce que votre psychiatre aborde facilement ce sujet avec vous ?

P8 : Non.

I : Si vous vous mettez à la place de votre psychiatre, qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

P8 : Je ne sais pas, je ne sais pas quoi dire...

I : C'est difficile comme question, essayez de vous mettre à la place de votre psychiatre et d'imaginer ce qui lui peut le gêner dans le fait d'aborder les effets indésirables sexuels avec vous ?

P8 : Ben c'est ... Je ne sais pas parce que ce n'est pas forcément gênant... C'est naturel ça fait partie de la vie de tous les humains donc je pense qu'elle peut en parler sans être trop gênée je pense...

I : D'accord donc pour vous il n'y a pas vraiment de réponse, vous ne voyez pas vraiment pourquoi elle pourrait être gênée ?

P8 : Non, je ne sais pas pourquoi elle m'en parle pas mais je ne sais pas pourquoi elle pourrait être gênée. Elle peut être gênée parce que c'est l'intimité mais c'est mon médecin donc je pense que ça fait partie du bien-être des patients.

I : Oui d'accord. Alors on va passer à la question 4 : Selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement pendant les consultations psychiatriques ?

P8 : Peut-être avoir des petits questionnaires.

I : Des questionnaires à destination des patients ?

P8 : Voilà, sur papier peut-être que ça serait plus facile de l'écrire.

I : D'accord, qu'est-ce qui pourrait vous permettre d'en parler plus facilement avec votre psychiatre ?

P8 : De lire la notice des médicaments et de revenir sur la notice du médicament avec le médecin.

I : Est-ce que vous voyez d'autres choses ?

P8 : Passer justement par l'intermédiaire de mon infirmière et de lui dire d'en parler au psychiatre.

I : D'accord et à votre avis qu'est-ce qui pourrait permettre à votre psychiatre d'en parler plus facilement avec vous ?

P8 : Que je lui en parle ouvertement. Que ce soit moi qui commence à en parler.

I : Est-ce que vous voyez d'autres choses qui pourraient permettre à votre psychiatre d'en parler plus facilement avec vous ?

P8 : Non je ne vois pas.

I : Très bien merci.

P9 :

I : Si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec votre traitement pourriez-vous aborder ce sujet avec votre psychiatre ?

P9 : Oui je pourrais l'aborder.

I : Si oui dans quel objectif et comment votre psychiatre réagirait-il à votre avis ?

P9 : Je dirais qu'il serait préoccupé pour moi et peut être qu'elle essaierait de me trouver soit des thérapies à faire soit elle changerait le traitement.

I : Donc vous pensez qu'elle aurait une attitude pour changer ou arranger les choses. Est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous viennent à l'esprit sur la réaction de votre psychiatre à l'évocation de troubles sexuels en rapport avec votre traitement ?

P9 : Non je ne vois pas trop.

I : Est-ce qu'on peut passer à la question 2 ?

P9 : Oui.

I : Vous sentiriez-vous gêné à l'idée de parler de ce sujet avec votre psychiatre ?

P9 : Oui.

I : Quelles sont les raisons qui vont faire que vous allez vous sentir gêné d'en parler ?

P9 : Le fait de parler de sujets assez intimes comme ça c'est un peu délicat.

I : Donc il y a l'intimité.

P9 : Il s'agirait de pallier à ce problème. Et comme tout problème c'est pas évident à en parler.

I : D'accord. Ce que vous voulez dire c'est que ça vous gêne un peu d'apporter un problème auquel le psychiatre doit répondre ?

P9 : Oui c'est ça.

I : Donc il y a le côté d'aborder quelque chose qui est intime et qu'est-ce qui est gênant dans le fait de parler de quelque chose d'intime avec votre psychiatre ?

P9 : Je ne sais pas, c'est toujours difficile ces sujets-là. Je ne saurais pas expliquer directement pourquoi ... C'est personnel et c'est pas facile d'en parler...

I : Ok et il y a l'autre notion que vous avez dit c'est que vous apportez un problème que le psychiatre doit résoudre et ça peut être une position un peu gênante pour vous.

