



**HAL**  
open science

## Aborder la sexualité en consultation : l'expérience de médecins généralistes d'Occitanie

Clémence Conrié-Sadde

► **To cite this version:**

Clémence Conrié-Sadde. Aborder la sexualité en consultation : l'expérience de médecins généralistes d'Occitanie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03534516

**HAL Id: dumas-03534516**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03534516v1>**

Submitted on 19 Jan 2022

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de **DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par Clémence CONRIE-SADDE

Le 10 décembre 2020

Aborder la sexualité en consultation :  
L'expérience de médecins généralistes d'Occitanie.

Directrices de thèse : Dr Michèle Cukier et Dr Maïlys Mollaret

**JURY**

Président :

Pr Philippe Lambert

Assesseurs :

Pr Renaud De Tayrac

Dr Agnès Oude Engberink

Dr Michèle Cukier

Dr Maïlys Mollaret



PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIÉ Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

## Professeurs Emérites

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

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

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

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thrapeutique ; mpdecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1<sup>re</sup> classe

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



DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophtalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre

Dermato-vénérologie

SULTAN Ariane

Nutrition

THOUVENOT Éric

Neurologie

THURET Rodolphe

Urologie

VENAIL Frédéric

Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max

Ophtalmologie

VINCENT Denis

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

VINCENT Thierry

Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne

Endocrinologie-diabétologie-nutrition

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

### 2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

### 2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

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

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

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

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

MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe

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

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

#### Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

##### MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe

COSTA David

##### MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

#### Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

## Praticiens Hospitaliers Universitaires

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



# REMERCIEMENTS

## **A Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT**

Pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse,

Pour la qualité de votre enseignement,

Veillez recevoir mes sincères remerciements et soyez assuré de ma respectueuse reconnaissance.

## **A Monsieur le Professeur Renaud DE TAYRAC**

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury.

Je vous remercie sincèrement pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

## **A Madame le Docteur OUDE-ENGBERINK**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail.

Veillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

A mes directrices de thèse,

**Au Dr Michèle CUKIER,**

Merci pour ton soutien tout au long de l'écriture de cette thèse

Merci pour ton enseignement et ta bienveillance pendant ces trois années.

J'ai une grande admiration pour toi, et je te remercie de m'avoir fait partager ton savoir, ta générosité, ton amour des livres et des causes féministes et LGBT !

**Au Dr Maïlys MOLLARET,**

Merci pour ton aide précieuse pour l'écriture de ce travail.

Et merci pour ton soutien, et ta bonne humeur durant ces trois ans. Je suis sincèrement heureuse d'avoir fait ta connaissance, tu m'as beaucoup appris.

Je me réjouis par avance de nos prochaines séances de jeux / sushis !

**Au Dr Patrice CUKIER,**

Merci pour ton enseignement pendant ces trois ans. Merci de m'avoir fait découvrir l'addictologie, avec bienveillance et sans jugement. Je suis heureuse de pouvoir continuer à apprendre à tes côtés encore longtemps, et surtout à déguster du chocolat, des cèpes et des pâtisseries !

A mes parents,

Merci de m'avoir soutenue durant toutes ces années d'études. Vous avez toujours été là quand le courage manquait (« Je suis pas prêêêêête ! »).

Merci **Maman** pour tes conseils, pour tes petits plats en P1 (et après !), et pour nos loooongues conversations au téléphone !

Merci **Papa** pour ta confiance en mes capacités depuis le début, pour tes allers-retours à Clermont en P1, et pour tes blagues (si si je l'avoue elles me font rire) !

Merci à mes grands-parents,

**Pépé et Mémé**, merci pour toutes ces vacances au bord de la mer et pour votre soutien en première année. Et merci pour ces beaux souvenirs des Noëls en famille !

A **Mamie**, je t'embrasse très fort. Et à **Papy**.

A **Nadine et Vincent**,

Merci pour vos histoires d'internat toutes plus loufoques les unes que les autres ! Vous m'avez donné envie de faire ce métier.

A ma cousine **Mathilde**,

Merci pour toutes ces années à rire et jouer ensemble. En vrai nous ne sommes pas cousines, « Nous sommes deux sœurs jumelles ! ». Et à **Seb** !

Merci à Grand **Pierre**, pour ton soutien, et surtout pour tes blagues depuis que je suis toute petite !!

Merci à Petit **Pierre**, je suis heureuse qu'on se soit retrouvés tous les deux il y a quelques années, merci d'être présent !

Et à bébé **Jules**, tu grandis trop vite ! Je suis tellement contente d'être Tata Clémence !!

A **Ines**, qui me soutien et partage mes bonheurs et mes peines depuis plus de deux ans.

Mon amour pour toi grandit tous les jours. Merci de supporter mon hyperactivité au quotidien !

A mes plus vieux amis, **Aurélie, Etienne, Julie et Mathilde**. Déjà 17 ans qu'on se connaît ! Ensemble on est... nature, et ça fait tellement de bien, merci pour tout.

A **Claire**, merci pour ces journées shopping, gâteaux et potins... et pour ton humour noir et ton cynisme aussi ! Tu m'as soutenue bien des fois et je t'en remercie.

A **Thomas**, mon alter égo. On se ressemble beaucoup, c'est probablement pour ça qu'on se comprend aussi bien ! Merci d'avoir répondu présent pendant toutes ces années.

A **Lucile**, à tout ce temps passé à refaire le monde, et à **Pierre**, bientôt tu seras un pro des bivouacs en pleine nature avec nous ! Votre bonheur est contagieux !

A **Quentin, Caro, et Marion**. Sans vous l'externat n'aurait pas été aussi drôle... et festif ! Même dispersés un peu partout en France, quand on se retrouve c'est comme si on s'était quittés la veille.

Aux Biterrois : **Amine, Marwane, Sara, Alex, Pierre**

Je ne sais pas comment j'aurais pu survivre à ce premier semestre sans vous, Merci !

Et à la Coloca !! **Olivia, Valentin, Lucas, Julie, Alice, Cyrille** : Merci pour nos vendredis festifs et nos lendemains cocooning, je n'oublierai jamais les années coloca !

A **Momo**, à nos aprem's potins – randos !

Et aux petits derniers de Montpellier, last but not least : **Clémentine, Paul, Floriane, Kevin, Edouard, Quentin, Manon, Justin, Helo et Steven**. Je suis heureuse de vous avoir tous rencontrés ! Rendez-vous place des Beaux Arts pour de nouvelles aventures !

Et à **Déborah, Maud, Lola, Mahaut, Julie**, merci pour votre soutien pendant mes premiers remplas !!

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

### PARTIE A : Connaissances théoriques

I : La sexualité, un enjeu de santé .....	28
I.1 : La sexualité fait partie de la définition de la santé .....	28
I.2 : La sexualité, un domaine oublié.....	28
I.2.1 : Des lacunes importantes.....	28
I.2.2 : Une éducation à la sexualité inégale.....	29
I.2.3 : Le clitoris, grand oublié de l’Histoire.....	30
I.2.4 : Les organes génitaux masculins, un sujet tabou.....	32
I.2.5 : La sexologie : Histoire et grandes notions .....	32
I.2.6 : De nouvelles visions de la sexualité .....	33
I.3 : La sexualité, un sujet de société.....	34
I.3.1 : Sexualité et âge .....	34
I.3.2 : Sexualité et religion .....	36
I.3.3 : Santé et LGBT .....	38
I.4 : La sexualité, un enjeu de santé publique.....	41
I.4.1 : IST .....	41
I.4.2 : Contraception et IVG.....	43
I.4.3 : Dysfonctions sexuelles .....	43
I.4.4 : Mutilations sexuelles féminines.....	44

II : Médecine générale et sexualité .....	46
II.1 : Les soins primaires au premier plan.....	46
II.2 : Un sujet peu abordé par les médecins.....	46
II.3 : Un sujet pourtant bien accueilli par les patients .....	47

## PARTIE B : Etude

I : Matériel et méthodes.....	49
I.1 : Type d'étude.....	49
I.2 : Population étudiée .....	49
I.3 : Recrutement.....	50
I.4 : Taille de l'échantillon .....	50
I.5 : Méthodologie d'entretien.....	50
I.6 : Analyse des entretiens .....	51
II : Résultats .....	52
II. 1 : Caractéristiques des entretiens.....	52
II.2 : Caractéristiques des participants .....	52
II.2.1 : Sexe des participants.....	52
II.2.2 : Age des participants et nombre d'années d'exercice.....	52
II.2.3 : Mode et lieu d'exercice .....	53
II. 2. 4 : Activité orientée et formations .....	53
II. 3 : La sexualité : un sujet tabou.....	54
II.3.1 : Un sujet différent des autres .....	55
II.3.1.a : Un sujet qu'on aborde dans certaines circonstances .....	55
II.3.1.b : Qu'on aborde à demi-mot.....	59

II.3.2 : Un sujet qui entraîne des réactions négatives.....	60
II.3.2.a : Des sentiments de honte, gêne, bien exprimés.....	60
II.3.2.b : Un langage corporel parlant .....	61
II.3.3 : Un sujet qui touche des questions de société .....	61
II.3.3.a : La religion .....	61
II.3.3.b : La sexualité et les troubles cognitifs .....	62
II.3.3.c : LGBT et LGBTphobie .....	63
II.3.4 : Un sujet qui renvoie à l'intimité du médecin.....	63
II.4 : La sexualité, une limite du métier de médecin ? .....	64
II.4.1 : Une question intrusive .....	65
II.4.2 : Un sujet qui n'est abordé que s'il est pathologique .....	65
II.5 : Un sujet finalement abordable .....	69
II.5.1 : Un sujet bien accueilli quand on en parle.....	69
II.4.2 : Une question comme une autre .....	70
II.4.2.a : Posée de manière systématique .....	70
II.4.2.b : Avec des mots clairs et directs.....	70
II.4.2.c : Abordée librement par les patients.....	71
II.4.3 : Des médecins à l'aise avec le sujet .....	72
II.4.3.a : Du fait de leur formation.....	72
II.4.3.b : Du fait de leur expérience personnelle / de leur personnalité.....	73
II.4.3.c : Parce qu'ils sont détachés .....	73
II.4.3.d : Parce qu'ils connaissent bien leurs patients.....	74
II.4.3.e : Qui savent quoi répondre .....	74
II.4.4 : Des sujets de sexologie abordés pendant la consultation.....	75
II.4.4.a : Le plaisir.....	75



II.4.4.b : La masturbation .....	76
II.4.4.c : La sexualité du couple .....	76
II.5 : Des médecins convaincus de la nécessité d'en parler .....	77
II.5.1 : La sexualité est un sujet important pour les patients.....	77
II.5.1.a : Des patients qui se posent des questions.....	77
II.5.1.b : Un sujet qui doit être abordé avec tout le monde .....	78
II.5.1.c : Des troubles de la sexualité fréquents.....	79
II.5.1.d : En parler peut être une libération .....	79
II.5.2 : Le MG a une place importante pour en parler .....	80
II.5.2.a : Une place de premier recours.....	80
II.5.2.b : Grâce à une relation de confiance .....	81
III : Discussion .....	82
III.1 Forces et limites de l'étude .....	82
III.1.1 Choix d'une étude qualitative phénoménologique .....	82
III.1.2 Choix d'entretiens individuels.....	82
III.1.3 Le recueil de données .....	82
III.1.4 L'analyse des données.....	83
III.2 Principaux résultats et ouverture.....	83
III.2.1 La sexualité : un sujet tabou.....	83
III.2.1.1 Un sujet différent des autres .....	83
III.2.1.2 Un sujet qui entraîne des réactions négatives.....	84
III.2.1.3 Un sujet qui touche des questions de société .....	85
III.2.1.4 Un sujet qui renvoie à l'intimité du médecin.....	85
III.2.2 : La sexualité, une limite du métier de médecin ? .....	86
III.2.2.1 Une question intrusive .....	86

III.2.2.2 Un sujet qui n'est abordé que s'il est pathologique .....	86
III.2.2.3 Des réponses souvent uniquement somatiques.....	87
III.2.2.4 Un sujet peu enseigné en médecine.....	87
III.2.3 Un sujet finalement abordable .....	88
III.2.3.1 Un sujet bien accueilli .....	89
III.2.3.2 Une question comme une autre .....	89
III.2.3.3 Des médecins à l'aise avec le sujet .....	89
III.2.3.4 Des sujets de sexologie abordés pendant la consultation.....	90
III.2.4 Des médecins convaincus de la nécessité d'en parler .....	91
III.2.4.1 La sexualité : un sujet important pour les patients .....	91
III.2.4.2 Le médecin généraliste a une place importante pour en parler .....	92

## CONCLUSION

## BIBLIOGRAPHIE

## ANNEXES

ANNEXE 1 : Formulaire d'information et de consentement .....	101
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	102
ANNEXE 3 : Fiche d'information sur les caractéristiques de l'interviewé.....	104
ANNEXE 4 : Entretien en sexologie clinique.....	105
ANNEXE 5 : « Boîte à outils numériques » pour le médecin généraliste.....	107

# INTRODUCTION

Ce projet de thèse est né de plusieurs constatations, faites au cours de ma pratique de la médecine générale, en stage ou en remplacement : Les patients ont des lacunes importantes en ce qui concerne la sexualité, que ce soit au sujet de leur anatomie, mais aussi de leur plaisir. De plus, j'ai également constaté que le sujet de la sexualité était rarement abordé, autant par le patient que par moi-même.

J'ai donc souhaité étudier de manière plus approfondie les connaissances des patients, mon impression s'est confirmée lors de la rédaction de mon mémoire de diplôme inter-universitaire de gynécologie. J'avais alors choisi d'interroger des adolescentes sur leurs connaissances en anatomie, en physiologie, et en prévention, et j'ai en effet retrouvé beaucoup de lacunes en analysant ces entretiens.

Voulant améliorer mes connaissances dans ce domaine, j'ai participé à une formation menée par la SFTG (Société pour la Formation Thérapeutique du Généraliste), sur la sexologie. J'ai pu entendre l'expérience des médecins présents, qui rejoignait la mienne : c'est un sujet qui peut gêner, autant le médecin que le patient. Mais suite aux cours de sexologie, nous avons appris beaucoup sur l'aide (non médicamenteuse) que l'on peut apporter aux patients sur ce sujet, et la plupart des médecins se disaient prêts à aborder plus régulièrement ce sujet avec leurs patients.

Des études réalisées en France et plus largement dans d'autres pays européens se sont penchées sur l'abord de la sexualité en médecine générale, et le constat est clair : les médecins généralistes, en tant qu'acteurs de soins primaires, devraient être le premier recours des patients pour parler de leur sexualité... Mais cela reste un sujet oublié, et malgré un bon accueil des patients, les praticiens n'abordent que rarement le sujet.

De ces premiers constats est née une interrogation : Quelle est l'expérience des médecins généralistes lorsqu'ils abordent la sexualité en consultation ?

Dans la première partie de ce travail, nous verrons que la sexualité est un enjeu de santé, et que la médecine générale a une place importante pour l'aborder. Dans la deuxième partie nous détaillerons les modalités de l'étude et les résultats que nous avons obtenus.

# PARTIE A : CONNAISSANCES THEORIQUES

## I : La sexualité, un enjeu de santé

### I.1 : La sexualité fait partie de la définition de la santé

L'OMS en 2002 définit la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. (1)

Celle-ci fait donc partie intégrante de la Santé en général, notion qui, toujours selon l'OMS, ne se définit pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité, mais comme un état de complet bien-être physique, mental, et social. (2)

La définition de la santé sexuelle insiste aussi sur la nécessité d'une approche respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et l'importance d'avoir des relations sexuelles agréables et sûres, sans coercition, discrimination ou violence. Enfin les droits sexuels de toutes les personnes doivent être protégés et respectés. (1)

### I.2 : La sexualité, un domaine oublié

#### I.2.1 : Des lacunes importantes

L'anatomie et la physiologie sexuelle sont des domaines dans lesquels les lacunes sont importantes. Par exemple, les auteures du livre « Les Joies d'en bas », publié en 2018, et qui tenaient auparavant un blog sur le corps féminin et la santé sexuelle, disent avoir été surprises du nombre de questions qu'elles ont reçues chaque jour : « Souvent, on nous pose des questions sur ce que nous pensons être élémentaire et enseigné au collège. D'autres fois, il

est évident que les lecteurs cherchent avant tout la confirmation que leur expérience est « normale », et que rien ne cloche chez eux. » (3)

Le Haut Conseil à l'Égalité publie en 2016 un rapport, qui montre que les jeunes, en particulier les filles, méconnaissent leur corps. 84% des jeunes de 13 ans ne savent pas comment représenter leur sexe, alors qu'elles sont 53% à savoir représenter le sexe masculin. De plus, une adolescente de 15 ans sur quatre ne sait pas qu'elle a un clitoris. (4)

La série « Sex Education » produite par Netflix est certes une série humoristique, mais on peut presque croire que ces personnages adolescents, qui portent des masques pour se protéger d'une MST et qui se posent énormément de questions toutes plus drôles les unes que les autres, ne sont pas si caricaturaux que ça. (5)

### 1.2.2 : Une éducation à la sexualité inégale

EN 2001, la loi relative à l'IVG et à la contraception oblige les établissements scolaires (écoles, collèges, lycées) à dispenser une information et une éducation à la sexualité, à raison d'au moins trois séances annuelles, et par groupe d'âge homogène. (6)

Mais d'après le rapport du Haut Conseil à l'Égalité de 2016, l'application de cette loi en milieu scolaire reste inégale selon les territoires, car dépendantes des bonnes volontés individuelles. En effet, 25% des écoles interrogées déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance en matière d'éducation à la sexualité, et lorsque l'éducation à la sexualité est intégrée aux enseignements, elle est largement concentrée sur les sciences (reproduction), plutôt que sur l'égalité filles-garçons, sur l'orientation sexuelle, ou sur les violences sexistes ou sexuelles. (4)

En 2017, plusieurs journalistes se penchent sur les manuels de Sciences de la Vie et de la Terre, et découvrent qu'aucun des huit manuels consultés ne représente le clitoris de manière correcte. (7) Suite à l'action de ces journalistes, ainsi que du collectif SVT-égalité (8), un seul éditeur a choisi de représenter entièrement le clitoris dans son manuel pour la rentrée 2017-2018. Il aura fallu attendre 2019 pour que 5 maisons d'édition sur 8 décident d'intégrer

une représentation correcte du clitoris dans leurs manuels. (9) Odile Fillod, chercheuse canadienne dont nous reparlerons plus tard pour son travail sur le clitoris, met, elle aussi, l'accent sur le déficit d'informations retrouvées dans ces manuels concernant l'anatomie féminine : l'absence du clitoris, l'absence de pilosité pubienne chez la femme alors qu'elle est représentée chez l'homme. (10)

### 1.2.3 : Le clitoris, grand oublié de l'Histoire

Mais l'Histoire du clitoris oublié et méconnu, a débuté bien plus tôt. A l'Antiquité, la médecine d'Hippocrate considère que l'appétit sexuel des femmes est commandé par leur utérus, et qu'en l'absence d'acte sexuel ou de grossesse pour alourdir l'utérus, celui-ci se promène dans le corps, provoquant des crises d'hystérie. Il faut attendre le deuxième siècle avant que l'anatomie féminine ne soit décrite de manière assez précise par Soranos d'Ephèse, médecin auteur d'un traité de gynécologie et d'obstétrique. Il parle en effet des « ailes », qui décrivent les grandes et petites lèvres, et de la « nymphe », petite formation charnue au-dessus du méat urinaire, qui se dissimule sous les lèvres. Soranos parle donc du gland du clitoris, et le positionne bien. (11)

Toujours au II<sup>ème</sup> siècle, Galien, médecin grec, établit un parallèle entre le sexe féminin et masculin, en affirmant que les organes sexuels féminins sont les mêmes que ceux de l'homme, mais qu'ils n'ont pas pu « descendre », pour se retrouver à l'extérieur du corps. L'utérus est ainsi associé au scrotum, le vagin au pénis, et les lèvres au prépuce, autrement dit une excroissance de chair n'ayant que pour fonction de protéger les organes génitaux du froid. Ainsi commence l'invisibilisation de l'organe du clitoris, qui disparaît des descriptions. Mais si la nymphe n'est plus vue ni décrite comme un organe sexuel depuis Galien, la mention de la nymphotomie, recommandée dans la littérature médicale grecque du II<sup>ème</sup> siècle en cas de nymphe "trop grande", va quand même perdurer jusqu'à la renaissance.

