

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N° 2021-93

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DES médecine générale)

Par Lucile FREIN

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 2021

**Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par leur médecin
traitant au cours d'une consultation de médecine générale**

Président du jury : Pr François RAFFI

Directeur de thèse : Dr Véronique POMIER

Membres du jury : Pr Stéphane PLOTEAU – Dr Charlotte GRIMAULT – Dr Eric BILLAUD

Serment médical

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Remerciements

A ma directrice de thèse, Docteur Véronique POMIER pour m'avoir accompagnée et avoir rendu ce projet possible.

Au Président du Jury, Professeur François RAFFI et aux membres du jury, Professeur Stéphane PLOTEAU, Docteur Éric BILLAUD, Docteur Charlotte GRIMAULT, pour accepter d'évaluer mon travail et pour me permettre d'accéder au titre de Docteur en Médecine.

Aux docteurs Marie LUGHERINI et Fanny DELANSORNE pour leur participation à l'étude.

A mon amie Agnès, à qui je dois les calculs statistiques de ce travail, merci de m'avoir relue, merci de m'avoir appris à fusionner une cellule et de m'avoir offert ton regard de chercheuse.

Au Docteur Arnaud ZELER pour avoir accepté que j'utilise son travail pour réaliser ma thèse et pour ses conseils. Au Docteur Isabella LORENTE pour ses conseils.

Merci à mes parents Stéphane et Isabelle pour m'avoir donné la chance de faire ces études, de m'avoir soutenue tout au long de ces années. Et à mes frères Félix et Gaspard.

A Camille qui m'a vue grandir, qui m'accompagne depuis l'enfance.
A Salomé, les mots ne suffiront pas pour t'écrire toute ma gratitude d'être là, tout mon amour pour toi.

A mes sœurs, mes go, les vraies Yasmine, Pauline, Alice et Julie sans qui je n'aurais jamais réussi, vous êtes les soleils de ma vie.

Merci à Bilbö et au professeur d'informatique grâce à eux j'ai rencontré mon ami Mathias, ils ont mon éternelle gratitude.

A Benjamin pour son soutien, son humour, son amour. Et pour m'avoir présenté Clément, Camille, Lucien, Marc, Marco, Juliette et Kevin.

A Elodie ma poule pote pour la vie, la première ligne de cette thèse a été écrite grâce à toi.

Merci à tous les buveurs de vin, les fabricants de vin, les restaurateurs de la douceur angevine, vous avez représenté mon petit havre de paix, des découvertes gustatives à l'amitié merci pour tout. Particulièrement à toi Gilles pour ton amitié, ton accueil, ton soutien dans ce lieu si particulier qu'est le cercle rouge.

Aux internes nantais qui viennent d'ici et d'ailleurs, qui m'ont permis vivre un internat de folie et qui m'ont donné envie de rester à Nantes. Merci les Fleurs, La Bordée, Les chatons, Gaetan, les bricol-butch.

A la MIF d'Angers, pour les souvenirs inoubliables, les parties de rigolades, le tarot, la fête. J'ai grandi avec vous, j'ai appris avec vous, merci pour tout.

Table des matières

INTRODUCTION	4
PARTIE I	5
La sexualité humaine au milieu de l'histoire : un ancrage religieux, politique et social.	5
La sexualité de l'antiquité au moyen âge	5
La sexualité à l'ère moderne	6
Première moitié du XX ^{ème} siècle	7
Deuxième moitié du XX ^{ème} siècle	8
De la révolution sexuelle à nos jours	10
La sexualité dans nos cabinets de médecine générale, justification de l'étude.	12
La sexologie un domaine médical	12
La consultation des patients	13
L'étude	14
PARTIE II	15
MATERIEL ET METHODE	15
Type d'étude	15
Population	15
Méthode d'intervention	15
Guide d'entretien	16
Mesures	16
Considération éthique	16
Analyse du verbatim	16
Analyse statistique	17
RESULTATS ET DISCUSSION	18
A. Analyse comparée du ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste.	18
Recrutement de la cohorte	18
Caractéristiques des patients inclus	18
Le ressenti des patients	20
Le sens donné à la question	22
Ressenti du patient par rapport à la place du médecin traitant dans le dépistage et le traitement des troubles de la sexualité	23
B. Analyse de la place du médecin traitant pour aborder les questions de sexualité	25
Les blocages des médecins généralistes pour aborder la sexualité	25
La place du médecin traitant	28
C. Forces, faiblesses et biais	29
Forces et faiblesses	29
Biais	30
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	33
ANNEXES	37
Verbatim	37