P9 : Voilà c'est un peu gênant.

I : Ok, est-ce que vous voyez d'autres choses ?

P9 : Non

I : Ok, on va passer à la question 3. Est-ce que votre psychiatre aborde facilement ce sujet avec vous ?

P9 : Alors je ne peux pas vous dire parce qu'on en parle quasiment jamais, j'ai rarement parlé de ça avec mon psychiatre mais je pense que mon psychiatre, qu'elle aurait pas de problème elle à en parler à moi. Je pense que dans le sens inverse oui, moi j'aurais un peu de la timidité à lui en parler mais je pense qu'elle non. Je pense qu'elle aurait pas de souci parce qu'elle sera là plus pour m'aider quel que soit le sujet.

I : Comme la question c'est ce qu'elle aborde facilement et qu'elle n'en a pas parlé...

P9 : Elle en a pas parlé parce qu'en fait en réalité je lui ai dit que j'avais pas trop envie d'en parler. Si maintenant je lui dis que je peux aborder le sujet, je pense qu'elle n'aura aucune gêne, aucun souci...

I : Ok vous pensez que c'est le fait que ce soit vous qui lui ayez dit que ça vous gênait qui a un peu freiné les choses ?

P9 : Oui c'est ça.

I : Ok. Est-ce qu'on peut imaginer, essayez de vous mettre à la place de votre psychiatre et qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

P9 : A part le fait que je sois un peu gêné... Qu'est-ce qui l'empêcherait de parler de ça ... Je pense dans un premier temps que le fait d'aller bien, parce qu'en ce moment je vais plutôt bien, elle aurait pas envie d'aborder des sujets un peu difficiles parce que je suis dans un moment plutôt bien elle a pas envie d'arrêter ce moment-là. Éventuellement en parler dans un autre moment...

I : Vous pensez que quand ça va bien elle a pas forcément envie de parler de choses qui ne vont pas bien ?

P9 : Oui en tout cas ça peut attendre.

I : Ok, est-ce que vous voyez d'autres choses qui pourraient faire que votre psychiatre aurait du mal à en parler avec vous ?

P9 : Non pas tellement, on fait des rendez-vous régulièrement où on est que moi et mon docteur donc dans une salle fermée, après à partir du moment où il y a un suivi qui se fait, si moi je ne suis pas très gêné je ne vois pas pourquoi elle le serait. A mon avis elle le sera pas.

I : Pour vous, ça vient plus de vous ?

P9 : Oui voilà.

I : On va pouvoir passer à la dernière question sauf si vous voyez d'autres choses ?

P9 : Non.

I : Ok, selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

P9 : Franchement je ne sais pas... Peut-être passer une feuille, remplir des questionnaires au début du traitement et ensuite à la fin, quelque temps après pour voir l'évolution peut être.

I : Ok donc plutôt l'aspect questionnaire qui enlèverait un peu la gêne ?

P9 : Oui le fait de le faire sur une feuille ça enlève un peu la gêne plutôt que de le dire oralement.

I : D'accord. Qu'est-ce qui pourrait vous permettre d'en parler plus facilement ?

P9 : Je ne sais pas peut-être que si vraiment elle y tient, si vraiment elle insiste, je pourrais en parler malgré la gêne. Parce que la gêne n'est pas non plus énorme. Si vraiment elle tient à en parler pourquoi pas ...

I : D'accord vous pensez que peut être le fait qu'elle insiste ...

P9 : Oui il n'y a pas grand-chose de mal à insister de la part du docteur.

I : D'accord.

P9 : Tant qu'elle fait ça pour le bien du patient...

I : D'accord, vous ça vous aiderait ?

P9 : Oui parce que quand on me dit, dites-moi si vous avez des problèmes et que d'un autre côté vraiment on insiste c'est pas pareil.

I : D'accord, qu'est-ce qui pourrait permettre à votre psychiatre d'en parler plus facilement avec vous ?

P9 : Je ne saurais pas trop.