Il faudra attendre les Humanistes de la renaissance pour entendre parler de « kleitoris », décrit par Bonaccioli dans son traité de gynécologie, et comparé au gland du pénis.

Au milieu du XVI<sup>e</sup> siècle, trois anatomistes italiens, Eustachi (1552), Colombo (1559) et Falloppio (1561), décrivent la partie interne du clitoris (avec ses deux « jambes »), uniquement accessible par la dissection. (12)

C'est au siècle des lumières que le clitoris devient pour les médecins et chercheurs un organe à part entière, dédié au plaisir féminin. Mais pourtant l'époque s'accompagne d'une condamnation de la masturbation par l'Eglise... et le clitoris redevient un organe oublié.

En 1844, un professeur d'anatomie allemand, Georg Ludwig Kobelt, étudie l'innervation de l'appareil génital féminin et découvre que le gland du clitoris, du fait de sa très grande innervation sensitive (bien supérieure à celle du vagin), en fait le principal responsable du plaisir des femmes. Mais, peu de temps après, avec la découverte de la fécondation, on comprend que le clitoris n'a pas de rôle dans la procréation, et il est qualifié « d'organe inutile ».

En 1905, Freud expose sa « théorie de la maturation sexuelle des femmes, selon laquelle « l'orgasme vaginal » est la preuve d'une sexualité adulte, alors que « l'orgasme clitoridien », est honteux, et correspond à une sexualité infantile.

En 1948, la vingt-cinquième édition du célèbre livre d'anatomie le Gray's Anatomy sort, et le clitoris a été effacé du dessin de l'anatomie féminine. (13) Il faut attendre les années 2000 pour que le clitoris soit enfin étudié en tant qu'organe, et représenté dans les manuels d'anatomie. Hellen O'Connel, urologue Australienne, publie à partir de 1998 plusieurs articles sur l'anatomie et la physiologie du clitoris, (14) et l'étudie aussi bien en dissection qu'in vivo, par des techniques d'imagerie. (15)

En 2009, Odile Buisson et Pierre Foldès, respectivement gynécologue et urologue, explorent le clitoris pendant l'orgasme par échographie, et décrivent l'érection du clitoris. (16)

Enfin en 2016, Odile Fillod, chercheuse française, modélise en 3D le clitoris, et en fait un outil éducatif accessible à tous. (17) En effet, les fichiers pour l'impression 3D sont disponibles librement sur son site, et on peut également acheter une version 3D du clitoris. (12)



#### I.2.4 : Les organes génitaux masculins, un sujet tabou

Sans avoir souffert d'une invisibilisation depuis des siècles, les organes génitaux masculins restent méconnus, et la plupart des hommes se posent beaucoup de questions sur leur fonctionnement, leur apparence, etc.

Dans l'un des épisodes de son podcast « Les Couilles sur la table », qui s'attache à interroger, comprendre, et réinventer la notion de masculinité, Victoire Tuillon interroge le Dr Marc Galiano, andrologue. (18) Celui-ci nous parle du mythe de puissance, de virilité que représentent les organes génitaux masculins, qui se rapporte souvent à la taille, ou la circonférence de la verge. D'après son expérience, il est nécessaire d'informer les hommes, qui peuvent s'inquiéter de l'aspect, ou du fonctionnement de leurs organes génitaux, sans oser en parler. Il a pour cela écrit un livre de vulgarisation médicale, « Mon sexe et moi ». (19)

Il existe également un autre tabou dans la sexualité masculine : celui de « l'autre pénétration ». Pour un homme, être pénétré est vu comme une transgression des normes. En effet, cette pratique est associée à l'homosexualité. Le plaisir obtenu par stimulation de la prostate, a été très peu étudié, et pourtant il est bien réel, et décrit par les hommes qui pratiquent la pénétration anale ou les massages prostatiques (20).

#### I.2.5 : La sexologie : Histoire et grandes notions

En médecine, on parle beaucoup d'anatomie, de gynécologie, d'urologie, mais peu de plaisir, de désir, de fantasmes. La sexologie est un domaine médical reconnu. Celui-ci est vaste, et constitué de plusieurs approches : approche sexanalytique, approche sexocorporelle, approche psychothérapeutique et corporelle, approche cognitivo-comportementale.

L'histoire de la sexologie telle qu'on l'enseigne actuellement est très riche, on peut citer quelques grands noms qui ont contribué à son étude. Elle naît aux Etats-Unis en 1938 avec Alfred Kinsey, qui réalise un recueil sur la vie sexuelle de 100 000 hommes, et publie en 1948 le « Rapport Kinsey » ou « Sexual Behavior in the Human Male », premier travail

scientifique de grande ampleur sur la sexualité (21). Dans les années 50, le gynécologue William Masters et son associée Virginia Johnson débutent leurs travaux sur la sexualité du couple. (22) Alors que Kinsey menait des interviews, Masters et Johnson vont plus loin et décident d'étudier en laboratoire les réactions sexuelles masculines et féminines, en recourant à des volontaires. Ils décrivent les quatre phases de la réponse sexuelle : excitation, plateau, orgasme et résolution. Ils élaborent ensuite des méthodes de thérapie sexuelle en couple et ils sont les premiers, dès 1969, à pratiquer des sex-therapies proprement dites. Autre grande figure de la sexologie, la psychiatre Helen Kaplan fait précéder les quatre phases de la séquence sexuelle de Masters et Johnson par celle du désir sexuel. Elle publie également des études sur les problèmes du manque de désir sexuel et instaure les interventions psychodynamiques lors des dysfonctions sexuelles, couplées à des exercices sensoriels et sexuels. (23) (24)

Sans étudier chacune des méthodes de sexologie de façon très approfondie, il nous paraît essentiel que chaque médecin généraliste puisse au moins expliquer les différentes phases du fonctionnement sexuel. Et plus précisément, concernant le désir, il peut être important d'expliquer qu'il n'est pas spontané, qu'il se provoque, notamment à l'aide d'un imaginaire personnel : les fantasmes.

#### 1.2.6 : De nouvelles visions de la sexualité

Victoire Tuillon, dans le podcast « Les couilles sur la table » invite Maïa Mazaurette (25), autrice de « Sortir du trou – Lever la tête » (26), un livre en deux parties qui invite à « échapper à notre vision étriquée du sexe », et à « inventer un nouveau répertoire érotique ». Pour elle, la sexualité est culturelle, c'est un art, qu'il faut apprendre à maîtriser.

Elle s'insurge contre la place qu'on donne à la douleur dans la sexualité. En effet, elle nous dit que la seule réponse que l'on donne aux couples pour « pimenter » leur vie sexuelle, est celle de rajouter des pratiques douloureuses, ou non consenties. Pour Maïa Mazaurette, la sexualité ne devrait en aucune façon être douloureuse. Le sexe « vanille », en opposition au sexe « pimenté », n'est pas synonyme d'ennui, si les partenaires acceptent de l'explorer et

d'expérimenter de nouvelles pratiques. Maïa Mazaurette nous parle aussi de consentement, et de l'idée reçue selon laquelle demander le consentement pendant un rapport sexuel pourrait faire diminuer le désir. Elle nous explique qu'au contraire, en apprenant à choisir des mots ni infantilisants, ni grossiers, le fait de demander le consentement à son partenaire pendant le rapport peut même être une source d'excitation, et permet surtout de s'assurer de ne jamais provoquer de douleur à son partenaire, mais seulement du plaisir.

L'une des notions importantes dans le livre de Maïa Mazaurette, et développée également par Martin Page dans son essai « Au-delà de la pénétration » (27), est que la pénétration est l'une des pratiques sexuelles parmi tant d'autres, et qu'il est possible de sortir de ce « script » de rapport hétérosexuel. La pratique de la sexualité « classique », hétérosexuelle implique une pénétration vaginale, précédée par des « préliminaires ». Ce mot « préliminaire », montrant bien que tout ce qui n'est pas pénétration vaginale, n'est pas réellement un rapport sexuel, et qu'il ne peut exister de rapport sexuel sans pénétration vaginale. Pourtant, la pénétration vaginale par le pénis du partenaire masculin n'est pas la pratique qui procure le plus de plaisir, et surtout aux femmes. Peut-être est-il important de parler à nos patients de leur plaisir, de leur rappeler que la sexualité s'explore, et qu'il existe plein d'autres pratiques que la pénétration. Beaucoup de ressources sont actuellement disponibles pour donner des idées d'une sexualité non douloureuse, non ennuyeuse, et qui sort des scripts hétérosexuels habituels : le compte Instagram « Jouissance club », par exemple. (28)

### I.3 : La sexualité, un sujet de société

#### I.3.1 : Sexualité et âge

La population vieillit de plus en plus en France, et un Français sur 5 a plus de 65 ans selon le dernier bilan démographique de l'INSERM. (29) Mais la sexualité des personnes dites « âgées » est tabou, et la société ne supporte pas l'image d'une sexualité entre les corps

vieillissants. Pourtant la sexualité de nos aînés se poursuit bien plus longtemps que la représentation que l'on s'en fait, et il est important de la prendre en compte. (30)

Plusieurs études nous ont déjà prouvé que la sexualité n'a pas d'âge. En effet, sur une population de 57 à 87 ans, une étude réalisée aux Etats-Unis en 2007 met en évidence le maintien de relations sexuelles pour 83,5% des hommes et 74,4% des femmes. (31) De plus, cette étude affirme encore une fois le lien entre santé et sexualité, puisque les personnes ayant décrit leur santé comme mauvaise, étaient statistiquement moins actives sexuellement.

Une étude longitudinale menée en Suisse entre 1971 et 2000 sur des personnes âgées de 70 ans nous prouve que la sexualité à cet âge est de plus en plus développée. En effet elle montre une progression significative du nombre d'hommes et de femmes rapportant une sexualité très satisfaisante, et une attitude positive au regard de la sexualité. On parle de sexualité, mais n'oublions pas non plus les relations affectives qui y sont liées : une plus grande proportion d'hommes (57% en 2000, versus 40% en 1971) et de femmes (52% en 2000, versus 35% en 1971) rapportent vivre une relation amoureuse qui les rendent heureux. (32)

L'étude de Meryn Gott, publiée en 2003, brise aussi ce stéréotype d'une « vieillesse asexuée ». Les auteurs étudient dans cette étude à quel point la sexualité est importante dans la vie des participants. Ils prouvent ainsi que l'âge en soi n'est pas un facteur qui influe significativement sur l'intérêt porté à la sexualité. (33) Ce sont d'autres facteurs tels que le fait d'être veuf ou veuve, ou une mauvaise santé, qui eux sont significatifs.

L'intérêt pour la sexualité chez nos aînés paraît-donc bien présent, et s'améliorerait même avec les époques, et la pratique d'une sexualité est loin d'être anecdotique dans cette population. Il est donc grand temps de modifier cette représentation sociale de la vieillesse, et l'étude réalisée en Californie en 2011 renforce cette idée d'une sexualité valorisée après l'âge : on note dans cette étude réalisée sur des femmes de 60 à 89 ans, une relation significative entre un niveau de vie élevé, une activité physique maintenue, une vie sociale réussie, et l'affirmation de sa longévité sexuelle. (34)

Mais la sexualité relève d'une construction historique, sociale et sociétale, et celle des personnes âgées en particulier peut être empreinte d'idées reçues négatives, de tabous, et d'interdiction. Ainsi les seniors peuvent aussi avoir honte de leurs fantasmes ou de leurs activités sexuelles, et il est de notre devoir de soignant de les accompagner. (35)

On peut ensuite souligner que l'âge entraîne des modifications physiologiques de la sexualité, notamment un émoussement sensoriel, des troubles de l'excitation, des troubles de l'orgasme, mais aussi une prévalence plus élevée des dysfonction sexuelles, que nous développerons plus loin. (30) Il paraît donc important que nos patients puissent parler de leur plaisir et de leur sexualité avec un praticien de santé.

### 1.3.2 : Sexualité et religion

Certaines religions, à travers leurs textes sacrés, définissent un cadre, des règles, et parfois même des interdits à la sexualité de leurs adeptes. Nous avons choisi ici de n'aborder que les deux religions les plus représentées en France, et n'avons pas la prétention d'être exhaustifs sur le sujet. Même si la société a pu faire évoluer certaines de ces règles, religion et sexualité restent des sujets très liés, qui peuvent entraîner des difficultés dans la vie sexuelle et quotidienne de nos patients.

Dans un premier temps, une notion est commune au Catholicisme et à l'Islam, c'est l'ordre inégal des sexes. Selon ces religions, les hommes et les femmes sont complémentaires, et se voient attribuer des rôles de genre strictement définis. (36) Le Coran précise, Sourate IV, Verset 34 : « Les hommes ont autorité sur les femmes, en raison des faveurs qu'Allah accorde à ceux-là sur celles-ci, et aussi à cause des dépenses qu'ils font de leurs biens. Les femmes vertueuses sont obéissantes (à leurs maris) [...]. » (37)

Le Catéchisme de l'Eglise Catholique précise que : " L'homme quitte son père et sa mère afin de s'attacher à sa femme ; tous deux ne forment qu'une seule chair " (38), montrant bien que l'Eglise catholique reste même actuellement très attachée à la défense d'un couple hétéroparental, marié. Les relations sexuelles hors mariage sont nommées « fornication », et

sont interdites (39). Par le biais de ce même texte, le Magistère catholique condamne également la masturbation, la pornographie, et surtout les méthodes de contraception artificielles (40).

A contrario, le fait de dissocier la procréation de la sexualité n'est pas en soi un problème en Islam. La sexualité peut elle-même être conçue comme ayant une finalité non procréative. (41) On retrouve cependant beaucoup d'interdits dans les textes sacrés Musulmans : la sexualité illicite est définie par le Zinâ qui désigne l'adultère, la virginité avant le mariage est prescrite, la pornographie est interdite, tout comme la pénétration anale. La masturbation l'est si elle est pratiquée en solitaire et non avec l'épouse. (36)

Selon une étude réalisée entre 1970 et 2006 d'après plusieurs enquêtes qui évaluaient les pratiques sexuelles des personnes selon leur statut religieux, le fait de se définir comme catholique ou musulman(e) est plus fortement lié aux discours sur la sexualité qu'aux pratiques sexuelles. Il a ainsi été mis en évidence que pour une majorité de pratiques sexuelles, les femmes et les hommes catholiques se comportent à présent de manière similaire aux femmes et hommes sans religion, et ce même concernant des pratiques fortement genrées, comme la masturbation, la lecture de livres érotiques ou le visionnage de films pornographiques, ce qui n'était pas le cas en 1970. Seul l'âge au premier rapport sexuel continue de différencier les femmes catholiques et les femmes sans religion dans ces études, ce qui laisse supposer que la norme de la virginité, et l'injonction à « attendre le bon moment » ou la peur de salir sa réputation restent des éléments très importants pour une partie d'entre elles. (36)

Par ailleurs, les résultats à propos des plus jeunes dans l'enquête de 2006 mettent en évidence un lien particulier entre appartenance à la religion musulmane et sexualité. De manière générale, les femmes et les hommes musulman(e)s se caractérisent par une sexualité moins diversifiée que les personnes sans religion : les pratiques bucco-génitales sont moins fréquentes, ainsi que le visionnage de films pornographiques ou la masturbation. L'âge au premier rapport sexuel est plus tardif pour les femmes musulmanes et souvent précoce pour les hommes musulmans. (36)

Mais c'est principalement autour de l'injonction à l'hétérosexualité que s'expriment le plus clairement les différences. Ce n'est pas tant le rejet de l'homosexualité en tant que telle qui est le plus présent mais plutôt un attachement important, pour une majorité des fidèles, à la famille hétérosexuelle. Les résultats sont amplifiés dans le cas des personnes musulmanes. (36)

### 1.3.3 : Santé et LGBT

Les personnes LGBTQI (Lesbiennes, Gay, Bisexuels, Transgenres, Queer, et Intersexes), sont globalement en moins bonne santé que les personnes cisgenre et hétérosexuelles, comme le montrent plusieurs ouvrages. (42) (43) Les minorités de genre et de sexualité subissent des violences et discriminations, ainsi qu'une invisibilisation, qui nuit à leur santé. Ces personnes sont plus à risque de développer des pathologies addictives, ou d'avoir des idées suicidaires. (42) Les normes de genre et d'hétérosexualité fixées par la société marginalisent ces personnes LGBTQI, et créent des situations de vulnérabilité et d'isolement. (43) Ces situations sont loin d'être anodines, et concernent la quasi-totalité des personnes LGBTQI. En effet, une étude réalisée dans l'union européenne montre qu'en moyenne 91 % des personnes LGBT en milieu scolaire ont entendu des remarques dégradantes ou observé des conduites négatives envers un ou une élève perçu(e) comme LGBT (90% en France) (44). Toujours selon cette même étude, 47% des personnes LGBT interrogées déclarent avoir subi des discriminations ou du harcèlement dans les 12 derniers mois (41% en France). Ce sont ces situations d'exclusion qui font souffrir, et qui doivent être prises en compte.

Il est donc nécessaire qu'un médecin généraliste puisse parler de sexualité, et à fortiori d'orientation sexuelle, et de questionnement sur le genre, sans tabou. D'après une étude menée auprès de jeunes LGB, seulement 35% de leurs médecins généralistes connaissaient leur orientation sexuelle. A la question « Que pourrait faire votre médecin pour rendre plus facile la discussion sur le fait d'être lesbienne, gay, ou bisexuel ? », 64% répondent « Poser la question ». (45)

Un article publié en 2011 par la Revue Médicale Suisse se penchait sur le rôle du médecin de « premier recours ». L'article explique que les patients LGBT se retrouvent souvent, même en l'absence de discriminations avérées de la part du médecin, dans des situations d'insécurité, ou d'invisibilisation. En effet, les entretiens médicaux menés en consultation présupposent souvent que le ou la patiente est hétérosexuel(le), et cisgenre. (46)

Cet article explique que les médecins peuvent créer un climat propice à des soins adaptés sans bouleverser leur pratique :

Comment créer un environnement accueillant ?