INTRODUCTION

La sexualité est partie intégrée de la condition humaine car elle est nécessaire à la création de la vie. Chacun de nous est concerné par la sexualité tout au long de sa vie. Elle est unique à chacun et évolutive en fonction des différents âges. Se préoccuper de l'intimité des patients fait partie de la prise en charge globale du patient. La sexualité est intimement liée à différents concepts, la confiance en soi, la relation à l'autre, l'anatomie, le plaisir, la reproduction, le désir, la maladie, le consentement, la liste ici n'est pas exhaustive mais chacun de ces éléments participe au bien-être de l'individu, à l'équilibre de sa santé. La parole est de plus en plus libre autour de la sexualité, les pratiques sont également de plus en plus libérées. Le sujet reste cependant difficile à aborder dans nos cabinets. Les blocages des médecins et les attentes des patients ont déjà été explorés et montrent le chemin qu'il reste à parcourir pour que la sexualité soit intégrée dans la prise en charge des patients.

La sexualité est un sujet avec un lourd passé historique. En effet elle a été investie par la religion, la science, la politique, l'éducation, la médecine. Ces différentes instances ont contrôlé les comportements sexuels de la population au fil des décennies. Les différents dogmes ont marqué les pratiques d'aujourd'hui. L'étude historique de l'évolution de la sexualité au sein de la population nous permettra de comprendre les enjeux auxquels nous faisons face lorsque nous parlons de sexualité. La sexologie s'est développée en tant que science. Elle vise aujourd'hui à accompagner les patients ayant des difficultés, à leur permettre un épanouissement sexuel. Mais cela a-t-il toujours été le cas ? Comment la sexologie est-elle devenue une spécialité ? L'apparition de l'étude de la sexualité révèle une volonté de prendre soin qui s'est construite en défendant les libertés individuelles et l'acceptation des différences. C'est une lente évolution médicale mais également sociétale que je détaillerai pour comprendre le chemin qui a amené ce sujet dans nos consultations de médecine générale.

Pour étayer cette évolution, j'ai réalisé une étude qui évalue le ressenti des patients lorsque la question de la sexualité est abordée spontanément par le médecin traitant à l'occasion d'une consultation au cabinet. Plusieurs études préalables ont montré que les blocages des médecins généralistes à parler de sexualité s'opposent aux attentes des patients envers leur médecin traitant. Mettre en évidence le ressenti positif des patients lorsque le médecin traitant s'intéresse à leur intimité permettrait de lever certaines peurs ressenties par les médecins et donc éventuellement que la sexualité devienne un sujet courant dans nos consultations.

PARTIE I

La sexualité humaine au milieu de l'histoire : un ancrage religieux, politique et social.

Dans son ouvrage « le sexe et l'amour » (6), Philippe Brenot s'interroge sur la différence entre l'orgasme unique de l'homme et l'orgasme multiple de la femme et sur les origines d'une telle différence. La réponse se situe peut-être dans l'acte reproducteur des primates, qui se rapprocherait de l'acte sexuel des premiers humains. Les femelles ont plusieurs partenaires successifs selon leur choix et leur rang de dominance pour augmenter les chances de fécondité. La période réfractaire qui suit l'éjaculation du mâle l'oblige à se retirer et à laisser sa place aux autres mâles. La femelle est donc capable de pratiquer des actes reproducteurs successifs et reçoit plusieurs substances fécondantes. Si l'acte sexuel humain a un jour ressemblé à celui des primates la société l'a transformé et y a intégré la notion d'amour qui apporte la dimension humaine de la sexualité et qui nous permet de vivre plus qu'un simple accouplement ayant pour but la reproduction de l'espèce humaine. Quel chemin avons-nous parcouru pour que la sexualité soit celle d'aujourd'hui en France ?