I : C'est un peu l'idée de se mettre à la place du psychiatre et d'imaginer ce qu'on pourrait faire pour qu'il arrive mieux à en parler avec vous.

P9 : J'ai un peu du mal à me mettre à la place du psychiatre.

I : Ok.

P9 : Sur la première question j'avais un petit doute au début, c'était quoi ?

I : Si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec votre traitement, pourriez-vous aborder ce sujet avec votre psychiatre ? Vous aviez dit oui et la question c'était dans quel objectif et comment votre psychiatre va réagir ?

P9 : Moi personnellement j'ai eu des problèmes avec le traitement mais j'en ai pas parlé.

I : D'accord et qu'est ce qui a fait que vous en avez pas parlé ?

P9 : En fait je pensais et je pense encore maintenant que pour l'instant j'ai d'autres soucis que ces soucis-là. Qui font que du coup j'ai pas vraiment envie d'en parler. Il y a une gêne et pour l'instant à mon niveau c'est un peu secondaire comme problème.

I : D'accord vous estimez que c'est secondaire et par rapport à quoi ?

P9 : Par rapport au reste de la maladie... Par exemple la concentration, j'ai beaucoup de problèmes de ce côté-là et je pense que c'est plus important dans un premier temps et ensuite la question sexuelle vient après je pense.

I : Vous gardez un peu les effets indésirables on va dire et celui-ci aurait un peu moins d'importance pour vous ?

P9 : Oui.

I : Ok très bien, est-ce qu'il y avait autre chose ?

P9 : Non.

P10 :

I : Lors d'une consultation avec votre psychiatre, si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec votre psychiatre pourriez-vous aborder ce sujet avec votre psychiatre ?

P10 : Oui.

I : Dans quel objectif et comment votre psychiatre réagirait-il ?

P10 : Il serait, comment on dit ça ? Objectif. Dans le but de pouvoir améliorer cette gêne occasionnée par le médicament. Que ça soit le Dr ***** ou les 2 docteurs que j'ai en libéral, ils sont ouverts à ça.

I : Ok donc je reformule un peu ce que vous avez dit. Vous vous pensez que le psychiatre va bien prendre la chose et va essayer d'améliorer les choses pour que cela se passe au mieux pour vous.

P10 : Oui de toute façon c'est ce qui s'est passé... J'étais sur la Risperidone avant et j'avais pas mal d'effets secondaires que ça soit sexuel ou la fatigue et du coup on est passé sur l'Aripiprazole.

I : D'accord, c'était dans ce but-là, donc vous êtes l'exemple que ça a fonctionné en en parlant.

P10 : Oui tout à fait.

I : Donc vous avez pu en parler mais on peut quand même poser la deuxième question : vous sentiriez-vous gêné à l'idée de parler de ce sujet avec votre psychiatre ? Et si oui pour quelles raisons ?

P10 : Moi je ne serais pas gêné mais je peux comprendre que les gens soient gênés. C'est quelque chose qui est assez intime. Donc on n'aime pas, surtout parler à un autre homme des fois c'est assez compliqué.

I : Un autre homme, vous pensez qu'une femme ça serait différent ?

P10 : Ça serait plus compliqué que l'homme mais l'homme c'est déjà assez compliqué comme ça.

I : Est-ce qu'il y a d'autres choses ?

P10 : Je comprends que ça soit intime pour d'autres personnes mais pour moi en tout cas c'est quelque chose que si on n'en parle pas je ne peux pas améliorer. Et je sais que dans mon ancienne relation qui s'est finie il y a pas longtemps, c'est quelque chose qui était assez compliqué au début. Mon ex-petite copine en a assez souffert, donc je suis bien obligé d'en parler pour améliorer ça.

I : D'accord donc vous partez du principe que si vous voulez que ça change il faut en parler.

P10 : Bien sûr.

I : Vous finalement il n'y pas de gêne à parler de ça. Est-ce que c'est parce que ça fait partie du traitement et de la prise en charge psychiatrique ?

P10 : Oui ça en fait partie mais ça fait partie aussi de mon éducation, je suis dans une famille où il n'y pas de tabou où il n'y a pas de chose où on ne peut pas parler...