- Explorer ses propres croyances et représentations au sujet des personnes LGBT. Prendre conscience de l'incidence que ces représentations peuvent avoir sur le déroulement de la consultation
- Sensibiliser l'ensemble du personnel médical à l'importance d'adopter une attitude culturellement appropriée aux minorités, y compris aux personnes LGBT
- Dans la salle d'attente, signaler votre ouverture à cette thématique : charte de non-discrimination, documentation à destination des patient(e)s LGBT, symboles d'ouverture comme le logo arc-en-ciel
- Inclure des options telles que « partenariat enregistré » ou « en couple non marié » dans les formulaires administratifs

Attitude et langage durant la consultation :

- Garder présent à l'esprit que la personne en face de vous peut être gay, lesbienne, bisexuelle ou transgenre, quelles que soient son apparence et/ou vos impressions
- Utiliser un langage neutre, comme par exemple « Vivez-vous en couple ? » ou « Avez-vous un ou une partenaire ? » plutôt que « Avez-vous un petit ami (pour une fille) ? » ou « Etes-vous marié(e) ? »
- Être conscient(e) qu'une personne mariée et/ou ayant des enfants n'est pas forcément hétérosexuelle ou cisgenre
- Ne pas partir du principe qu'être gay, lesbienne ou transgenre veut forcément dire ne pas avoir d'enfant ou de désir d'enfant



- Utiliser les termes que la personne utilise pour se désigner elle-même, notamment le prénom et le genre de son choix
- Normaliser l'anamnèse sexuelle dans la pratique médicale, tout en assurant systématiquement la personne du traitement strictement confidentiel des informations qu'elle vous communique
- Être conscient(e) que l'orientation sexuelle déclarée ne coïncide pas forcément avec les pratiques sexuelles réelles
- Être conscient(e) que l'orientation sexuelle est indépendante de l'identité de genre
- Eviter de pousser une personne transgenre ou bisexuelle à « se décider » pour un genre ou une orientation sexuelle. Le processus d'affirmation de soi peut prendre des années et être changeant
- Eviter de banaliser la souffrance chez les enfants en questionnement par rapport à leur identité de genre. Ils présentent un risque accru de dépression et d'être les victimes de harcèlement
- Ne pas focaliser le suivi médical uniquement sur la question du genre et de l'orientation sexuelle
- Référer le/la patient(e) à l'un/une de vos collègues si vous ne vous sentez pas à l'aise avec le sujet

Un autre article, paru dans la revue *Prescrire* en avril 2020 (47), s'adressait aux médecins généralistes, et leur donnait les clés nécessaires pour soigner une personne transgenre de manière bienveillante, respectueuse, et sans jugement. L'article rappelle les définitions des termes transgenre, cisgenre, non-binaire, genres-fluides. Il explique également le parcours de souffrance, de violences et d'exclusion que la plupart des personnes transgenres doivent vivre.

Les auteurs insistent sur le rôle d'accompagnement du médecin généraliste dans l'enfance et l'adolescence, pour lesquels le soignant peut être la seule personne ressource. De plus, l'étude rappelle que dans diverses enquêtes réalisées aux USA et en Europe, un quart à un tiers des personnes transgenres interrogées rapportaient avoir eu une ou plusieurs expériences négatives avec des professionnels de santé.

Il est donc important pour un soignant d'être attentif à plusieurs points essentiels :

- Le professionnel de santé doit, avec toute personne, demander par quel titre (madame, monsieur, ni l'un ni l'autre), et par quel pronom (il, elle, ou un autre, tel que « iel ») elle souhaite être désignée.
- Il est également important de laisser le temps à la personne de s'exprimer, de raconter ses difficultés, et de la remercier de partager son histoire si intime.
- Le soignant peut reconnaître qu'il puisse être maladroit même s'il est attentif, et peut proposer à la personne de l'arrêter s'il fait une erreur ou n'emploie pas le mot adéquat.
- Exposer son corps au regard d'un professionnel de santé est souvent une épreuve pour les personnes transgenres. Aux professionnels de veiller à préserver l'intimité de la personne.
- Certaines personnes utilisent un langage spécifique pour parler de certaines zones de leur corps, il est utile de l'utiliser également pour une meilleure communication et relation de confiance.

#### I.4 : La sexualité, un enjeu de santé publique

##### I.4.1 : IST

Près de 170 000 personnes vivent avec le VIH en France. En France, près de 6 200 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2018, dont 56% ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 40% lors de rapports sexuels entre hommes, et 2% par usage de drogues injectables. (48)

Le dépistage du VIH reste donc un enjeu de santé publique, sur lequel il faut continuer à insister.

Une étude réalisée en France entre 2009 et 2010 interrogeait les patients nouvellement diagnostiqués séropositifs au VIH. Les chercheurs demandaient aux patients qui étaient classés à haut risque de contamination par le VIH (hommes ayant des relations sexuelles avec

des hommes, usagers de drogues injectables, hétérosexuels ayant des pratiques à risque, ou personnes venant de régions endémiques de l'Afrique sub-saharienne), si dans les trois dernières années, les médecins qu'ils avaient vu en consultation étaient au courant de ce risque, et auquel cas leur avaient proposé de réaliser une sérologie VIH. Seulement 21% des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (et qui en avaient fait part au professionnel de santé qu'ils consultaient) s'étaient vu proposer un test de dépistage du VIH. (49)

Le nombre total de découvertes de séropositivité a diminué de façon significative entre 2017 et 2018 (-7%), après plusieurs années de stabilité. La diminution de l'incidence peut s'expliquer par l'effet appelé « TASP », « Treatment as prevention », et pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, par l'impact de la PrEP (48). Il est donc nécessaire de proposer la PrEP à toutes les personnes répondant aux critères de prescription. Les médecins généralistes ont une place importante dans ce travail de prévention, puisqu'ils peuvent renouveler la PrEP après une prescription initiale hospitalière ou en CeGIDD (Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic du VIH et des IST).

Concernant les autres IST, les derniers bulletins de surveillance de Santé Publique montrent une augmentation des cas de gonocoque et de chlamydia. En effet, le nombre de diagnostics d'infection à gonocoque rapportés par le réseau RésIST a augmenté de 53% entre 2016 et 2018 (50). Le nombre de diagnostic de syphilis reste stable depuis 2016.

Ce même bulletin de santé publique insiste sur le nombre très élevé de diagnostics d'infections sexuellement transmissibles bactériennes biologiquement confirmés (267 097 infections à *Chlamydia trachomatis* et 49 628 infections à gonocoque en 2016) et sur l'importance de les prévenir et de les dépister, compte-tenu de leur contagiosité, de leur rôle facilitateur dans la transmission du VIH et des complications qui leurs sont attribuables (grossesse extra-utérine, stérilité...). (50)

#### I.4.2 : Contraception et IVG

Le 17 janvier 1975, la loi Veil dépénalisait l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France. D'autres lois ont permis de rendre le recours à l'IVG moins difficile : le remboursement par la sécurité sociale fin 1982, l'allongement du délai légal en 2001.

D'après le dernier rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), 224 300 IVG ont été réalisées en France en 2018, dont 209 500 auprès de femmes résidant en métropole. Les femmes de 20 à 29 ans restent les plus concernées, avec un taux de 27 IVG pour 1000 femmes sur l'ensemble du territoire. (51)

Cependant, le rapport publié par le Haut Conseil à l'Egalité en 2013 mettait l'accent sur les inégalités d'accès à l'IVG en France. Tout d'abord, la légitimité des femmes à demander une IVG est parfois remise en question. En effet, l'IVG est souvent perçue comme un échec des femmes à maîtriser leur contraception, et peut être source de culpabilité chez les patientes qui y ont recours. De plus, le manque de moyen et de personnels qui pratiquent l'IVG peut rendre le parcours de soins difficile et inégal selon les territoires. (52)

Dans l'objectif de faciliter ce parcours de soin, le médecin généraliste à une part très importante, tout d'abord pour l'information, et l'orientation des patientes, mais aussi pour la réalisation des IVG médicamenteuses en dehors des structures hospitalières. En effet, depuis que les IVG médicamenteuses ont été autorisées en 2001, la part des IVG chirurgicales ne cesse de diminuer. Parmi ces IVG médicamenteuses, 24% ont été effectuées en dehors des structures hospitalières. (51)

#### I.4.3 : Dysfonctions sexuelles

Les dysfonctions sexuelles sont répertoriées comme des pathologies dans la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Elles contiennent : l'absence ou la perte de désir sexuel, l'aversion sexuelle et manque de plaisir sexuel, l'échec de la réponse génitale, le dysfonctionnement orgasmique, l'éjaculation

précoce, le vaginisme non organique, la dyspareunie non organique, l'activité sexuelle excessive. (53)

La grande enquête sur la sexualité en France, éditée en 2008 par l'Inserm, montre que 40% des Français ressentent des difficultés au moins occasionnellement dans leur vie sexuelle, ces pathologies sont donc un réel problème de santé publique, de par leur fréquence.

Cette étude précise que le trouble le plus fréquent chez l'homme est l'éjaculation précoce en l'absence d'autre difficulté : 19,2% des 18-24 ans y sont souvent ou parfois confrontés, et 30,8% des 35-39 ans. Chez la femme, la situation la plus rencontrée est la difficulté à atteindre l'orgasme, avec 14,2% des moins de 25 ans, et 10,4% des 25-34 ans. (54)

Ces difficultés ne perturbent pas la vie sexuelle de la même façon selon l'âge et le sexe. En effet, chez l'homme l'absence de désir semble de moins en moins bien toléré avec l'avancée en âge, alors que chez les femmes ce sont les plus jeunes qui considèrent le plus souvent cette situation comme problématique. (54)

#### I.4.4 : Mutilations sexuelles féminines

Les mutilations sexuelles féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales. Ces interventions sont le plus souvent pratiquées sur des jeunes filles entre leur enfance et l'âge de 14 ans, et sont considérées comme une violation des droits des jeunes filles et des femmes. (55). L'OMS les condamne, et plusieurs autres organismes se battent pour empêcher cette pratique dont le but est de brider la sexualité féminine : l'Unicef (Fond des Nations Unies pour l'Enfance), le GAMS (Groupement pour l'abolition des mutilations sexuelles), la FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique) (56)

Ces interventions sont classées par l'OMS en quatre types :

**Type 1** : ablation partielle ou totale du gland clitoridien et/ou du prépuce/capuchon clitoridien.

**Type 2** : ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres avec ou sans excision des grandes lèvres.

**Type 3** : l'infibulation : rétrécissement de l'orifice vaginal par recouvrement, réalisé en sectionnant et en repositionnant les petites lèvres, ou les grandes lèvres, parfois par suture, avec ou sans ablation du prépuce/capuchon et gland clitoridien.

**Type 4** : toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales. (55)

Ces interventions n'ont absolument aucun bienfait sur la santé, et ont de lourdes conséquences. A court terme, les douleurs sont intolérables, et les risques hémorragiques et infectieux peuvent conduire au décès de la femme. A long terme, les douleurs persistent, et les pathologies urinaires (infections, incontinence urinaire), gynécologiques (ulcérations vaginales, vaginoses bactériennes), les problèmes de cicatrisation au niveau de la plaie sont très importants.

Même si la prévalence de ces pratiques est en baisse dans certains pays, selon le dernier rapport de l'UNICEF, au moins 200 millions de filles et de femmes ont été victimes de mutilations sexuelles et 30 millions de filles risquent d'en être au cours des dix prochaines années. (57). Bien que la majorité d'entre elles vivent dans 30 pays d'Afrique et du Moyen-Orient, on estime que 5% de ces femmes mutilées vivent en Europe, dont environ 53 000 femmes résidant en France. Les mutilations génitales féminines sont donc une problématique majeure qui concerne le monde entier, et donc la France. (58)

Depuis, les années 1980 plusieurs médecins, dont Pierre Foldès, urologue français, travaillent sur des chirurgies de reconstruction des mutilations génitales féminines. Une étude

de cohorte publiée dans le Lancet montre que ces techniques chirurgicales permettent aux femmes d'améliorer leur vie sexuelle, et de diminuer leurs douleurs. (59) La France a été le premier pays, en 2004, à rembourser les frais médicaux liés aux reconstructions suite à des mutilations génitales.

## II : Médecine générale et sexualité

### II.1 : Les soins primaires au premier plan

L'OMS, en 2012, place les soins primaires au premier plan pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive, et définit les compétences à acquérir dans ce but. (60) En effet, de par leur accessibilité, les médecins généralistes, infirmiers, sages-femmes sont les plus à même d'aborder le sujet avec leurs patients.

### II.2 : Un sujet peu abordé par les médecins

Malgré de nombreux articles ou recommandations préconisant l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale (61), la sexualité est rarement abordée en consultation. Une étude menée aux USA en 1990 montrait déjà que seulement 15% des personnes interrogées avait discuté avec leur médecin dans les 5 dernières années du VIH et de sexualité. Dans 72% des cas, c'étaient les patients qui avaient initié la conversation. (62) Dans une étude Suisse, seulement 40% des participants déclaraient avoir eu une discussion avec leur médecin sur leur « vie sexuelle en général ». (63)

Quelques études se sont intéressées dans le monde aux raisons pour lesquelles les professionnels de santé ne discutaient pas de sexualité. Une revue de la littérature publiée en 2012 listait les thèmes qui émergeaient des études qualitatives effectuées au Royaume-Uni (64) :

- La peur « d'ouvrir la boîte de pandore » (« Opening a can of worms »)
- Le manque de temps, d'expérience, de formation
- Les doutes des médecins sur leurs connaissances et capacités
- L'inquiétude sur le fait d'offenser les patients
- La gêne personnelle
- Un manque de conscience de l'importance des troubles de la sexualité

Dans ces études on retrouvait également des groupes de patients pour qui la sexualité était plus difficile à aborder :

- Les patients du sexe-opposé
- Les patients noirs, ou de minorités ethniques
- Les patients âgés
- Les patients non hétérosexuels
- Les patients avec des retards mentaux.

### II.3 : Un sujet pourtant bien accueilli par les patients

Malgré les réticences des médecins à poser des questions à leur patients sur la sexualité, plusieurs études prouvent que la plupart des patients accueillent de manière très positive ces questions lorsqu'elles sont posées par leur médecin généraliste.

En 2017, une étude qualitative a été réalisée auprès de 96 patients de 18 à 86 ans répartis dans 4 cabinets médicaux du Languedoc-Roussillon. Durant des consultations de routine de médecine générale, la question « comment va la sexualité ? » était posée par un médecin généraliste. Ensuite le ressenti des patients était étudié grâce à des entretiens semi-dirigés. Les résultats sont quasi unanimes : quatre-vingt-neuf patients (93 %) ont eu un ressenti neutre ou positif. Soixante-dix-huit patients (81 %) étaient pour que l'histoire sexuelle fasse partie intégrante de la consultation de médecine générale, et seulement 2% des patients ont trouvé la question malvenue. (65)



L'étude Suisse que nous avons déjà citée, montre que 90,9% des personnes interrogées aimeraient que leur médecin leur pose des questions sur leur histoire sexuelle, dans le but de recevoir des conseils de prévention. Seulement 15% seraient embarrassés si de telles questions leur étaient posées. Néanmoins, parmi ces 15%, 76,2% souhaiteraient quand même que leur médecin leur parle de sexualité. (63)

# PARTIE B : ETUDE

## I : Matériel et méthodes

### I.1 : Type d'étude

La méthode qualitative est utilisée en Sciences Humaines et Sociales, et a pour objectif de reformuler, d'explicitier, ou de théoriser des témoignages, des expériences, ou des phénomènes. (66) Dans le cadre de notre travail, cette méthode permettait d'analyser l'expérience des Médecins généralistes.

Nous avons dans ce but réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes d'Occitanie jusqu'à saturation des données.

### I.2 : Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient peu restrictifs, le but étant d'obtenir un échantillon le plus varié possible pour l'analyse qualitative :

- Être Docteur en médecine générale.
- Exercer en libéral.
- Exercer en Occitanie.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

### I.3 : Recrutement

Le recrutement s'est fait par l'intermédiaire de connaissances, et par indication des médecins déjà interrogés. Dans une étude qualitative, la sélection des participants doit permettre la diversification des données, c'est-à-dire capter divers points de vue ou représentations du phénomène à l'étude. Nous avons donc cherché à varier le plus possible les caractéristiques des participants. Le médecin était contacté une première fois par téléphone pour lui expliquer brièvement l'objet de l'étude, et s'il donnait son accord, pour convenir d'une date pour l'entretien en présentiel.

### I.4 : Taille de l'échantillon

Dans une étude qualitative, ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe, mais sa qualité. Celle-ci dépend également de la notion de saturation des données, qui implique que l'ajout d'un entretien ne fait pas émerger de nouvelles données utiles pour l'analyse. La saturation des données a été atteinte avec le 9ème entretien.

### I.5 : Méthodologie d'entretien

Les entretiens étaient réalisés dans un lieu convenu au préalable avec le participant. Celui-ci était reçu seul par le chercheur.

En début d'entretien, une feuille de consentement était remplie et signée (*Annexe 1*). Après accord du participant, chaque entretien était enregistré par l'intermédiaire d'un smartphone.

Le chercheur, après s'être présenté et avoir rappelé le but de l'étude, mettait l'accent sur la notion de non-jugement. Il expliquait également au participant que le but de l'entretien était de recueillir l'expérience des médecins, de manière la plus authentique.

L'entretien était ensuite mené par le chercheur en s'aidant d'une grille d'entretien (*Annexe 2*), en formulant des questions ouvertes, et en utilisant des techniques de reformulation pour relancer les participants. Le guide d'entretien présenté dans sa totalité en annexe 2 était volontairement concis, de manière à permettre aux participants de parler librement.

Les questions principales n'ont pas été modifiées au cours de l'étude :

- 1) Quand je vous dis « aborder la sexualité en médecine générale », qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?
- 2) Prenez le temps de vous souvenir d'une situation où la sexualité a été abordée lors d'une de vos consultations.
- 3) Finalement, avec tout ce que vous venez de me dire, quels sont, pour vous, les freins et les leviers à l'abord de la sexualité en médecine générale ?

Il est à noter que certaines relances ont été ajoutées au fur et à mesure de l'analyse des entretiens, si les sujets n'étaient pas abordés par les médecins interrogés.

En fin d'entretien, une fiche reprenant quelques caractéristiques du participant était remplie. (*Annexe 3*)

## I.6 : Analyse des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot par le chercheur, en conservant les éléments du discours parlé, et en ajoutant les rires et les temps d'hésitation, puis anonymés.