La sexualité de l'antiquité au moyen âge

Michel Foucault (1926-1984) nous propose un modèle de la sexualité dans l'antiquité qu'il oppose à l'évolution de la sexualité sous l'ère chrétienne. « L'éthique gréco-romaine prône une construction du sujet moral ». Une précision s'impose ici : à l'époque seuls les citoyens c'est à dire les hommes matures sont considérés comme sujets. « Les citoyens, hommes dominants, exercent leur pouvoir par la maîtrise et la domination de leurs désirs et plaisirs. Chaque action entreprise doit l'être dans la soumission du désir à la raison et en se conformant aux besoins naturels, en tenant compte du moment opportun et des statuts sociaux. A cette période il semble que l'acte sexuel soit considéré comme une activité. La sexualité est soumise à une réflexion éthique et morale qui dépend de chacun (1). Dans ce modèle, les objets sexuels n'ont aucun droit, les femmes, les épouses, les esclaves et les jeunes garçons sont soumis à la volonté de l'homme dominant dans la maison. Ce modèle de pensée est intéressant dans le sens où il ne bannit pas l'épanouissement des désirs et des plaisirs mais invite les sujets à les maîtriser pour les accomplir sereinement. Par contre, la relation semble unilatérale et inégale, la maîtrise du désir ne reposant que sur un seul des protagonistes. « Les femmes libres n'ont pas accès au plaisir, elles sont simplement considérées comme utiles à l'homme pour la tenue de la maison et la mise au monde d'un héritier (2) ». Les données sur la sexualité de l'époque sont très philosophiques, l'ancrage dans le réel n'est pas certain mais le schéma de la famille et du couple est déjà présent avec une notion d'appartenance de la femme à son mari et un libertinage accepté, s'il est maîtrisé, pour l'homme et strictement interdit pour la femme.

L'arrivée du christianisme au IV^{ème} siècle change les idéologies. L'église codifie la morale et instaure une norme dans les comportements de la population, y compris dans les comportements sexuels. Nous tendons alors vers « l'obéissance à une loi générale et à la volonté d'un dieu personnel dans le but de vivre une existence purifiée par le renoncement à soi » (1). L'acte sexuel n'est plus vu comme une activité choisie par un sujet moral mais comme un événement subit comme punition du péché originel (3). En 1348, l'épidémie de peste noire provoque beaucoup de décès, notamment parmi la population jeune. Cet événement est un prétexte pour

que l'église s'empare du champ de la sexualité (4). Elle utilise le livre biblique pour développer la morale religieuse, instaure le mariage chrétien, monogame et indissoluble(2) puis elle sacralise toute vie humaine quel que soit le stade de développement. L'église s'insère dans la sexualité des couples en incitant les croyants à se confesser sur leur sexualité, Le Dieu est omniscient par l'intermédiaire du confessionnal. La sexualité à cette époque devient petit à petit restrictive et reproductive pour les hommes et les femmes mais paradoxalement le discours sexuel s'installe comme un devoir chrétien pour expier (5).