I : D'accord donc vous pensez aussi que ça peut être lié à des caractéristiques de chacun ?

P10 : Oui l'environnement les choses comme ça...

I : Est-ce qu'il y a autre chose ?

P10 : Non.

I : On va passer à la 3^{ème} question : votre psychiatre aborde-t-il facilement ce sujet avec vous ?

P10 : Bah disons que si j'en parle pas il ne va pas m'en parler parce que forcément il le sait pas.

I : Ok.

P10 : C'est pas obligé qu'il le sache mais je sais que la fatigue il m'a déjà posé la question comment ça allait. Moi j'ai des problèmes d'émoussement affectif, donc l'émoussement affectif il me demande régulièrement comment ça se passe. Mais sexuel nan il ne va pas forcément poser la question mais... je sais que ce n'est pas qu'il ne veut pas me poser la question... mais c'est juste je pense qu'il respecte mon intimité.

I : Justement vous répondez un peu à la troisième question, vous pensez qu'il n'en parle pas spontanément votre psychiatre. Et donc si vous vous mettez à la place de votre psychiatre qu'est-ce qui peut l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

P10 : L'intimité ! C'est un peu tabou chez les gens donc si le psychiatre pose la question à quelqu'un, il peut mettre mal à l'aise la personne ou se confronter à une personne qui va être très réticente à ce sujet-là.

I : Vous voulez dire le patient peut être mal à l'aise ?

P10 : Oui, la personne concernée par le médicament peut se sentir très mal à l'aise à ce sujet-là.

I : Parce que vous estimez que c'est un sujet encore assez tabou ?

P10 : Oui je pense. Je ne prends pas l'exemple de tout le monde mais je pense que, du peu que j'ai vu moi par rapport à la maladie, on s'enferme beaucoup sur nous, les liens sociaux on n'en a pas forcément. Ce qui fait qu'à mon avis il y a des gens qui ont très peu de rapports voir pas de rapport. Donc je pense que c'est déjà assez un complexe pour eux. Sachant que dans les traitements on prend du poids etc... Donc c'est un sujet tabou pour certaines personnes.

I : D'accord donc effectivement, ce que vous dites c'est intéressant, vous pensez que le psychiatre peut se dire : il est déjà isolé, je ne vais pas pointer quelque chose du doigt qui pourrait le mettre en difficulté ?

P10 : Oui bien sûr. Il peut y avoir ça ou on peut se retrouver face au psychiatre qui lui va poser la question, amener le sujet, et qui va se retrouver face à quelqu'un qui est très gêné et ça va le mettre mal à l'aise.

I : D'accord.

P10 : Moi je pars du principe qu'on est tous différents, on est tous différents par rapport à la maladie donc tout le monde ne perçoit pas les choses de la même façon.

I : Tout à fait. Très bien. Est-ce que vous voyez autre chose qui pourrait empêcher ou freiner votre psychiatre à aborder ce sujet avec vous ?

P10 : Oui, le fait que s'il sait que c'est un tabou chez moi, ça peut le gêner d'en parler.

I : Ok donc vous pensez que si le psychiatre ne sait pas bien comment le patient se sent à ce sujet-là, il peut se dire dans tous les cas j'en parle pas comme ça je ne le gêne pas. C'est ça ?

P10 : Oui bien sûr. Je pense que le but c'est que le patient en parle de lui-même. Enfin moi je vois dans mes études de pair aidant (le DU de Lyon), on nous parle beaucoup que c'est pas à nous de prendre des décisions à la place du patient. Qu'on soit psychiatre, pair-aidant ou infirmier, case manager. Il faut que ça soit lui (le patient) qui en parle de lui-même je pense.

I : Très bien, vous commencez un peu à répondre à la dernière question. Selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés au traitement dans les consultations psychiatriques ?