L'analyse a été conduite selon une méthode thématique dans un premier temps, puis phénoménologique, de manière à isoler des catégories qui représentent le phénomène étudié : l'expérience des médecins généralistes de l'abord de la sexualité en consultation.

## II : Résultats

### II. 1 : Caractéristiques des entretiens

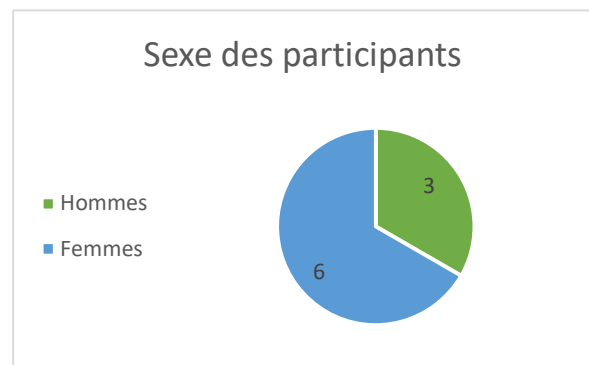
9 entretiens ont été menés entre mai 2019 et février 2020. Tous se sont passés dans le cabinet des médecins qui participaient.

La durée des entretiens était comprise entre 11 minutes et 20 minutes. La durée moyenne des entretiens est de 15,3 minutes.

### II.2 : Caractéristiques des participants

#### II.2.1 : Sexe des participants

Trois hommes et six femmes ont participé à l'étude.



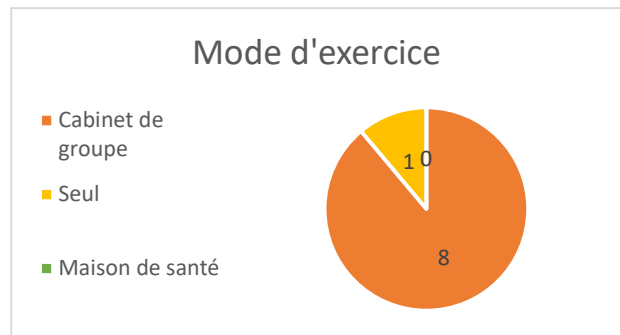
#### II.2.2 : Age des participants et nombre d'années d'exercice

L'âge des participants est compris entre 32 ans pour le plus jeune et 63 ans pour le plus âgé. La moyenne d'âge de l'échantillon est de 42,3 ans.

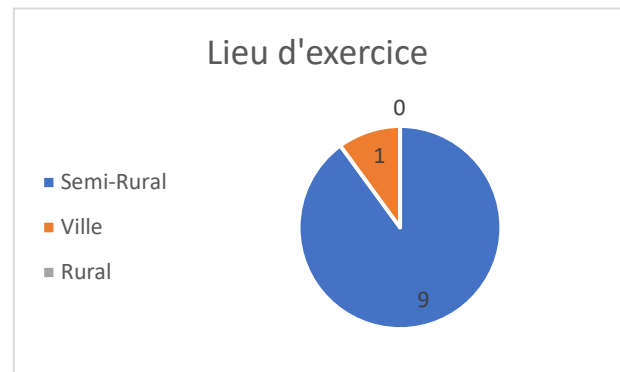
Le nombre d'années d'exercice est compris entre 3 et 35 ans. La moyenne est de 13,8 années d'exercice.

### II.2.3 : Mode et lieu d'exercice

Huit des neuf médecins interrogés exerçaient en cabinet de groupe, et un médecin exerçait seul.



Huit médecins interrogés exerçaient en zone semi-rurale, et un médecin en ville.

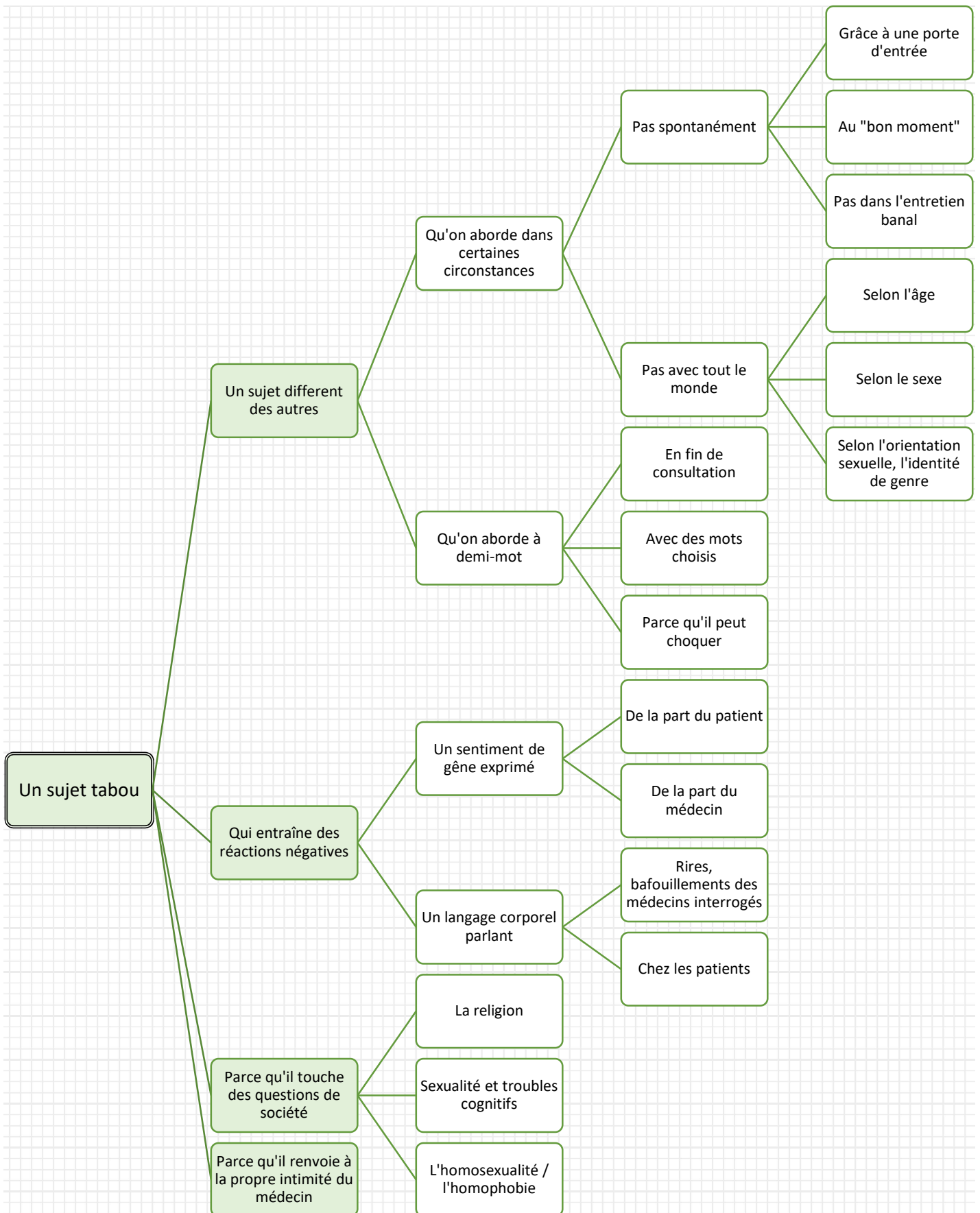


### II. 2. 4 : Activité orientée et formations

Un des médecins interrogés déclarait une activité orientée vers la pédiatrie et la gynécologie, et un autre vers la gynécologie.

Il était demandé aux participants s'ils avaient reçu des formations dans le domaine de la sexologie, de la gynécologie, ou de l'urologie. Deux des médecins ont déclaré avoir reçu une formation de gynécologie (diplôme inter-universitaire pour les deux).

## II. 3 : La sexualité : un sujet tabou



### II.3.1 : Un sujet différent des autres

La sexualité est un sujet qui est perçu par les médecins comme particulier, à l'écart des autres. Celui-ci doit être abordé dans certaines circonstances seulement, et d'une certaine manière.

#### *II.3.1.a : Un sujet qu'on aborde dans certaines circonstances*

Pour la plupart des médecins interrogés, aborder la sexualité nécessite ce que nous avons appelé dans ce travail une « porte d'entrée », c'est-à-dire un sujet qui s'y rapporte et qui amène la conversation. On retrouve le plus souvent des portes d'entrées comme les maladies sexuellement transmissibles et leur prévention, les consultations gynécologiques, les frottis cervico-vaginaux, la contraception, les pathologies urologiques, les grossesses, les IVG, les syndromes dépressifs :

*« C'est **pas un sujet qui s'aborde comme ça**. En fait depuis une trentaine d'années, j'ai rarement été l'instigateur du sujet de façon **directe**. » (M6)*

*« Le remboursement des préservatifs, ça peut être du coup une façon de parler de sexualité, voilà, parce que du coup quand ils viennent et que, ils demandent, ils demandent une ordonnance pour des préservatifs, ben du coup ça permet **d'embrayer** sur ça. » (M1)*

*« Chez les filles, c'est assez facile, parce que souvent ça part d'une demande de contraception. [...] Donc, hop, on a une **perche**, et du coup on peut commencer à poser des questions sur ce qu'elles savent. » (M2)*

*« Alors, la plupart du temps, quand on l'évoque en consultation avec les patients, c'est souvent pour les maladies sexuellement transmissibles en fait, c'est un premier... une première **porte** pour en discuter... » (M3)*

*« Qu'il y ait une espèce de **fil conducteur** et que ça arrive pas comme un chou-fleur, enfin, comme un cheveu sur la soupe ! » (M7)*



« Enfin, pour que je l'évoque, dans la consultation, euh... Il faut que je voie **un lien entre le motif** et amener petit à petit, par exemple le bilan... » (M7)

« Non. De façon systématique je, je pose rarement la question, non. Sauf si... Non. Systématique, non. C'est souvent **quelque chose qui m'oriente**, soit une question vraiment de ça, ou soit des gens qui vont pas très bien, et que du coup je pose la question de comment ça va avec monsieur, madame, de comment ça se passe à la maison... » (M9)

De plus, la sexualité ne peut pas faire partie de l'entretien habituel, au même titre que les questions sur le moral, le transit, les consommations de tabac, etc. En effet l'idée que la question de la sexualité pourrait être posée de manière systématique, dans un entretien habituel, fait rire, voire choque les médecins interrogés :

« Non, ils viennent pour un renouvellement de traitement, et ça tomberait un peu **comme un cheveu sur la soupe** : « Au niveau sommeil ça va bien ? Le transit ça va bien ? Et les rapports sexuels ça va bien ? » [Rires], non ! » (M3)

« Si ils viennent pour un rhume je vais pas... [rires] » (M5)

« Ça fait pas partie des questions **habituelles** que... [...] Oui, des choses que je pose régulièrement, comme le tabac, l'alcool... » (M4)

Certains médecins se trouvent même en difficulté car ils se demandent quel est le « bon moment » pour en parler :

« Et moi je suis un peu en difficulté parce que justement, je sais pas **à quel moment** placer ma consultation pour les aider. » (M2)

« Mais j'ose pas, pour pas aller trop loin ou trop vite, ou c'est peut-être **pas le moment**, ou... » (M2)

« C'est plus le **moment opportun** d'en discuter, en fait pour moi c'est plutôt ça. [...] Ça va être le bon moment d'en parler, hein pour moi c'est plutôt ça. » (M7)

Pour la plupart des médecins, l'abord de la sexualité se fait différemment selon les patients. Les médecins évoquent souvent une question d'âge. En effet, les adolescents sont considérés comme une population où l'abord de la sexualité est plus difficile :

*« C'est-à-dire que je pense que les **ados** ont plein de questions, ou plein d'idées fausses, et ils n'en parlent pas. Et moi je suis un peu en difficulté parce que justement, je sais pas à quel moment placer ma consultation pour les aider. Donc c'est plus ça qui me pose problème dans la sexualité, c'est plus les ados. » (M2)*

*« A la limite plus les gens sont **âgés** plus facilement ils en parlent... [...] Les **jeunes** sont, très coincés là-dessus. » (M6)*

*« Chez les **ados**, il faut aller chercher l'information. Alors que chez les personnes adultes, et d'un certain âge, ils abordent plus facilement la question eux-mêmes, en consultation. » (M8)*

Les personnes âgées aussi posent problème :

*« C'est vrai que moi je... ben oui, c'est pareil, j'ai pas forcément tendance à y penser pour les patients **d'un certain âge**. » (M1)*

*« Non, non, moi je parle vraiment pour **les personnes âgées**, passé, 70, 75 ans, vous voyez, bon 80 ans, là, c'est vrai que... je n'aborde jamais la question. » (M1)*

*« L'âge, oui, c'est vrai que les **personnes âgées** on en discute un petit peu moins. [...] Je pense que **l'âge**, oui, y fait beaucoup. » (M3)*

L'âge du médecin entre également en compte :

*« Après, peut-être, il y a des fois **une question d'âge**, quand il y a le même âge exactement, voilà c'est peut-être pas tout à fait, je sens que c'est pas... Voilà, sur mes patients qui ont le même âge que moi, j'ai l'impression... [Pourquoi ?] Ben parce qu'ils s'identifient ou... Peut-être que moi aussi, enfin j'en sais rien, mais euh... » (M5)*

« Je trouve que plus ça va, dans mes consultations, et plus les hommes en parlent plus facilement. Au début ils en parlaient moins. Alors **j'étais peut-être plus jeune**, et je sais pas, si ça a un rapport avec ça... Peut-être ? Je sais pas. (M8)

Le genre du patient et du médecin peuvent également empêcher la discussion sur la sexualité. En effet, les patients seraient plus à l'aise pour en parler avec un médecin du même genre qu'eux. Certains des médecins interrogés déclarent se rendre compte qu'ils ne se comportent pas de la même manière avec une femme et avec un homme :

« Je pense que même moi aussi, **je traite pas pareil un homme et une femme...** [...] Je suis plus à l'aise avec une femme qu'avec un homme. » (M2)

« Donc ça c'est vrai que c'est difficile, c'est [les troubles de l'érection] difficile pour eux à aborder, j'ai l'impression que **le fait d'être un homme** quand même ça, ça améliore les choses... » (M1)

« Oui, alors ça, c'est plus les hommes avec les troubles de l'érection, ça effectivement, des fois ils ont plus de facilités à en parler à un homme, et des fois c'est complètement l'inverse. C'est déjà arrivé. Mais c'est vrai que le plus souvent, **ils en parlent plus facilement à un homme en fait.** » (M3)

« Ouais, ben moi je vois déjà avec moi, de mon côté, j'ai **plus de facilité peut-être à en parler aux hommes qu'aux femmes**, et euh...» (M4)

« Alors il est évident que **c'est différent, chez les hommes, chez les femmes.** [...] Ben parce que, parce que les hommes et les femmes ne l'abordent pas du tout de la même façon, les demandes ne sont pas du tout les mêmes. » (M6)

L'orientation sexuelle peut être difficile à aborder :

« Mais moi je me vois pas demander à mes adolescents de 11-13 ans « Est-ce que t'es **homosexuel**, oui, non ? », pour lui prescrire le GARDASIL. Là par contre, je suis pas à l'aise du tout. » (M2)

« Après il y a le **problème de l'homosexualité**. [Oui ?] Elle est beaucoup... Alors elle est pas plus fréquente qu'autrefois, j'en sais rien après tout ! Mais c'est vrai que... On arrive à en parler de façon détournée. » (M6)

« Ca peut être un petit peu plus embêtant chez les, euh... chez les **personnes homosexuelles** qui ont pas forcément tendance à le dire spontanément, ou pour lesquelles ça peut être encore difficile, voilà, de le dire. » (M1)

### *II.3.1.b : Qu'on aborde à demi-mot*

La sexualité est un sujet qui ne s'aborde pas comme les autres. En effet les médecins en parlent avec des mots « choisis », et les patients eux-mêmes l'abordent de manière détournée.

Selon les médecins interrogés, ces mots tabous peuvent choquer, mettre mal à l'aise l'interlocuteur lors de la consultation voire être perçus comme une agression, surtout s'il ne s'attend pas à en parler :

« Il a commencé à me parler de rapports avec les autres, en fait, et comme on avait parlé du syndrome dépressif, moi je suis restée sur effectivement, la dépression. [...] Et c'est là que j'ai compris, ah mais en fait vous me parlez de troubles de l'érection ! [...] Alors là, il a vraiment utilisé **un moyen détourné** et non, c'était pas clair quand même... » (M3)

« Je sens qu'avec certains autres c'est plus compliqué donc je... Du **coup je détourne un peu mes phrases** pour pas qu'ils soient... gênés par les questions posées... choqués par les termes, qui **peuvent être parfois choquants quand on s'y attend pas...** » (M9)

« Parce que ça peut aussi... bloquer. [...] Oui oui, en se posant la question « Ben qu'est-ce qu'elle me pose comme question ? » « De quoi elle se mêle ? » [rires] Voilà, c'est plutôt ça, essayer **de la jouer en finesse**, parce que... Voilà, plutôt que d'être... **agressif** [rires]... » (M7)

« Je réfléchis à ce que je peux leur dire, et comment leur dire, et **bien le dire**, pour que ça soit **bien perçu** de l'autre côté. » (M8)

Les patients parlent de sexualité en fin de consultation, rapidement :

*« C'était pas le motif principal. Le motif principal c'était... un renouvellement, un suivi, euh...et donc dans le... en **fin de consultation**, il y avait, euh... abordé de sa part, euh... [...] Les troubles de la libido. » (M1)*

### II.3.2 : Un sujet qui entraîne des réactions négatives

#### *II.3.2.a : Des sentiments de honte, gêne, bien exprimés*

La sexualité est un sujet qui dérange, et qui entraîne des sentiments négatifs chez les patients. Ils peuvent ressentir de la honte et de la gêne à aborder ces sujets avec leur médecin, d'autant plus lorsqu'il s'agit de dysfonctions sexuelles, perçues comme un échec. Ces émotions sont bien décrites par les médecins :

*« Oui, ils se sentaient **honteux**, quoi, c'était quelque chose qui était **difficile à aborder** pour eux. [...] Voilà, je pense qu'ils y avaient réfléchi beaucoup avant de... [...] Et ils disaient : « je vais vous parler de quelque chose qui est difficile pour moi ». » (M1)*

*« Après, euh... Je trouve que c'est quand même plus rare qu'on vienne nous parler euh... de, de problèmes pendant les rapports, les gens sont un peu **gênés**. » (M3)*

Certains des médecins rapportent avoir été mal à l'aise, ou gênés lorsqu'ils discutent de sexualité avec l'un de leurs patients, mais ils sont assez rares à l'avoir avoué lors de l'entretien :

*« Mais après globalement **je suis pas très à l'aise** à parler de sexualité hein. » (M2)*

*« Mais je me vois pas demander à mes adolescents de 11-13 ans « Est-ce que t'es homosexuel ? Oui, non ? » pour lui prescrire le GARDASIL. Là par contre, **je suis pas à l'aise du tout**. » (M2)*

« Oui, alors, est-ce qu'il y a une gêne, peut-être qu'il y a une **gêne de ma part** et je ne m'en rends pas compte, bon. » (M1)

### *II.3.2.b : Un langage corporel parlant*

Le langage corporel des patients peut exprimer un sentiment de gêne face au médecin qui lui pose des questions sur sa sexualité :

« Lui était certainement pas à l'aise aussi de son côté, et... [...] Alors moi je me sentais pas gênée, voilà, je me sentais pas gênée au début quand je lui posais les questions, c'est, c'est **l'absence de réponse et ses réactions physiques...** » (M2)

Mais c'est surtout le langage corporel et les réactions des médecins interrogés qui nous ont paru les plus flagrants.

Nous avons en effet remarqué pendant l'entretien plusieurs participants qui se tenaient assez en retrait, et montraient des signes de gêne : la plupart des entretiens sont ponctués de rires, de bafouillements.

### II.3.3 : Un sujet qui touche des questions de société

#### *II.3.3.a : La religion*

L'un des médecins nous a rapporté deux consultations où la religion est apparue comme une difficulté supplémentaire pour aborder la sexualité.

Soit parce qu'elle entraîne des idées reçues, comme celle qu'une jeune femme qui n'a pas eu de rapport sexuel avec pénétration doit forcément saigner lors de son premier rapport avec pénétration :

« C'est une patiente qui avait eu... des premiers rapports, c'est un contexte un peu particulier, c'est la population maghrébine finalement... Elle avait pas eu de saignement, en fait, et donc du coup, le copain voulait plus d'elle, parce qu'il pensait qu'elle était pas vierge en fait lors du premier rapport. [...] Ça aussi, voilà, la **religion, ça peut beaucoup jouer.** » (M3)

Soit parce qu'elle peut rendre taboues certaines pratiques sexuelles comme la masturbation :

« J'avais un autre patient, qui... Dont l'urologue a conseillé d'avoir des rapports parce qu'il avait des douleurs au niveau testiculaire... et donc, il me dit « mais j'ai personne », je lui parle de masturbation, il me dit « Moi je fais pas ça », et tout, **c'était très religieux,** et la conversation s'est arrêtée là... » (M3)

### *II.3.3.b : La sexualité et les troubles cognitifs*

L'un des entretiens a permis de mettre l'accent sur un autre sujet compliqué : la sexualité et les troubles cognitifs, et plus précisément la notion de consentement à l'acte sexuel.

En effet un des médecins s'est retrouvé face à une situation où les troubles cognitifs des deux personnes âgées empêchaient le personnel de l'EHPAD et le médecin de savoir si la relation sexuelle était consentante :

« En EHPAD j'ai aussi un... Des fois **il y a des difficultés au niveau des personnes Alzheimer.** Donc j'ai aussi un résident âgé, euh qui le soir va dans les chambres des femmes, et essaye d'avoir des rapports sexuels avec.... Et donc certaines sont consentantes... Certaines, une ou deux... D'autres non ! Et donc se pose la question de l'éthique aussi, parce que lui est Alzheimer, les femmes chez qui il va sont Alzheimer aussi, est-ce qu'elles sont réellement consentantes ou pas ? » (M2)

### II.3.3.c : LGBT et LGBTphobie

Les médecins peuvent se sentir mal à l'aise d'aborder un sujet comme l'orientation sexuelle ou l'identité de genre :

« Après il y a le **problème de l'homosexualité**. [...] On arrive à en parler de façon détournée. » (M6)

« Ca peut être un petit peu plus embêtant chez les, euh... chez les **personnes homosexuelles** qui ont pas forcément tendance à le dire spontanément, ou pour lesquelles ça peut être encore difficile, voilà, de le dire. » (M1)

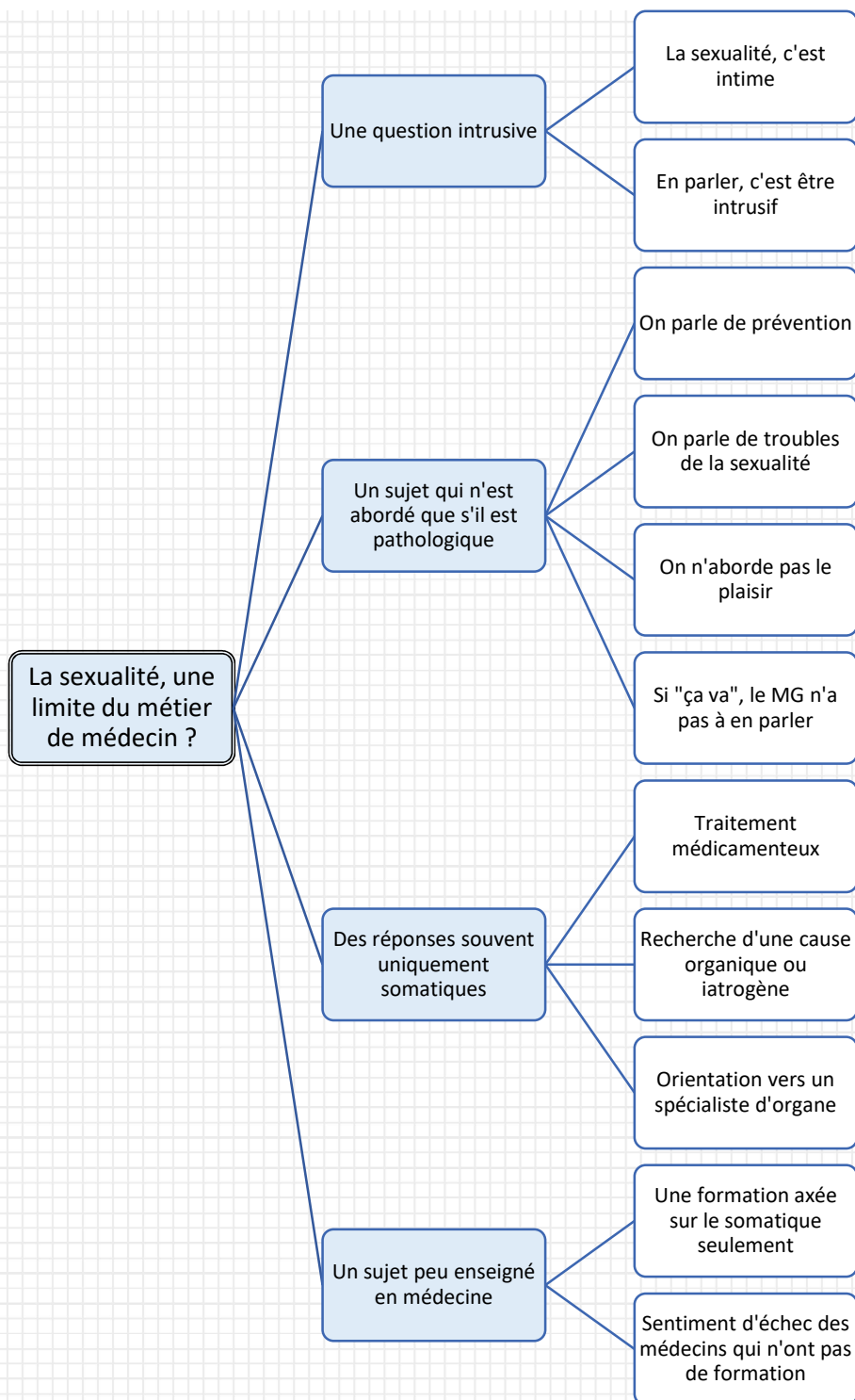
« Je l'ai senti un peu sur la réserve, donc j'étais peut-être un peu trop intrusive dans les questions, et j'ai pas réussi à savoir ce qu'il se passait. Et donc deux ans après, j'ai reçu un courrier de l'hôpital, me disant que il est en **transition homme-femme**. [...] Donc j'étais un peu en difficultés avec ça quoi... » (M2)

### II.3.4 : Un sujet qui renvoie à l'intimité du médecin

L'histoire et la propre intimité du médecin jouent un rôle, mais l'entretien avec un chercheur est difficilement propice pour les participants à se livrer sur des sujets tels que la sexualité. Cependant un des médecins nous a fait part de sa gêne à discuter de sexualité avec quelqu'un de son âge, et évoque le fait de « s'identifier à son patient », ou inversement. Il nous permet d'entrevoir un lien entre sa propre histoire et celle des patients, qui pourrait rendre ce sujet tabou.

« Voilà, sur mes patients qui ont le même âge que moi, j'ai l'impression... [...] Ben parce qu'ils s'identifient, ou... **Peut-être que moi aussi**, enfin j'en sais rien, mais euh... Quand c'est des âges bien loin je trouve que c'est peut-être plus facile d'être dans le détachement que quand on est proches. » (M5)





II.4 : La sexualité, une limite du métier de médecin ?

La sexualité n'est-elle pas une limite du métier de médecin généraliste ? En effet, la question est considérée comme intrusive car touchant à l'intime. De plus la sexualité n'est abordée que

si elle est pathologique, et les médecins donnent des réponses très scientifiques et somatiques. Enfin, c'est un sujet qui est peu enseigné dans la formation des médecins généralistes.

#### II.4.1 : Une question intrusive

La sexualité est un sujet qui touche à l'intime, et les médecins ont le sentiment d'être intrusifs en abordant le sujet avec leurs patients.

*« Mais, moi, personnellement, j'ai l'impression que c'est un peu **intrusif** de poser la question. » (M2)*

*« Ben voilà, le fait d'être un peu trop intrusif... On est à cheval entre le médical, **l'intime**, le relationnel, ou autre ! Donc est-ce que c'est pas un peu **une limite de notre métier qu'on dépasse aussi** ? » (M2)*

*« C'est peut-être un petit peu **intime** euh... On n'ose pas trop... Je suis pas sûre que ce soit vraiment un manque de temps, en fait, sur ce type de consultation. Mais peut-être qu'on ne veut pas trop être **intrusif**. » (M3)*

#### II.4.2 : Un sujet qui n'est abordé que s'il est pathologique

Dans quasiment tous les entretiens, les médecins expliquent qu'ils ne parlent de sexualité que si elle est pathologique. En effet, on parle de prévention des MST, de contraception, de troubles de la sexualité... Mais finalement, jamais de plaisir, de pratiques sexuelles, de fantasmes, etc... :

*« On parle pas de la **qualité des rapports** non plus en fait » (M3)*

*« C'est déjà arrivé, mais vraiment **très rarement** en fait qu'elles parlent de **plaisir**, en fait, de savoir si ça sera toujours pareil, si ça s'améliore » (M3)*

Par ailleurs, la première question de notre guide d'entretien nous a permis de noter que les premiers thèmes qui viennent à l'esprit des médecins quand on parle de sexualité en médecine générale sont la prévention, la contraception, et les troubles de la sexualité :

*« Les **vaccinations**... euh... Les **troubles de l'érection** » (M1)*

*« Alors la plupart du temps quand on l'évoque en consultation avec les patients c'est souvent pour les **maladies sexuellement transmissibles** en fait » (M3)*

*« Euh, ben en premier lieu, peut-être, ce que je vois le plus moi, c'est des hommes avec des **troubles de l'érection**. » (M4)*

*« Ben ça m'évoque la **prévention**, déjà » (M7)*

*« Jeunes, personnes d'un certain âge, **rapports à risque**... » (M8)*

Et si « ça va bien », le médecin n'a pas à parler de sexualité :

*« C'est vrai qu'on n'est pas forcément là, fin je sais pas, c'est peut-être une erreur, mais on n'est pas forcément là quand ça va bien en fait, **on est là quand ça va mal** en fait, de ce côté-là... » (M3)*

#### II.4.3 : Des réponses souvent uniquement somatiques

Les réponses des médecins sur le sujet de la sexualité restent très axées sur le somatique. En effet, lorsqu'ils nous racontent leur expérience, ils se posent la question d'une potentielle iatrogénie :

*« Oui, un patient qui se plaignait euh de troubles de la libido, donc euh, pour lequel il y a eu une discussion, je sais plus quel traitement il avait donc on a regardé euh, dans les **médicaments**, puisqu'il y a des médicaments qui peuvent donner des troubles de la libido, et euh, ben, on a essayé de modifier, et euh voilà » (M1)*

Les anomalies biologiques sont aussi explorées :

*« Si il y avait aussi des... une **prise de sang** avec des anomalies, notamment en termes de vitamines. » (M1)*

Les médecins proposent également des solutions médicamenteuses aux troubles de la sexualité :

*« C'était une femme qui était ménopausée, qui me disait qu'elle avait mal quand elle avait des rapports, du coup je lui avais conseillé déjà de prendre un **lubrifiant**, et je lui avais prescrit des **ovules**, des ovules de colpotrophine. » (M4)*

*« Quand il y a des problèmes, chez l'homme on prescrit beaucoup plus en effet de **médicaments comme le viagra** et tout ce qui en a découlé... On prescrit... Il y a des demandes ! »*

Ils envoient plutôt leurs patients vers des spécialistes d'organes :

*« Chez l'homme l'orientation peut se faire quand il y a des problèmes techniques, j'ai quelqu'un que je vais faire voir à \*\*\*\* [urologue], parce que voilà, il y avait des problèmes techniques, il a fallu l'opérer etc... Il y avait un Lapeyronie c'était compliqué euh... » (M6)*

*« Je crois que chez l'homme je les envoie souvent vers **l'urologue** quand même. » (M4)*

#### II.4.4 : Un sujet peu enseigné en médecine

La sexualité est un sujet peu enseigné en médecine, et les participants insistent sur le manque de formation. De plus, lorsqu'il ont eu une formation, elle était plutôt axée sur le plan somatique, gynécologique ou urologique, mais pas sur la sexologie :

« Ben j'en ai jamais eu aucune sur la sexualité non ! [...] **Je me rappelle pas d'avoir eu un seul cours** sur la sexualité... Sur la gynéco, sur le fonctionnement des organes sexuels oui, mais sur la sexualité non. » (M2)

« **Je sais pas si on a vraiment été formés** à la façon dont on aborde la sexualité avec... Avec les patients. C'est vrai qu'on est formés, enfin on nous parle d'empathie, de choses comme ça, mais la sexualité, pas du tout en fait. Non, j'ai pas l'impression qu'on soit formés à ça. » (M2)

« J'ai pas eu l'impression d'avoir appris grand-chose. A part, **en dehors des troubles de l'érection** où je trouvais que du coup c'était... J'avais plus de facilité peut-être à en parler parce que j'avais eu plus de formation aussi. » (M4)

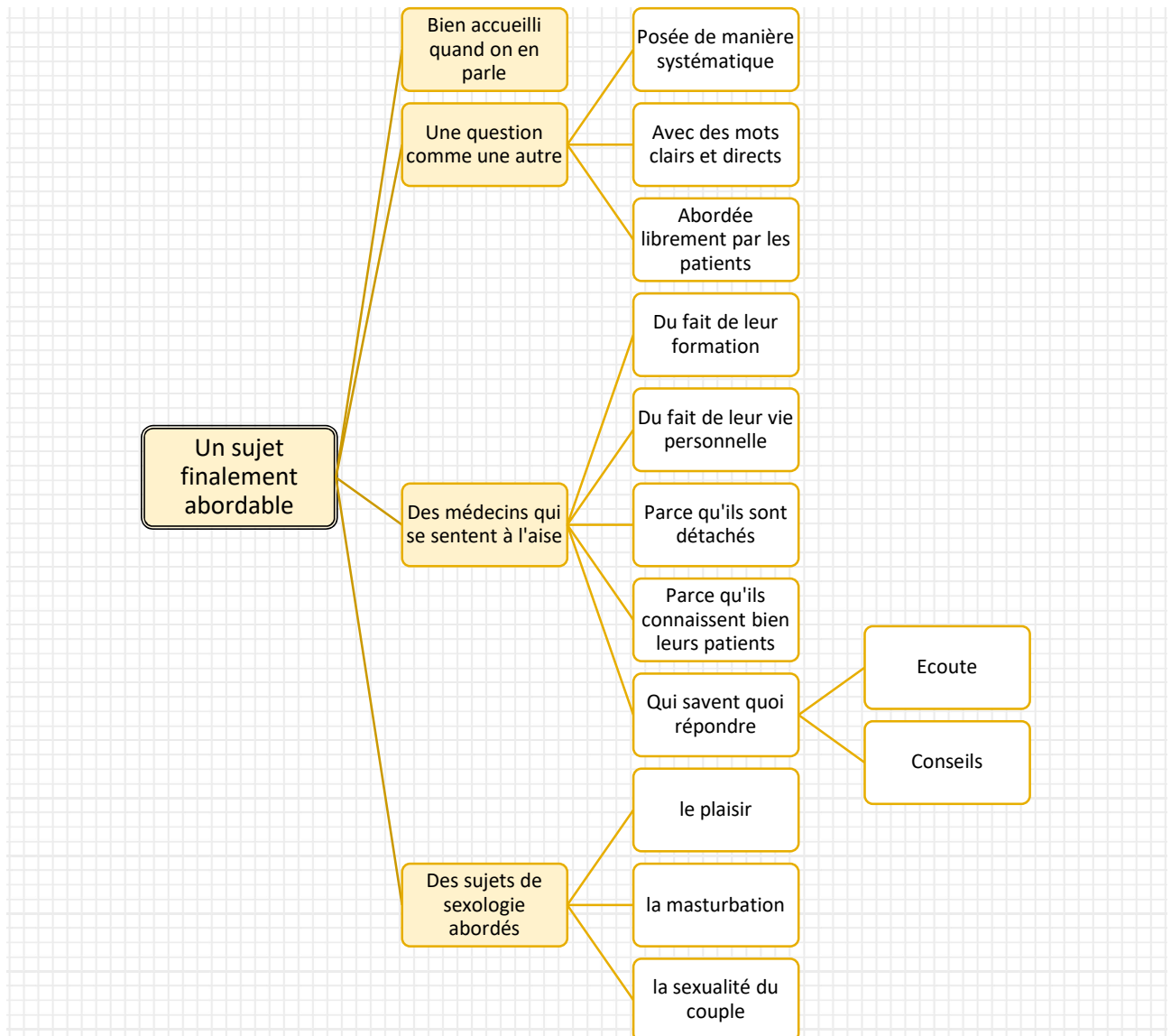
« **J'ai pas eu de formation de sexologue...** » (M8)

« On nous en a jamais parlé si, on parle un peu de sexualité **mais on a jamais fait un cours** sur : comment aborder la sexualité avec les personnes, de quoi parler, qu'est-ce qu'il faut évoquer, comment discuter, non... » (M9)

Ce manque de formation entraîne parfois un sentiment d'échec des médecins, qui, ne sachant pas comment répondre, ne posent donc pas la question.