P10 : ... Comment on pourrait faire ... Il y a plusieurs solutions, on pourrait avoir quelqu'un qui est spécialiste dans ça. Et mettre en avant un rendez-vous avec elle par exemple si la personne le souhaite lors des prises en charge. Ou sur le plan de suivi individualisé (PSI), la personne concernée peut dire moi j'ai des troubles sexuels à cause de mon médicament je souhaiterais voir une personne qui est spécialisée dans ça. S'il y en a une dans le centre de réhabilitation c'est mieux.

I : Ok donc plutôt quelqu'un qui serait différent du psychiatre vous verrez vous ?

P10 : Oui on peut faire ça. Ou carrément faire de la sensibilisation sur ça.

I : Donc soit quelqu'un de différent du psychiatre soit sensibiliser ou informer ?

P10 : Oui sensibiliser, dire qu'il y a des risques et qu'il faut pas hésiter à en parler.

I : C'est des choses qui vous permettraient vous en tant que patient de mieux en parler ?

P10 : Moi j'ai pas de souci mais je pense que pour certaines personnes oui ça peut être mieux.

I : Est-ce que vous voyez d'autres choses qui pourraient faciliter les personnes à en parler ?

P10 : Des fois c'est quand on est face à la personne donc envoyer un mail, un truc comme ça...

I : D'accord quelque chose où on n'est pas en lien direct avec la personne ?

P10 : Oui pas en lien, des fois on a peur de la réaction, d'être en face de la personne pour le dire ; on se dit on va être pris pour un débile ou un truc comme ça. Peur du jugement. Oui on sait que dans cette maladie-là, la schizophrénie, il y a beaucoup d'interprétations et du coup ça peut freiner la personne à dire, donc peut être que par mail c'est plus facile.

I : D'accord très bien. Alors maintenant c'est la question un peu inverse : qu'est-ce qui pourrait permettre à votre psychiatre d'en parler plus facilement avec vous ?

P10 : Le mail déjà... L'amener doucement, amener la personne sur ce terrain-là mais doucement. Progressivement.

I : Quand vous dites le mail, c'est plutôt par exemple que le patient enverrait le mail à son psychiatre ? Ou que le psychiatre envoie un mail ?

P10 : ça peut être les 2 ou carrément dire à la personne concernée par les troubles, « vous pouvez avoir ça et ça comme effets secondaires », « est-ce que vous en ressentez un que je viens de vous citer ? »

I : Vous voulez dire en énonçant les effets possibles pour voir si la personne se reconnaît dedans ou pas ?

P10 : Oui bien sûr.

I : Est-ce que vous voyez encore quelque chose ? Qu'on pourrait faire pour aider le psychiatre à parler plus facilement ?

P10 : Non pas trop.

I : Merci.

P11 :

I : Le questionnaire se passe lors d'une consultation avec votre psychiatre.

P11 : D'accord.

I : Du coup si vous aviez des troubles sexuels en rapport avec votre traitement pourriez-vous aborder ce sujet avec votre psychiatre ?

P11 : Oui sans problème il est capable de me fournir des réponses, des réponses assez comment dire... Biologico-mécaniques.

I : Oui, du coup il n'y a pas de souci pour aborder ce sujet-là ? Et du coup dans quel objectif l'aborderiez-vous et comment votre psychiatre réagirait-il ?

P11 : Oui sûrement pour une diminution du traitement... et la deuxième partie de la question ?

I : C'était : et comment votre psychiatre y réagirait ?

P11 : Il essayerait de me... de me parler concrètement de l'effet du neuroleptique sur mon corps aussi, il agit pas que sur mon cerveau, il agit aussi sur mon sexe enfin sur les glandes sexuelles...

I : D'accord... du coup sa réaction en abordant ce sujet-là, il réagirait de manière professionnelle c'est ça que vous voulez dire ?

P11 : Oui.

I : Et si non si vous aviez des difficultés à aborder ce sujet qu'est-ce qui pourrait vous poser des difficultés justement ?

P11 : Déjà parler de sexe ouvertement c'est pas... ouais... c'est gênant pour moi.

I : Alors ça rejoint ma deuxième question je me permets de la poser directement du coup. C'est vous sentiriez-vous gêné à l'idée de parler de ce sujet avec votre psychiatre vous répondriez oui ?