« Oui, je pense que quand t'as plus de connaissance tu abordes plus facilement les sujets... **Moi les réponses que j'ai pas envie d'entendre ben je leur pose pas la question !** [rires] » (M4)

## II.5 : Un sujet finalement abordable



### II.5.1 : Un sujet bien accueilli quand on en parle

Le sujet, quand il est abordé, est bien accueilli par les patients :

*« Tu vois tu interrogues des femmes de 80 ans sur la sexualité et puis, han ! [...] Et ben elles n'étaient **pas embêtées** ! » (M5)*

*« La plupart du temps j'aborde les sujets euh, directement, et **ça gêne personne**. » (M9)*

« J'en ai même eu une, une fois, qui est revenue une fois en disant « Ah **j'étais contente de discuter avec vous**, maintenant ça va mieux avec monsieur, on a de meilleur rapport c'est génial merci docteur » ! » (M9)

II.4.2 : Une question comme une autre

#### II.4.2.a : Posée de manière systématique

La question de la sexualité est finalement une question comme une autre, qui peut tout à fait se poser de manière systématique, dans une consultation habituelle :

« Chez l'adolescent... **à chaque fois, sur un certificat** [certificat médical de sport], à chaque fois je demande si... comme les conduites à risque je demande s'ils ont une vie sexuelle, voilà, comment, et si ça va ! [...] Et euh... chez les femmes,  **systématiquement sur une consultation de gynéco...** » (M5)

« Mais on va dire peut-être **une fois sur trois si j'ai un patient déprimé** je demande au niveau sexuel comment ça se passe. » (M2)

« Voilà, c'est comme demander à un patient s'il a des idées suicidaires, en fait, ça paraît plus... Un peu plus **systématique**. » (M5)

#### II.4.2.b : Avec des mots clairs et directs

La question est posée avec des mots clairs, directs :

« Alors je **tourne pas autour des mots** quand je parle, fin, voilà, je parle de pénétration, je parle d'acte sexuel, je parle de tout, fin, sans détourner les mots autour. » (M9)

« Alors du coup quand les gens, quand on dit des **bons termes**, les gens sont un peu rassurés. « Vous avez des troubles de l'érection ». » (M3)

#### II.4.2.c : Abordée librement par les patients

Le sujet est bien souvent abordé de manière spontanée par les patients :

« Ben moi j'ai trouvé que c'était bien qu'il en parle, il en a parlé de manière tout à fait **spontanée** » (M1)

« Non je pose pas la question de l'orientation sexuelle systématiquement, euh... Les gens en général m'en parlent **assez facilement d'eux-mêmes**, souvent ça vient dans la conversation en disant « mon compagnon ou ma compagne ou machin » et du coup **ça vient assez facilement** dans la conversation. » (M9)

« Il y a quelques consultations, où, des hommes qui viennent en **parlant spontanément** de leurs problèmes sexuels. » (M7)

« C'est vrai que de plus en plus, même chez des hommes plus jeunes **ils abordent eux-mêmes** le sujet quoi. » (M4)

Et ceux-ci sont décrits comme étant à l'aise pour en parler :

« Ah non quand ils ont décidé [rires], de parler, ils sont **plutôt à l'aise** ! » (M8)

« Après ils étaient très à l'aise, les deux jeunes, donc ils ont un peu parlé de tout, **ça les gênait absolument pas.** » (M9)

Selon un médecin, les patients osent plus parler de sexualité qu'il y a vingt ans :

« Elles osent plus parler qu'il y a 20 ans, donc c'est beaucoup plus agréable. [...] Je trouve qu'il y a une libération, les patients se sentent **un peu plus libres** ». (M2)



### II.4.3 : Des médecins à l'aise avec le sujet

La plupart des médecins ont déclaré se sentir à l'aise avec le sujet de la sexualité :

« Moi je suis **pas gêné** particulièrement pour parler de tout ça, euh... [...] Oui, fin bon j'ai pas de problème là-dessus » (M6)

« Moi **j'ai pas de tabou** donc je suis plutôt à l'aise pour en discuter. Je suis **pas bloquée** sur le sujet. C'est un sujet qui me plait donc **ça me dérange pas** du tout d'en parler » (M7)

#### II.4.3.a : Du fait de leur formation

Certains médecins nous ont expliqué que leur formation les avait aidés à aborder la sexualité :

« Après je trouve que, les **études de médecine**, ben on parle du corps humain, on est formés sur le sexe, donc on a des **termes, peut-être aussi, médicaux, ou des termes qui sont pas, pas de l'argot** en fait du coup ben... voilà, ça paraît plus médical et c'est plus facile de les utiliser... » (M3)

« Après j'ai quand même fait un **DU de gynéco** à coté, donc, c'est pas vraiment de la sexualité à proprement parler mais du coup ça permet de répondre à deux trois questions pour les jeunes femmes en tout cas. » (M9)

L'un des médecins nous dit même que ces formations l'ont libérée, décomplexée, et lui ont ouvert les yeux sur la nécessité d'aborder la sexualité :

« Ouais, alors j'avais fait une **formation qui m'avait un peu décomplexée** ce truc-là, au tout début, je crois, quand j'étais installée, c'était la sexualité après euh, après... Fin c'était sur l'après cancer gynécologique, et y avait une sexologue qui était là, et qui avait fait un super truc, et euh, ça m'avait... Pouf, **ça m'avait libérée** ça, je crois ! » (M5)

« Mais c'est intéressant ! Il y avait une étudiante sage-femme quand j'étais en stage de gynéco qui faisait la sexualité des personnes âgées... Des femmes âgées. Et donc j'allais avec

elle faire les questionnaires et c'était drôle quoi ! Tu vois tu interrogues des femmes de 80 ans sur la sexualité et puis, han ! **Ça m'avait ouvert les yeux** tu vois ! » (M5)

#### *II.4.3.b : Du fait de leur expérience personnelle / de leur personnalité*

D'autres médecins pensent que leur expérience personnelle et leur personnalité leur permettent d'aborder le sujet :

« Oui, alors c'est vrai que c'est **l'expérience personnelle**, c'est d'avoir des **amis qui parlent facilement de sexe**, du coup ben on est à l'aise pour en discuter avec les patients. » (M4)

« Et puis je pense que j'ai des **facilités à discuter** avec mes patients donc y'a des sujets j'aborde assez facilement, euh... » (M9)

« Je pense que c'est vraiment une question de personnalité, de caractère de la personne en face, après aussi de la **personnalité du médecin** parce que y'a des médecins qui vont aborder les choses plus facilement donc la personne va le sentir ou le savoir et du coup ben, moi je sais que certaines personnes viennent parce qu'elles sont orientées par d'autres personnes qui leur ont dit : elle, elle en parle ou elle, elle le fait donc hésite pas à aller la voir, tu verras. » (M9)

#### *II.4.3.c : Parce qu'ils sont détachés*

Le fait d'être détaché du patient, de ne pas avoir de lien avec lui, semble jouer un rôle dans l'abord de la sexualité :

« Ouais, moi je suis très **détachée**, ça me pose pas trop de problème. » (M5)

« Je pense que **moins t'as de lien** avec le patient, et plus c'est facile d'en parler quoi. » (M4)

« Mais il y a des patients, ça m'est arrivé quand je remplaçais, euh, qui osaient pas en parler à leur médecin traitant, mais comme j'étais la **remplaçante**, ça allait en fait, ils y arrivaient. » (M3)

#### *II.4.3.d : Parce qu'ils connaissent bien leurs patients*

La relation médecin-patient permet selon certains médecins de libérer la parole :

« Après c'est... c'est plus facile en fonction de l'âge, en fonction du contact qu'on a avec les patients... C'est vrai que quand on **commence à bien les connaître** à savoir de quoi on peut discuter avec eux, ou pas, oui, ça va être facile... » (M3)

« Ce qui l'aide c'est le fait de **connaître les gens**... enfin voilà, depuis longtemps » (M5)

« Le fait de **bien connaître** ses patients, de, ben de connaître les aspects de leur intimité, facilite l'expression. » (M8)

#### *II.4.3.e : Qui savent quoi répondre*

L'écoute, la discussion, voire l'entretien motivationnel, sont la première des réponses évoquées par les médecins généralistes face à une demande qui concerne la sexualité :

« Et puis après ça reste beaucoup de bon sens et d'écoute parce que, la plupart du temps les problèmes sexuels des hommes, des femmes, c'est beaucoup de l'écoute et **savoir les écouter**. Ils ont pas forcément besoin d'avoir des réponses claires et nettes, ils ont juste besoin qu'on les écoute et qu'on les **rassure**. » (M9)

« Comme tout ce que je fais en **EM [(Entretien motivationnel)]**, j'essaie de leur, qu'ils trouvent des réponses s'ils veulent continuer leur couple, ben on voit qu'est-ce qu'ils peuvent faire pour essayer d'améliorer la situation ! » (M2)

« Qu'est-ce que je propose... Du bon sens ! Euh... Donc on **discute** de leur problème à chacun, et on parle de bon sens, et puis après... On parle de comment les aider... [...] ... Enfin tu les laisses parler, pour qu'ils **expriment** ce qu'ils ressentent, et euh... Et où se cible le problème. » (M8)

« Qu'est-ce qu'on fait encore... On se rend **présent** tout simplement. » (M8)

Ensuite viennent les conseils de sexologie :

« Donc, je lui ai suggéré, de... J'ai suggéré à monsieur d'être un peu plus... long ! [rires] ... Sur les **préliminaires**, et euh, surtout, utiliser régulièrement les **lubrifiants**. » (M9)

« En fait si y a des soucis de couple ils vont me dire « Ouais, ben de toute façon on s'est pas touché depuis 6 mois... », euh... voilà ! Des choses euh... [Et à partir de là, toi, quand tu réponds c'est...] Et ben... voilà, c'est comment ils se sont éloignés, comment ils peuvent... Si c'est encore possible de se retrouver, et donc c'est... donner des **conseils** de se retrouver, de repasser du temps ensemble, enfin, voilà. » (M5)

II.4.4 : Des sujets de sexologie abordés pendant la consultation

#### II.4.4.a : Le plaisir

Le plaisir est très rarement abordé en consultation selon les médecins interrogés, mais un des participant a évoqué le sujet :

« C'est déjà arrivé, mais vraiment très rarement qu'elles parlent de **plaisir**, en fait, de savoir si ça sera toujours pareil, si ça s'améliore... » (M3)

#### *II.4.4.b : La masturbation*

La masturbation, la notion de connaissance de son propre corps ont été évoquées en consultation par l'un des médecins :

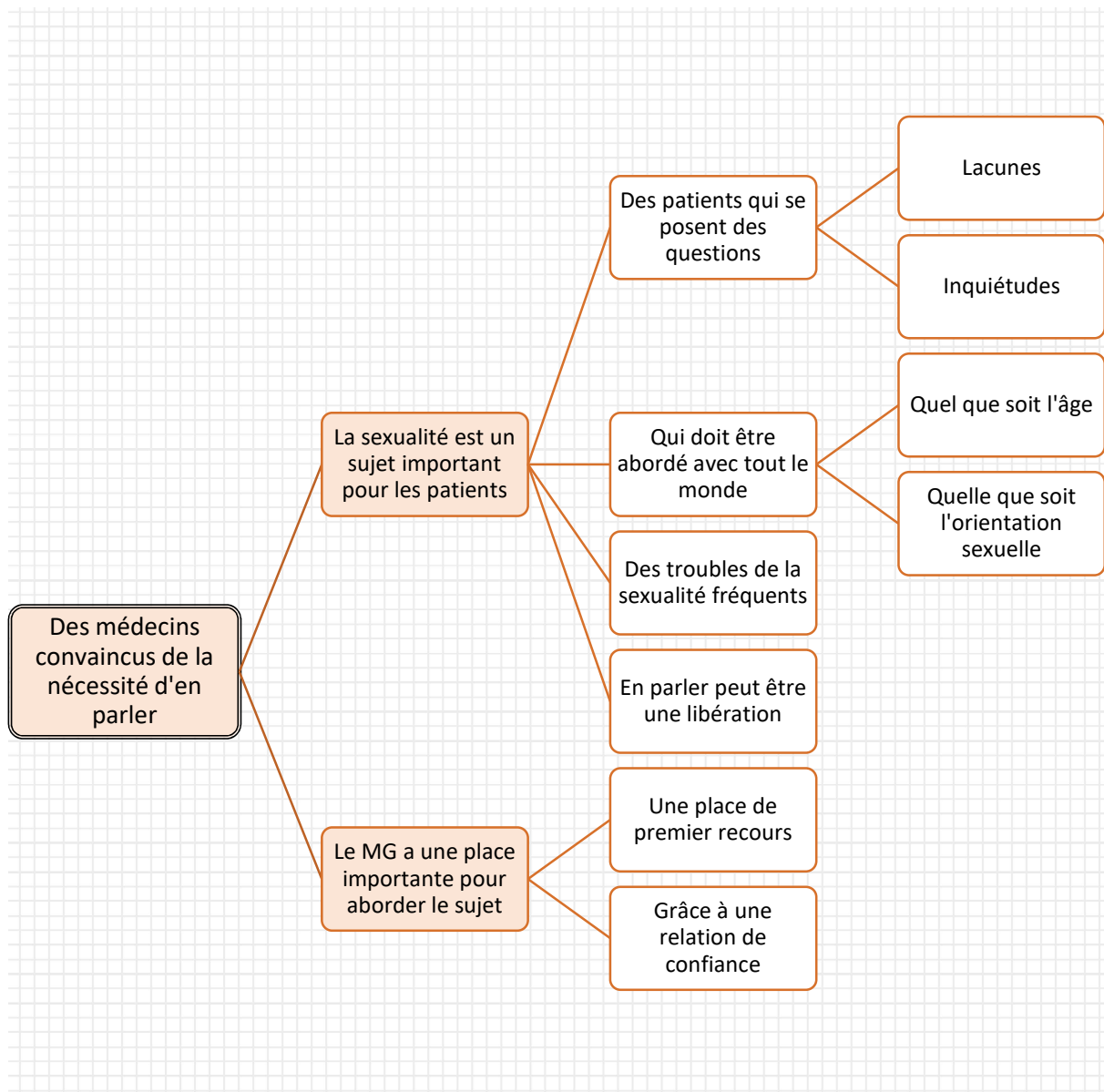
*« Ça peut être une possibilité de parler de **masturbation** aussi, ça m'est déjà arrivé. Alors c'est plus peut-être les femmes que les hommes en fait, expliquer qu'il faut apprendre un peu à connaître son corps, savoir ce qu'on aime bien, ce qu'on aime pas. Oui, ça par contre ça m'est déjà arrivé d'en parler » (M3)*

#### *II.4.4.c : La sexualité du couple*

Un médecin nous a raconté une consultation où les pratiques sexuelles d'un couple avaient été abordées :

*« Du coup vu que monsieur était là, on a abordé un peu le reste du sujet, de comment se passaient un peu les **préliminaires**, dans sa durée, est-ce qu'ils utilisaient des **lubrifiants** ou pas, est-ce qu'elle avait mal dès le début de la pénétration ou c'était un peu plus tard, est-ce que il y avait des **positions** plus, plus douloureuses que d'autres... » (M9)*

## II.5 : Des médecins convaincus de la nécessité d'en parler



### II.5.1 : La sexualité est un sujet important pour les patients

#### II.5.1.a : Des patients qui se posent des questions

La sexualité est un sujet qu'il est nécessaire d'aborder. En effet, les patients ont des lacunes importantes à ce sujet :

« Euh, c'est à dire que je pense que les ados ont pleeeein de **questions**, ou plein **d'idées fausses** » (M2)

« J'ai l'impression d'être catastrophé devant ces gamins, qui sont complètement...Pfff ! Anéantis par le sujet ! Ils connaissent rien, ils **connaissent rien au niveau physiologique**, ils connaissent rien de rien, euh... Même si des fois dans la discussion après ils vont te dire qu'ils regardent des tas de films pornos mais tu t'aperçois qu'ils connaissent rien à rien ! Voilà. Et donc il y a vraisemblablement de **grosses lacunes**. » (M6)

Ils ont également des inquiétudes, et se posent des questions sur leur sexualité :

« Bon, j'ai des gens qui m'ont parlé de leur sexualité, parce qu'ils étaient **inquiets**, soit chez les hommes soit chez les femmes... [...] Il y a des femmes qui sont inquiètes, mais c'est venu parce qu'il y avait chez une femme un problème urinaire. » (M6)

Enfin ils sont en demande d'aide, et de traitements médicamenteux :

« Chez l'homme on prescrit beaucoup plus en effet de médicaments comme le viagra et tout ce qui en a découlé... On prescrit... **Il y a des demandes** ! Alors là c'est vrai que c'est peut-être, c'est peut-être un des seuls sujets qui fait que les gens demandent. Voilà. » (M6)

« « J'ai des soucis, des soucis d'érection, donc euh... A quoi... **J'aurais besoin d'un traitement** docteur ». » (M7)

#### *II.5.1.b : Un sujet qui doit être abordé avec tout le monde*

La sexualité peut, et doit être abordée avec tout le monde. En effet, la sexualité n'a pas d'âge :

« Après tout **la sexualité, y a pas d'âge**. » (M1)

« Tu vois tu interrogues **des femmes de 80 ans** sur la sexualité et puis, han ! Ça m'avait ouvert les yeux tu vois ! Tu te dis, « Ah ouais mais elles ont encore envie » (M5)

« J'ai des cas de personnes âgées qui ont eu des rapports à risque dont la sexualité, au moment, de la retraite, est parfois hyper active ! [...] Donc euh, on a abordé la sexualité, la protection, **même après 60 ans passés** ! [rires] » (M8)

« On fait du dépistage chez les jeunes, donc ça fait partie du dépistage... Chez les jeunes, à tout âge finalement ! C'est bête de dire chez les jeunes parce que **c'est à tout âge** ! » (M8)

De plus, l'un des médecins pense, d'après des études et sa propre analyse, qu'il est indiqué de poser la question de l'orientation sexuelle :

« Et par contre j'ai vu des études où les **homosexuels aimeraient que les médecins leur posent la question** s'ils sont homosexuels, pour que ils soient plus à l'aise pour parler. J'ai lu des études qui disent ça. Alors... [...] Mais moi c'est parce que je pense, à raison ou à tort, que les homosexuels ont plus de difficultés dans leur vie, il y a plus de suicide, donc, voilà, c'est par rapport à ça [...] que j'aimerais les aider plus. » (M2)

#### *II.5.1.c : Des troubles de la sexualité fréquents*

Dans l'expérience d'un des médecins interrogés, il est flagrant que les troubles de la sexualité sont très fréquents lorsqu'on pose la question :

« Et je suis très très étonnée des réponses hein. [...Vous avez l'impression qu'il y a beaucoup de personnes qui ont des problèmes dans leur vie sexuelle...] Ah, énorme ! Moi je suis étonnée du **nombre d'hommes et de femmes** justement, même à 30 ans, même des fois à 25 ans, qui sont en couple et qui n'ont pas de rapport sexuel ! » (M2)

#### *II.5.1.d : En parler peut être une libération*

Selon l'un des médecins, parler de sexualité et à fortiori d'orientation sexuelle avec un patient peut lui permettre de se libérer, dans une société où l'homophobie et l'hétéronormativité sont encore très présentes :



*[A propos des adolescents et de l'homosexualité] « C'est-à-dire qu'à l'occasion de quelque chose, voilà, on est arrivé à en parler. Et à **libérer** des fois quelque chose qui était... Qui était compliqué, à vivre. [...] Ben c'est... Je pense que pour beaucoup d'ados **c'est libérateur, en tout cas oui ça leur permet de comprendre qu'ils sont ni anormaux ni malades ni ceci ni cela**, et peut-être que l'époque est toujours compliquée là-dessus, même si... Enfin, voilà. » (M6)*

## II.5.2 : Le MG a une place importante pour en parler

Les entretiens font ressortir la place importante du MG pour parler de sexualité. L'un des médecins nous dit même que l'intime fait partie du métier du médecin :

*« [Le médecin généraliste] **a une place pour tout ce qui relève de l'intimité du patient.** » (M6)*

### II.5.2.a : Une place de premier recours

Le MG est le premier recours des patients pour parler de sexualité :

*« [Au sujet de la place du MG pour parler de sexualité] Je pense qu'on la prend, j'ai l'impression, que les gens ils nous la donnent quoi, cette **place, de premier recours** en tout cas. » (M5)*

En effet, il est le praticien le plus facilement accessible :

*« C'est vrai qu'en matière d'espace de parole, **on est quand même les plus abordables.** Parce qu'après, les rendez-vous les machins, c'est hyper compliqué quoi. Donc on est quand même les plus abordables. » (M6)*

### *II.5.2.b : Grâce à une relation de confiance*

Cette place de choix pour parler de sexualité dépend également de la relation de confiance entre le médecin et son patient :

*« Moi j'ai l'impression que ça peut se faire mieux, ou en tout cas de manière plus simple lorsqu'il y a déjà **un lien qui s'est créé.** » (M1)*

*« Je pense que les gens se sentent plus en confiance, **si les gens se sentent en confiance** c'est plus facile aussi de libérer la parole ! » (M2)*

*[A propos d'une personne qui lui a révélé à l'âge de 60 ans son activité de travailleuse du sexe] « Ben surprise, après j'étais contente qu'elle me le dise parce que je pense **qu'elle avait besoin d'être en confiance** et je sais pas pourquoi il a fallu autant de temps... » (M8)*

## III : Discussion

### III.1 Forces et limites de l'étude

#### III.1.1 Choix d'une étude qualitative phénoménologique

L'étude qualitative permet de comprendre un phénomène complexe. Dans notre travail, nous souhaitons étudier en priorité l'expérience des médecins, et l'approche qualitative, et plus précisément phénoménologique nous a paru être la plus indiquée.

#### III.1.2 Choix d'entretiens individuels

Nous avons choisi de mener des entretiens individuels, plutôt que collectifs. En effet, nous avons pensé que le tête-à-tête avec le chercheur mettrait le médecin plus en confiance, et permettrait de recueillir son expérience personnelle, surtout sur un sujet dont on a vu qu'il pouvait être tabou.

#### III.1.3 Le recueil de données

Les entretiens étaient réalisés de manière semi-dirigée, en utilisant un guide d'entretien. Certaines des relances ont été modifiées au cours de l'étude. Il nous a en effet semblé important d'aborder dans les entretiens suivants certains des thèmes qui avaient émergé dans l'analyse des premiers entretiens.

Les entretiens réalisés sont pour la plupart assez courts. Mon manque d'expérience pour mener des entretiens semi-dirigés peut en être à l'origine. Cependant, au vu des résultats, nous pouvons penser que le caractère tabou du sujet peut être également une des causes de la rapidité des entretiens.

#### III.1.4 L'analyse des données

Mon manque d'expérience a pu, là aussi, diminuer la qualité de l'analyse. Pour y remédier, je me suis documentée sur l'analyse qualitative, thématique et phénoménologique. J'ai également suivi les cours proposés par la faculté de médecine de Montpellier sur l'analyse qualitative, et ai été encadrée par mes directrices de thèse.

### III.2 Principaux résultats et ouverture

#### III.2.1 La sexualité : un sujet tabou

Le premier thème retrouvé par notre analyse est que la sexualité est un sujet tabou, pour les médecins comme pour les patients.

##### *III.2.1.1 Un sujet différent des autres*

Les médecins interrogés semblent penser que ce sujet est différent des autres, et ne l'abordent que dans certaines circonstances, le plus souvent à demi-mot. Selon la plupart des médecins interrogés, la sexualité ne peut pas faire partie de l'entretien habituel au même titre que les questions sur les antécédents médicaux, la consommation de toxiques, etc. De plus le sujet ne peut être abordé avec tous les patients, et le genre, l'âge (adolescents, personnes âgées), l'orientation sexuelle, sont des facteurs qui influencent l'abord ou non de la sexualité.

Ce premier sous-thème peut être mis en parallèle avec l'étude précédemment citée « Opening a can of worms » (« Ouvrir la boîte de Pandore »), menée au Royaume-Uni (57). Celle-ci liste les raisons pour lesquelles les médecins n'abordent pas la sexualité. La gêne personnelle du médecin est citée comme un frein, comme dans notre étude. De plus, les groupes de patients

pour qui la sexualité est difficile à aborder se rejoignent, puisqu'on retrouve aussi les patients du sexe-opposé, les patients âgés, les patients non hétérosexuels. Cependant, l'étude menée au Royaume-Uni parle des patients noirs, des minorités ethniques, et des patients ayant des retards mentaux, ce qui n'a pas été retrouvé dans notre étude. A contrario, l'étude anglaise ne cite pas les adolescents comme étant une population pour laquelle il est difficile d'aborder la sexualité, contrairement à la nôtre. Mais le but de ces deux études n'étant pas de produire une liste de personnes pour lesquelles la sexualité était difficile à aborder, nous n'avons pas posé la question de manière claire à nos participants, et donc cette liste n'est probablement pas exhaustive.

### *III.2.1.2 Un sujet qui entraîne des réactions négatives*

La sexualité est un sujet qui, chez les patients comme chez les médecins, entraîne des réactions négatives. En effet, les sentiments de honte et de gêne à aborder la sexualité avec un médecin étaient fréquemment perçus par les médecins chez leurs patients, d'autant plus lorsqu'il s'agissait d'aborder les dysfonctions sexuelles.

Chez les médecins, le sentiment de gêne a peu été exprimé et la plupart des participants se disaient à l'aise. Cependant, nous avons pu noter un langage corporel évoquant la gêne pour certains de ces médecins, des rires, des bafouillements, des hésitations. Peut-être pouvons-nous penser que l'aveu d'un sentiment de malaise face à un sujet comme la sexualité est difficile à faire en entretien individuel, et d'autant plus face à un chercheur que l'on ne connaît pas.

De plus, le sujet de cette thèse n'a pas cessé de surprendre, et, en aparté, avant ou après l'enregistrement, la plupart des médecins s'étonnaient du choix du thème étudié.

### *III.2.1.3 Un sujet qui touche des questions de société*

Les médecins abordaient dans les entretiens plusieurs sujets de société : la religion, la sexualité et les troubles cognitifs, l'homosexualité. Ceux-ci peuvent compliquer l'abord de la sexualité en consultation.

Nous souhaitons insister sur le fait que, si l'orientation sexuelle des patients a pu être abordée par les médecins, l'homosexualité était citée comme une situation particulière, plus difficile à gérer en consultation. Cette vision plutôt hétérocentrée de la sexualité, même si elle n'était pas présente dans tous les entretiens, est une norme sociale. Il pourrait être intéressant, dans une autre étude, d'évaluer la capacité des médecins à utiliser un vocabulaire non hétérocentré lors de leurs consultations.

De plus, les questions de genre ont été très peu abordées par les médecins. Même si en effet celles-ci ne font pas partie directement de la sexualité, les personnes transgenres ont des problématiques sexuelles identiques aux personnes cisgenres, mais qui peuvent être plus complexes du fait de leur période de transition, sur un versant somatique comme psychologique. On peut également noter que le vocabulaire inclusif ne fait pas du tout partie des pratiques des médecins généralistes interrogés.

### *III.2.1.4 Un sujet qui renvoie à l'intimité du médecin*

Nous avons également pu remarquer dans cette étude que la sexualité pouvait être tabou parce qu'elle renvoyait à l'intimité du médecin. Même si ce thème n'est revenu qu'une seule fois dans les entretiens, nous avons trouvé intéressant de le noter. En effet, l'entretien en tête à tête avec un chercheur est loin d'être propice à l'exposition de son intimité, et nous pouvons penser que dans d'autres circonstances, les participants auraient pu se livrer beaucoup plus sur le sujet.

### III.2.2 : La sexualité, une limite du métier de médecin ?

La question de la légitimité du médecin généraliste à parler de sexualité avec ses patients a été posée dans plusieurs entretiens, et constitue le deuxième grand thème retrouvé dans notre analyse.

#### *III.2.2.1 Une question intrusive*

La sexualité est un sujet qui touche à l'intime, et pour beaucoup de participants, la sensation d'être « intrusif » en parlant de ce sujet est très présente. Nous pouvons penser que cette peur d'entrer dans l'intimité du patient est fortement liée au côté tabou de la sexualité. En effet la plupart des consultations médicales, même si elles ne parlent pas de sexualité, touchent déjà l'intimité du patient.

#### *III.2.2.2 Un sujet qui n'est abordé que s'il est pathologique*

Lors de notre étude, nous avons pu remarquer que la sexualité en médecine générale était souvent évoquée dans un contexte de prévention, ou pour traiter un trouble de la sexualité. En effet, dans les entretiens étaient abordés en priorité les questions de prévention des MST, de contraception, et de troubles de l'érection essentiellement.

Les médecins semblaient penser que leur rôle n'était pas de parler du plaisir, du désir, des fantasmes, etc.

Pourtant, l'OMS définissant la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental, et sociétal, relié à la sexualité (1), on peut penser que ces questions de sexologie doivent être abordées par les médecins généralistes dans leur pratique courante, et surtout, qu'elles font évidemment partie de leur champ de compétences.

### *III.2.2.3 Des réponses souvent uniquement somatiques*

Les réponses apportées par les médecins à leurs patients sur le sujet de la sexualité étaient très axées sur le somatique. En effet, ils nous rapportaient explorer les anomalies biologiques de leurs patients, évoquer une potentielle iatrogénie, proposer des solutions médicamenteuses. Même si, nous le verrons plus tard, l'entretien et l'écoute faisaient partie également des réponses proposées, nous avons noté que la plupart des médecins ne citaient pas de techniques employées en sexologie clinique.

Les correspondants cités par les médecins quand il s'agissait de sexologie étaient des spécialistes d'organes. On peut penser que les médecins interrogés ne voyaient pas l'intérêt d'orienter vers un sexologue, ou n'avaient pas de contacts en Occitanie leur permettant de le faire. En effet, si on se rapporte au site du syndicat national des sexologues cliniciens (60), on trouve peu de sexologues répertoriés sur le territoire Occitanie, comme dans l'ensemble des régions françaises... Ce qui donne encore plus de place aux médecins généralistes pour aborder la sexualité !

### *III.2.2.4 Un sujet peu enseigné en médecine*

Les médecins interrogés rapportaient pour la plupart avoir eu peu de formation sur la sexualité pendant leur cursus de médecine générale. De plus, il semblerait que le sujet soit abordé pendant les études de médecine surtout sur le versant somatique, en gynécologie ou en urologie.

Actuellement, l'internat de médecine ou ECNi fait apparaître la sexologie dans un item intitulé « La sexualité et ses troubles ». Il est développé dans le référentiel du collège des enseignants de psychiatrie. Mais on peut remarquer que ces quelques pages, si elles décrivent les différents troubles de la sexualité, restent très succinctes, et abordent peu l'entretien en sexologie, et les différentes réponses que l'on peut apporter aux patients. (61)



Pendant l'internat et la formation médicale continue des médecins généralistes, est proposé dans plusieurs facultés le DIU de sexologie, qui leur permet d'approfondir le sujet, et de devenir sexologue agréé. Cependant cette formation nécessite une implication de trois années supplémentaires et la soutenance d'un mémoire. Peut-être serait-il profitable d'approfondir le sujet dans la formation initiale des médecins généralistes ? Il existe depuis peu un cours optionnel sur la sexualité en médecine générale délivré par le département de médecine générale de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes.

Comme nous l'avons présenté en introduction, la sexologie est un domaine très vaste, et donc complexe. Sans dispenser une formation complète sur les différentes méthodes enseignées en sexologie, nous pensons qu'il pourrait être intéressant de proposer quelques outils pratiques, faciles à utiliser en consultation. Par exemple, un guide de l'entretien en sexologie. Nous donnons en annexe une ébauche de ce guide, suite à la formation que nous avons suivie via la SFTG, avec le Dr Philippe OTMESGUINE, médecin sexologue, et Laura BELTRAN, psychologue sexologue. De la même manière, il serait intéressant que les médecins généralistes puissent orienter leurs patients vers des lectures, des vidéos, ou des sites internet informatifs. Enfin, pour aider les patients à développer leurs fantasmes, il peut leur être suggéré d'écouter des podcasts et des lectures érotiques. Nous proposons donc, en annexe, une ébauche de « boîte à outils », qui pourrait être enrichie grâce à une autre étude. Celle-ci pourrait ensuite être présentée dans la formation de médecine générale.

### III.2.3 Un sujet finalement abordable

D'après l'expérience des médecins généralistes la sexualité est un sujet finalement abordable avec leurs patients.

### *III.2.3.1 Un sujet bien accueilli*

Les médecins interrogés rapportent que lorsqu'ils abordent la sexualité avec leurs patients, le sujet est finalement bien accueilli. Ce résultat rejoint plusieurs études qui se sont intéressées au ressenti du patient lorsque la sexualité est abordée. En effet, dans l'étude précédemment citée réalisée auprès de patients du Languedoc Roussillon, le ressenti des patients était étudié après que leur médecin leur ait posé la question « Comment va la sexualité ? ». 93 % des patients ont déclaré avoir eu un ressenti neutre ou positif (58).

### *III.2.3.2 Une question comme une autre*

La sexualité est finalement une question comme une autre, qui peut se poser de manière systématique. Plusieurs médecins nous ont ainsi listé les contextes dans lesquels ils abordaient la sexualité.

Ils ont également insisté sur le fait d'aborder la sexualité avec des mots clairs et direct. En effet, cela permettrait aux patients d'être rassurés sur la possibilité de parler de sexualité avec leur médecin.

Les médecins nous rapportent également que le sujet est souvent abordé par les patients, qui sont décrits comme à l'aise et plus libres qu'il y a vingt ans.

### *III.2.3.3 Des médecins à l'aise avec le sujet*

Les médecins se décrivent à l'aise pour évoquer le sujet de la sexualité avec leurs patients. Cependant, comme nous l'avons déjà abordé plus haut, le sentiment de gêne nous a paru assez présent chez certains médecins.

Certains médecins nous ont confirmé avoir été aidés par leurs formations, et l'un d'eux nous a même expliqué avoir été « libéré » et « décomplexé » par une formation menée par un

sexologue. On peut donc penser que la sexologie devrait faire partie du programme de médecine de manière systématique.

De la même manière, il semble que l'expérience personnelle des médecins, et leur personnalité puisse intervenir dans la manière d'aborder la sexualité en consultation.

Un autre facteur qui semble jouer sur l'aisance des médecins à aborder la sexualité en consultation, est la relation qu'ils ont avec leur patient. Le « détachement », l'absence de « lien » avec le patient peut aider les médecins à aborder l'intimité ; pour d'autres, il est nécessaire d'avoir une bonne relation médecin-patient.

Enfin, les médecins nous ont paru à l'aise pour répondre aux problématiques de sexualité, en utilisant pour la plupart des techniques d'écoute et d'entretien motivationnel. Certains des médecins pouvaient même proposer des solutions de sexologie, comme l'utilisation de lubrifiants pendant les rapports, ou le conseil de retrouver des moments de tendresse au sein du couple.

#### *III.2.3.4 Des sujets de sexologie abordés pendant la consultation*

Comme on vient de le voir, la sexologie était finalement abordée par les médecins dans leurs consultations. En effet, la notion de plaisir a été évoquée par l'un des participants. Ce même médecin a pu lors de consultations parler avec ses patients de la masturbation, de la connaissance de son corps et de son plaisir.

Enfin, la sexualité du couple a été abordée par l'une des médecins, qui a déjà expérimenté une consultation de couple axée sur la sexologie.

### III.2.4 Des médecins convaincus de la nécessité d'en parler

Même en se questionnant sur leur légitimité à discuter d'un sujet aussi intime que la sexualité, les médecins interrogés restaient convaincus de la nécessité de l'aborder avec leurs patients.

#### *III.2.4.1 La sexualité : un sujet important pour les patients*

La sexualité est un sujet important pour les patients. En effet, il est flagrant, d'après les médecins interrogés, que les patients ont des lacunes importantes à ce sujet, et se posent des questions. On peut appuyer ces résultats par plusieurs études qui prouvent que les patients souhaiteraient que leur médecin leur pose des questions sur leur histoire sexuelle (56). On peut également les rapprocher de nombreuses études qui prouvent les lacunes des adolescents (et probablement des adultes) sur le sujet : une adolescente de 15 ans sur quatre ne sait pas qu'elle a un clitoris ! (4)

De plus, la sexualité est un sujet qui doit être abordé avec tout le monde, et les médecins en sont convaincus.

Plusieurs fois, ils ont rappelé que la sexualité « n'a pas d'âge », ceci étant confirmé par une étude déjà citée plus haut, qui met en évidence le maintien des relations sexuelles pour 74,4% des femmes et 83,5% des hommes de 57 à 87 ans. (26)

De plus, l'un des praticiens nous a rapporté penser, suite à une de ses lectures, que les personnes LGBT souhaiteraient que la question de l'orientation sexuelle leur soit posée, pour être plus à l'aise pour en parler. Ce participant pensait également que les personnes LGBT pouvaient avoir plus de problématiques de santé que les autres patients, et qu'il était donc important d'aborder le sujet avec eux. En effet, plusieurs études prouvent que les personnes LGBTQI sont globalement en moins bonne santé que les personnes cisgenres et hétérosexuelles, et sont plus à risque de présenter des pathologies addictives, ou d'avoir des idées suicidaires. (37) (38)

On peut également relever dans nos entretiens la fréquence des troubles de la sexualité rencontrés par les médecins généralistes dans leur pratique. L'un deux nous dit même avoir été étonné du nombre d'hommes et de femmes jeunes qui rapportent une sexualité non satisfaisante. Et cette impression est largement confirmée par les chiffres de l'Enquête sur la sexualité en France, précédemment citée (48).

#### *III.2.4.2 Le médecin généraliste a une place importante pour en parler*

Les médecins interrogés considèrent que le médecin généraliste a une place importante pour parler de sexualité en consultation. Selon eux, il est le praticien le plus accessible. De plus, la relation de confiance qu'il a avec son patient peut l'aider à aborder ce sujet.

# CONCLUSION

A travers ce travail de thèse, nous avons souhaité étudier l'expérience des médecins généralistes lorsqu'ils abordent la sexualité en consultation. La sexualité est un sujet peu exploré en médecine générale, et méconnu des patients. Et pourtant, c'est à la fois un enjeu de santé publique, un sujet de société, et une part importante de la santé globale de nos patients. De plus, il est évident que la médecine générale, et plus largement les soins primaires, sont au premier plan pour aborder ce sujet, qui est en outre bien accueilli par les patients.