P11 : Peut-être pas...

I : D'accord alors pourquoi vous ne seriez pas gêné ? Et si vous étiez gêné qu'est-ce qui pourrait vous gêner ?

P11 : Je pourrais éventuellement prendre du plaisir à en parler en faisant des efforts.

I : C'est-à-dire ?

P11 : Bah déjà oser parler de mes désirs...

I : Je me permets de vous rappeler que c'est vraiment dans le cadre... enfin c'est vraiment parler des troubles sexuels liés aux traitements.

P11 : Ah oui.

I : Du coup est-ce que ça vous gênerait d'aborder ce sujet avec votre psychiatre ?

P11 : Non.

I : Et pourquoi ?

P11 : Disons que j'en ai déjà parlé avec lui, c'était un peu dur à en parler.

I : Qu'est-ce qui était difficile ?

P11 : D'être mécontent de ma sexualité.

I : C'était difficile de l'aborder avec le psychiatre du coup ?

P11 : Nan c'était pas si difficile c'était juste un effort à fournir.

I : Vous en avez parlé assez facilement alors ?

P11 : Finalement oui.

I : Et si deviez avoir des difficultés, qu'est-ce qui pourrait vous gêner alors ?

P11 : Ça pourrait être la présence d'une tierce personne pendant l'entretien, éventuellement que les détails soient enregistrés dans mon dossier. Non je ne vois pas d'autres choses qui pourraient me gêner à part une tierce personne.

I : D'accord rien d'autre à ajouter ? Je passe à la question 3 ?

P11 : Oui.

I : Alors : Votre psychiatre aborde-t-il facilement ce sujet avec vous ?

P11 : Oui, oui oui.

I : Lorsqu'il l'a fait comment vous êtes-vous senti et qu'est-ce qui a pu faciliter l'abord de ce sujet ?

P11 : La confidentialité...

I : Vous voyez d'autres choses ?

P11 : Oui l'aspect mécanique un peu...

I : C'est-à-dire ?

P11 : Qu'il ne se disperse pas dans des détails, c'est vraiment au niveau du pénis comment ça fonctionne.

I : Vous voulez dire c'est plus technique du coup c'est moins difficile ?

P11 : Oui.

I : Est-ce que ce que j'ai dit correspond à ce que vous vouliez dire ?

P11 : Oui.

I : Et du coup sur la première partie de la question c'était « si oui » comment vous êtes-vous senti quand il l'a abordé ?

P11 : Je me suis senti étonné.

I : Pourquoi ?

P11 : C'était tellement simple finalement à aborder, que je n'y croyais pas, je ne sais pas comment dire...

I : D'accord, et si vous vous mettiez à la place de votre psychiatre est-ce qu'il y a des choses qui pourraient l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

P11 : Je ne me mets pas trop à la place de mon psychiatre...

I : Eh bien allez-y essayez. Si vous vous mettiez à la place de votre psychiatre qu'est-ce qui pourrait l'empêcher d'aborder ce sujet avec vous ?

P11 : La peur d'aborder un sujet sensible.

I : Oui de quoi il pourrait avoir peur ?

P11 : De perdre un patient ? D'avoir un patient qui se tourne vers un autre psychiatre, ou peut-être la peur de ne pas se faire comprendre.

I : Ça l'empêcherait de l'aborder avec vous d'avoir peur de ne pas se faire comprendre ?

P11 : Non, non c'est plus dans la société dans laquelle on vit on n'est pas préparé à aborder des sujets... Des sujets qu'on n'aborde pas dans la société civile donc au bout d'un moment on oublie de les aborder.

I : D'accord. Vous vouliez ajouter d'autres choses pour cette question ?

P11 : Non.

I : Je passe à la dernière question du coup ?

P11 : Oui.

I : Alors : selon vous que pourrait-on améliorer dans l'abord des troubles sexuels liés aux traitements dans les consultations psychiatriques ?

P11 : Eventuellement des petites maquettes ou un support visuel...

I : Qui montreraient quoi par exemple vous avez une idée ?

P11 : Qui montreraient les différents canaux, des différents liquides, leur sens de circulation.