Nous avons donc choisi de mener une étude qualitative, à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés, auprès de neuf médecins généralistes d'Occitanie. L'analyse phénoménologique effectuée a permis de mettre en évidence quatre catégories :

- La sexualité est un sujet tabou, différent des autres, qui peut entraîner une gêne.
- Les médecins pensent que la sexualité est une limite de leur métier, et se croient intrusifs lorsqu'ils l'abordent avec leurs patients. De plus, la formation dans ce domaine est peu approfondie en médecine générale.
- La sexualité est finalement un sujet abordable quand les médecins se sentent à l'aise pour le faire, elle est alors bien accueillie par les patients.
- Les médecins sont convaincus de la nécessité d'en parler avec leurs patients, qui sont en demande, et ils pensent qu'ils ont leur place en tant que médecin généraliste pour le faire.

Il nous apparaît que malgré leur conviction de la nécessité d'aborder la sexualité avec leurs patients, les médecins généralistes restent persuadés d'être intrusifs, et illégitimes pour traiter ce sujet. Ce sentiment induit chez eux une gêne difficilement avouée, qui les conduit à éviter la question, et plus particulièrement avec certains types de patients (personnes âgées, adolescents, personnes LGBTQ...). Ce travail de thèse montre qu'une formation plus approfondie dans ce domaine pourrait contribuer à améliorer la santé sexuelle de nos patients. En effet, les médecins généralistes, en tant qu'acteurs de soins primaires, sont les mieux placés pour aborder la sexualité.



# BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Defining sexual health. 2006.
2. OMS. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. 1946.
3. Brochmann N, Stokken Dahl E. Les joies d'en bas. Actes Sud; 2018.
4. HCE (Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes). Rapport relatif à l'éducation à la sexualité [Internet]. 2016 [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.youscribe.com/BookReader/Index/2738520/?documentId=2921054>
5. Netflix - Sex Education [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.netflix.com/title/80197526>
6. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
7. Kirschen M. Pourquoi les manuels de SVT ont-ils peur du clitoris? [Internet]. BuzzFeed. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.buzzfeed.com/fr/mariekirschen/pourquoi-les-manuels-de-svt-ont-ils-peur-du-clitoris>
8. SVT • Égalité [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <http://svt-egalite.fr/>
9. Thomas M. Cinq manuels de seconde représentent désormais l'anatomie complète du clitoris [Internet]. Libération.fr. 2019 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.liberation.fr/france/2019/10/04/cinq-manuels-de-seconde-representent-desormais-l-anatomie-complete-du-clitoris\\_1753515](https://www.liberation.fr/france/2019/10/04/cinq-manuels-de-seconde-representent-desormais-l-anatomie-complete-du-clitoris_1753515)
10. Centre Hubertine-Auclert. Colloque : Manuels scolaires, genre et égalité. 2014.
11. Chaperon S. « Le trône des plaisirs et des voluptés » : Anatomie politique du clitoris, de l'Antiquité à la fin du XIXème siècle. Cahiers d'Histoire. 2012;(118).
12. Fillod O. Clit'info [Internet]. clit'info. [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <https://odilefillod.wixsite.com/clitoris>
13. Azan J. Le Clitoris, C'est la vie ! FIRST Editions; 2018.



14. O'connell HE, Hutson JM, Anderson CR, Plenter RJ. ANATOMICAL RELATIONSHIP BETWEEN URETHRA AND CLITORIS. *J Urol.* juin 1998;159(6):1892-7.
15. O'connell Helen E., Sanjeevan Kalavampara V., Hutson John M. Anatomy of the clitoris. *J Urol.* 1 oct 2005;174(4 Part 1):1189-95.
16. Buisson O, Foldes P, Jannini E, Mimoun S. Coitus as Revealed by Ultrasound in One Volunteer Couple. *J Sex Med.* août 2010;7(8):2750-4.
17. Clitoris and bulbs [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <http://odile.fillod.free.fr/3DClitEN.htm>
18. Tuailon V. Tout sur la bite - Les couilles sur la table - Binge Audio [Internet]. Tout sur la bite - Les couilles sur la table - Binge Audio. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://www.binge.audio/podcast/les-couilles-sur-la-table/tout-sur-la-bite>
19. Galiano DM, Etienne R. Mon sexe et moi: Manuel pour comprendre et réparer son pénis. Marabout; 2020. 224 p.
20. Levin RJ. An orgasm is... who defines what an orgasm is? *Sex Relatsh Ther.* févr 2004;19(1):101-7.
21. Nimkoff MF. KINSEY, ALFRED C., WARDELL B. POMEROY, CLYDE E. MARTIN, PAUL H. GEBHARD, et al. *Sexual Behavior in the Human Female.* Pp. xxx, 842. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1953. \$8.00. *Ann Am Acad Pol Soc Sci.* 1 mars 1954;292(1):178-178.
22. Masters WH, Johnson VE, Reproductive Biology Research Foundation (U.S.). *Human sexual response.* Boston: Little, Brown; 1966.
23. Netgen. Modèles actuels d'enseignement de la sexologie et des thérapies sexuelles [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 1 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2429/999>
24. Kaplan HS. *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions.* Psychology Press; 1974. 570 p.
25. Victoire Tuailon. Maïa Mazaurette - Sortir la tête du trou. Les couilles sur la table - Binge Audio.

26. MAZAURETTE Maïa. Lever la tête - Sortir du trou. Anne Carrière; 2020. (Sex Appeal).
27. Martin PAGE. Au-delà de la pénétration. Monstrograph; 2019.
28. Jouissance Club / Climax Club (@jouissance.club) • Photos et vidéos Instagram [Internet]. [cité 20 août 2020]. Disponible sur: <https://www.instagram.com/jouissance.club/>
29. INSERM. Bilan démographique 2019. 2020;
30. Colson M-H. Sexualité et pathologies du vieillissement chez les hommes et les femmes âgés. *Gérontologie Société*. 2012;35 / 140(1):109-30.
31. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *N Engl J Med*. 23 août 2007;357(8):762-74.
32. Beckman N, Waern M, Gustafson D, Skoog I. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *BMJ*. 8 juill 2008;337(jul08 3):a279-a279.
33. Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. *Soc Sci Med*. avr 2003;56(8):1617-28.
34. Thompson WK, Charo L, Vahia IV, Depp C, Allison M, Jeste DV. Association Between Higher Levels of Sexual Function, Activity, and Satisfaction and Self-Rated Successful Aging in Older Postmenopausal Women: SEXUAL SATISFACTION AND SUCCESSFUL AGING. *J Am Geriatr Soc*. août 2011;59(8):1503-8.
35. Le Gall J. Le désir n'a pas d'âge même si le corps a ses limites. *Empan*. 2017;105(1):96-102.
36. Maudet M. Religion et sexualité en France des années 1970 aux années 2000. Évolution des pratiques et attachement à la famille hétérosexuelle. *Population*. 2017;72(4):701-28.
37. Le Coran. In.
38. Catéchisme de l'Eglise Catholique. Sixième Commandement. In p. Paragraphe 2335.
39. Catéchisme de l'Eglise Catholique. Sixième Commandement. In p. Paragraphe 2353.

40. Catéchisme de l'Eglise Catholique. Sixième Commandement. In p. Paragraphes 2352, 2354, 2370.
41. Fortier C. Genre, sexualité et techniques reproductives en islam. In: Normes religieuses et genre [Internet]. Paris: Armand Colin; 2013. p. 173-88. (Recherches). Disponible sur: <https://www.cairn.info/normes-religieuses-et-genre--9782200285562-p-173.htm>
42. Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011 [cité 30 juin 2020]. (The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64806/>
43. Arnaud Alessandrin, Johanna Dagorn, Anastasia Meidani, Gabrielle Richard, Marielle Toulze. Santé LGBT - Les minorités de genre et de sexualité face aux soins. Le bord de l'eau; 2020.
44. Europäische Union, éditeur. EU LGBT survey: European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey ; results at a glance. Luxembourg: Publ. Office of the Europ. Union; 2013. 31 p. (Equality).
45. Meckler GD, Elliott MN, Kanouse DE, Beals KP, Schuster MA. Nondisclosure of sexual orientation to a physician among a sample of gay, lesbian, and bisexual youth. Arch Pediatr Adolesc Med. déc 2006;160(12):1248-54.
46. Netgen. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 30 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-307/Vers-un-acces-a-des-soins-de-qualite-pour-les-personnes-lesbiennes-gays-bisexuelles-et-transgenres#rb10>
47. Accueillir et accompagner les personnes transgenres - Avec respect, sans préjugé. Prescrire. avr 2020;(438):276-84.
48. BSP\_Nat\_Surveillance\_VIH2018.pdf.

49. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, et al. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. *BMC Infect Dis.* 2 mai 2013;13:200.
50. BSP-IST-National-2018.pdf.
51. Vilain A. « 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018 ». *Études Résultats DREES.* sept 2019;
52. Laurant F. Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » : :101.
53. OMS. CIM-10. 2008 [cité 26 juin 2020]; Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F50-F59>
54. Levinson S. Les « difficultés » de la fonction sexuelle : contextes, déterminants et significations. In: *Enquête sur la sexualité en France [Internet].* Paris: La Découverte; 2008. p. 485-508. (Hors Collection Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293-p-485.htm>
55. OMS. OMS | Classification des mutilations sexuelles féminines [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 20 août 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/fr/>
56. Resolution on Female Genital Mutilation - FIGO.
57. UNICEF - Female genital mutilation/cutting : a global concern [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.unicef.org/media/files/FGMC\\_2016\\_brochure\\_final\\_UNICEF\\_SPREAD.pdf](https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf)
58. UNICEF France. Excision et mutilations génitales féminines [Internet]. UNICEF France. 2016 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/dossier/excision-et-mutilations-genitales-feminines>
59. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *The Lancet.* juill 2012;380(9837):134-41.
60. Sexual and reproductive health: core competencies in primary care: attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, provision. [Internet]. Geneva, Switzerland:

World Health Organization; 2011 [cité 26 juin 2020]. Disponible sur: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf)

61. Cuzin B, Cour F, Bousquet P-J, Bondil P, Bonierbale M, Chevret-Measson M, et al. Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile (réactualisation 2010). *Sexologies*. janv 2011;20(1):66-79.

62. Gerbert B, Maguire BT, Coates TJ. Are patients talking to their physicians about AIDS? *Am J Public Health*. avr 1990;80(4):467-8.

63. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De H, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* [Internet]. 8 mars 2011 [cité 1 juill 2020];141(0910). Disponible sur: <https://smw.ch/article/doi/smw.2011.13178>

64. Dyer K, das Nair R. Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. *J Sex Med*. nov 2013;10(11):2658-70.

65. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies*. juill 2017;26(3):136-45.

66. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016. 432 p. (U; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-social--9782200614706.htm>

67. Syndicat National des Sexologues Cliniciens [Internet]. test-snsc. [cité 13 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.snsc.fr>

68. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : Formulaire d'information et de consentement

Nous réalisons une étude qualitative dans le cadre d'une thèse en médecine générale qui s'intéresse à l'expérience des médecins généralistes lorsqu'ils abordent la sexualité en consultation.

Que se passe-t-il si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où on vous posera des questions concernant votre expérience sur le sujet en tant que médecin généraliste.

Cet entretien sera enregistré. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée cette information ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse en Médecine et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case si vous êtes d'accord :

	Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus, et avoir eu la possibilité de poser des questions.
	Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment, sans avoir à fournir d'explication.
	Je suis d'accord pour participer à l'étude.
	Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
	Je donne mon consentement à l'utilisation totalement anonyme de citations de l'entretien dans la thèse ou dans une publication..

Nom (participant)

Date

Signature

Nom (investigateur)

Date

Signature

## ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

### Introduction

Tout d'abord, je vous remercie de me recevoir.

Je me présente, je m'appelle Clémence, je suis interne en médecine générale, et pour ma thèse, j'ai choisi de m'intéresser à l'expérience des médecins généralistes lorsqu'ils abordent la sexualité en consultation.

Pour ce faire, je vais donc vous poser quelques questions sur votre expérience. Mais je veux que vous sachiez qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, je vous écoute avec bienveillance, sans jugement, ce qui m'intéresse c'est l'authentique et le spontané.

Cet entretien sera enregistré, mais de manière anonyme, et je vais en profiter pour vous demander de signer ce formulaire de consentement.

Vous avez bien sûr la liberté de ne pas répondre à l'une de mes questions, ou, à tout moment, d'interrompre l'entretien.

Nous allons pouvoir débiter.

### Questions

1) Quand je vous dis « aborder la sexualité en médecine générale », qu'est-ce qui vous vient à l'esprit?

Relances : Qu'est-ce que ça vous évoque ?

2) Prenez le temps de vous souvenir d'une situation où la sexualité a été abordée lors d'une de vos consultations.

Relances : Comment ça s'est passé ?

Qui a abordé le sujet en premier ?

Quel était le motif de consultation du patient ?

Comment avez-vous vécu cet entretien ?

Qu'avez-vous ressenti ?

Selon vous, qu'est-ce qu'a ressenti le patient ?

3) Finalement, avec tout ce que vous venez de me dire, quels sont, pour vous, les freins et les leviers à l'abord de la sexualité en médecine générale ?

Relances : Quel est votre point de vue sur la place du médecin généraliste pour parler de sexualité ?

Je vous remercie de votre participation. Je vous demanderai juste avant de partir de remplir ce rapide questionnaire si vous êtes d'accord.

Si vous le souhaitez, vous pourrez avoir accès aux résultats de l'étude, je vous invite à me donner vos coordonnées pour que je puisse vous les envoyer.



## ANNEXE 3 : Fiche d'information sur les caractéristiques de l'interviewé

Homme / Femme

Age :

Nombres d'années d'exercice :

Mode d'exercice :

Cabinet de groupe

Seul

Maison de Santé

Lieu d'exercice (en précisant rural, semi-rural, ville) :

Activité orientée ? (Pédiatrie, Gynécologie, Médecine du sport, etc) :

Avez-vous suivi des formations supplémentaires dans le domaine de la sexologie, de la gynécologie, de l'urologie ?

Avez-vous des remarques à faire concernant cet entretien ?

## ANNEXE 4 : Entretien en sexologie clinique

### Entrée en matière

- Faire préciser la demande : qu'est-ce qu'attend le patient ?
- Faire décrire et expliciter le symptôme
- Histoire du symptôme
- Traitements en cours (médicamenteux, psycho...)

### Dimension PERSONNELLE du patient

- Histoire familiale, éducation, valeurs, relations aux parents : Notion de plaisir dans la vie familiale ? Religion ? Discours négatifs sur la sexualité ?
- Image du couple parental
- Puberté, adolescence
- Image du corps : complexes, représentations du féminin, du masculin...
- Image de soi
- Vécu personnel : violences, évènements de vie
- Mode de vie, hygiène de vie : travail, sport, stress, loisirs

### Dimension RELATIONNELLE

- Histoire du couple : rencontre, moments d'engagement, évènements marquants
- Vie de couple : conflits, projets
- Représentations du couple : image du couple idéal ? posture symbolique des partenaires dans le couple ?
- Désir de grossesse et d'enfant
- Impact de la dysfonction sexuelle sur la pérennité du couple : Est-ce que le/la partenaire est gêné aussi ?

## Dimension SEXUELLE

- Education sexuelle ? Messages implicites de la famille ?
- Abus ou situation traumatisante ? « *Est-ce que vous avez vu, entendu ou subi des choses que vous n'auriez pas dû voir, entendre ou subir ?* »
- Histoire et vécu de la masturbation -> interdit, mais aussi injonction (Attention, la masturbation n'est pas une obligation !)
- Perception de la sexualité ?
- Qui est à l'initiative des RS dans le couple, comment ?
- Exploration des phases : désir / excitation / plaisir / orgasme / satisfaction
- Douleur lors des rapports sexuels ?
- Emotions liées à l'activité sexuelle
- Le rapport sexuel idéal selon le patient
- Imaginaire érotique et fantasmes
- Orientation sexuelle
- Identité de genre
- Fréquence des rapports sexuels
- Pratiques sexuelles et leur vécu
- Rapports contraints ? violence ?
- Rapport à la pornographie
- Hypothèse du patient sur l'origine du symptôme

## ANNEXE 5 : « Boîte à outils numériques » pour le médecin généraliste

### Information sur la sexualité :

- Vidéo : Le Clitoris, Lori Malépart-Traversy  
([https://www.youtube.com/watch?v=J\\_3OA\\_VZVky](https://www.youtube.com/watch?v=J_3OA_VZVky))
- Comptes instagram : jouissanceclub, jemenbatsleclito, lovetavulve, entrenoslevres.
- Site internet : [www.onsexprime.fr](http://www.onsexprime.fr)

### Podcasts érotiques :

- [www.voxxx.org](http://www.voxxx.org)
- [www.lesondudesir.fr](http://www.lesondudesir.fr)
- [www.le-verrou.fr](http://www.le-verrou.fr)

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) 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 (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*



# RESUME

**INTRODUCTION** : La sexualité fait partie de la santé selon l'OMS. Pourtant elle reste un domaine oublié, tabou - autant sur le plan de l'anatomie, que du plaisir et des pratiques sexuelles -, et dicté par des normes sociales et culturelles. Elle est un enjeu de santé publique important, qui doit être abordé par les acteurs de soins primaires. Cependant malgré l'accueil positif des patients, les médecins généralistes parlent peu de sexualité avec leurs patients. Nous avons donc souhaité, dans cette étude qualitative, étudier l'expérience des médecins généralistes lorsqu'ils abordent la sexualité en consultation. **MATERIEL ET METHODES** : Neuf entretiens individuels ont été menés avec une grille d'entretien semi-dirigé, sur des médecins généralistes d'Occitanie. Nous avons effectué une analyse qualitative phénoménologique. Nous sommes arrivés à saturation des données. **RESULTATS** : L'analyse phénoménologique a permis de faire apparaître quatre catégories : La sexualité est un sujet tabou ; La sexualité, une limite du métier de médecin ; La sexualité, un sujet finalement abordable ; Des médecins convaincus de la nécessité d'en parler. **CONCLUSION** : Il nous apparaît que malgré leur conviction de la nécessité d'aborder la sexualité avec leurs patients, les médecins généralistes restent persuadés d'être intrusifs, et illégitimes pour traiter ce sujet. Ce sentiment induit chez eux une gêne difficilement avouée, qui les conduit à éviter la question, et plus particulièrement avec certains types de patients (personnes âgées, adolescents, personnes LGBTQ...). Ce travail de thèse montre qu'une formation plus approfondie dans ce domaine pourrait contribuer à améliorer la santé sexuelle de nos patients. En effet, les médecins généralistes, en tant qu'acteurs de soins primaires, sont les mieux placés pour aborder la sexualité.

## MOTS-CLES

Soins primaires – Médecine générale – Sexualité – Etude qualitative phénoménologique –  
Expérience de médecins généralistes – Sexologie – Tabou