I : Vous dites des choses qui expliqueraient la mécanique ?

P11 : Oui.

I : Alors ma question c'était plus dans l'abord de cet effet secondaire-là quand on le recherche.

P11 : Ah oui oui d'accord.

I : Je peux reposer la question du coup ? C'est vraiment dans la recherche des effets secondaires sexuels liés au traitement selon vous que pourrait-on améliorer dans les consultations psychiatriques ?

P11 : Je ne sais pas...

I : Je vais diviser la question en deux si vous le voulez. Qu'est-ce qui pourrait vous permettre d'en parler plus facilement avec votre psychiatre ?

P11 : Par exemple de faire des consultations à thèmes et avoir un thème à une consultation où c'est ce sujet-là.

I : Vous voyez d'autres choses qui pourraient vous permettre d'en parler plus facilement ?

P11 : C'est compliqué mais éventuellement expliquer qu'il y a la cellule femelle et la cellule male qui se rencontrent et parler de ce qu'on ne sait pas par exemple d'à quel moment l'âme arrive dans l'embryon humain en fait par exemple. Mais je m'éloigne un petit peu là, c'est sûr que je m'éloigne un petit peu du sujet d'origine.

I : Oui c'était vraiment dans la recherche d'effets secondaires liés au traitement du coup...

P11 : Alors dans ce cas c'est prévenir le plus tôt possible c'est mieux.

I : Vous voulez dire avant l'introduction du traitement ? Enfin prévenir expliquez-moi.

P11 : Oui oui.

I : C'est ça que vous vouliez dire ? Expliquez-moi.

P11 : Oui soit avant le traitement soit dans des périodes de « switch » soit avant soit pendant le switch.

I : Donc que votre psychiatre vous en parle avant c'est ça ?

P11 : Oui soit de manière directe soit indirecte.

I : C'est-à-dire ?

P11 : Par exemple un petit prospectus, parfois dans l'hôpital on passe des journées à attendre donc on a le temps de lire une plaquette avec quelques mots écrits dessus.

I : Autre chose ?

P11 : Non.

I : Alors je vous pose la deuxième partie de la question : Qu'est-ce qui pourrait permettre à votre psychiatre d'en parler plus facilement avec vous ?

P11 : D'être dans la suggestion un peu, plutôt que de l'aborder directement le suggérer. En abordant des sujets de la vie par exemple des oiseaux qui viennent au bord d'un oisillon, essayer d'amener le sujet sans que ça soit « maintenant on va parler de sexualité », que ça ne soit pas forcément un chapitre à aborder, mais une discussion ouverte.

I : D'accord je rappelle c'est vraiment dans le cadre de la recherche d'effets secondaires sexuels liés au traitement.

P11 : Lui peut-être qu'il peut travailler de son côté, moi je sais que le mien il manque d'informations clairement à ce sujet et c'est vrai que nous on a commencé à aborder ce sujet à un moment mais on a arrêté car on était dans le flou lui et moi.

I : Que le psychiatre ait une meilleure formation ?

P11 : Oui oui c'est ça.

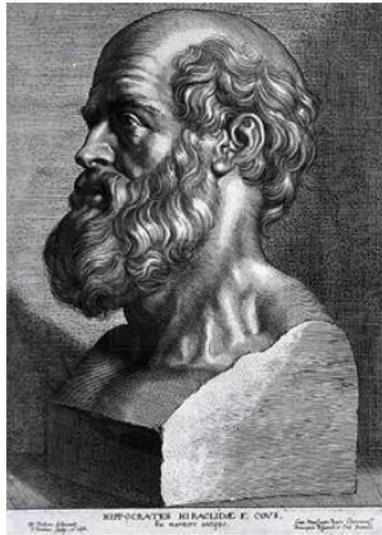
I : Vous voyez autre chose ?

P11 : Non non, ah si éventuellement d'aborder ce sujet à chaque changement de traitement, que ça soit régulier.

I : Ok.

Vous vouliez ajouter quelque chose ?

P11 : Non je ne crois pas.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.