Au XIVème siècle les connaissances anatomiques et physiologiques ne permettent pas de dissocier le plaisir de l'acte sexuel reproductif. La croyance populaire parle d'orgasme fécondateur (6) et l'on pense que la fécondation dépend du plaisir que la femme ressent. En ce sens les jeunes femmes sont éduquées au plaisir par l'apprentissage de la masturbation avec leurs aînées. La morale religieuse normalise la sexualité en codifiant les rapports et en les centrant sur les relations matrimoniales. La notion de devoir conjugal prend sens et on parle d'illégalisme d'ensemble dans les rapports adultères ou homosexuels (5). La morale religieuse provoque le sentiment de culpabilité dans le plaisir et exclue de la norme les rapports n'ayant pas pour but la reproduction. Le pouvoir religieux s'intéresse aussi à la natalité et la morale condamne les méthodes contraceptives, l'avortement et les infanticides qui sont tous mis sur le même plan. Depuis un édit du Roi Henri II (1519-1559) en 1556 toute femme enceinte doit déclarer sa grossesse et disposer d'un témoin pour l'accouchement (4). Avant cette date la maternité et tout ce qui l'entoure est un domaine féminin, les femmes se transmettent le savoir de guérisseuse, d'accoucheuse. Elles se transmettent également les savoirs sur les méthodes contraceptives et abortives qui leur permettent de contrôler leur maternité. Après cette date, les médecins (exclusivement masculins) s'imposent dans la prise en charge des femmes enceintes. L'autorité masculine s'étend et les femmes sont écartées des soins encadrants la maternité. Les femmes plus âgées sont la cible principale de la chasse aux sorcières qui s'est effectuée à cette époque, elles sont diabolisées et accusées de meurtres d'enfants (4). Ces accusations ont justifié le féminicide qui s'est produit à cette époque et qui a contribué à casser l'image de la femme libre (4).

La sexualité à l'ère moderne

Au XVIIème Siècle, suite à l'invention du microscope en 1604 (7), Renier De Graaf découvre l'ovule en 1670 et Antoni Van Leeuwenhoek le spermatozoïde en 1677. Les différents travaux de recherche réalisés amènent à la dissociation entre l'orgasme et la fécondation (6). Le plaisir sexuel n'étant alors plus indispensable à la reproduction, il est diabolisé et banni de la sexualité par la morale religieuse. Le siècle qui suit est marqué par l'interdit de la masturbation. Les traités d'Auguste Tissot (1728-1797) décrivent les différentes maladies contractées par la masturbation (7). La répression sexuelle grandit, les « irrégularités » sexuelles sont annexées aux maladies mentales sans distinction (adultère, homosexualité, pédophilie, etc) (5).

Politiquement la répression des femmes s'accroît aussi, en 1804 le code Napoléonien déclare l'incapacité sociale de la femme mariée (4). Cet acte équivaut à inscrire l'infériorité des femmes dans la loi. La femme devient la propriété de son mari, elle ne peut plus décider pour elle-même, y compris en matière de sexualité. La liberté sexuelle dans le couple est inégale, même si le terme de devoir conjugal n'apparaît pas dans le code civil, c'est un accord tacite entendu par tous et ce n'est que depuis très récemment, 1990, que le viol conjugal est reconnu par la justice (8). Les femmes retrouveront leur indépendance juridique, c'est à dire la reconnaissance en tant que sujet, seule sans tutelle de leur père ou mari en 1960 (cf p8).

L'Église au début du XIX^{ème} siècle fait partie intégrante de l'état, les choix politiques et sociaux ne sont pas dissociés des décisions religieuses. On amorce une émancipation en 1888, c'est le début de L'école laïque avec la Loi Ferry. Mais l'éducation sexuelle dispensée y est absente. La morale religieuse ancrée dans les consciences collectives établit une chape de plomb sur la sexualité, notamment dans l'apprentissage des enfants et des adolescents. Les idées en matière de sexualité sont de plus en plus étroites à la fin du siècle, le pouvoir politique est de plus en plus obsédé par le contrôle des naissances jusqu'à la condamnation judiciaire de l'avortement et de la contraception. Les hommes et les femmes ont fini par oublier que les femmes pouvaient ressentir du plaisir. Le clitoris, tant chéri au moyen âge est complètement oublié et relégué au rang d'organe inutile (6). L'orgasme féminin relève alors du miracle ou de la chance.

L'émancipation religieuse s'amorce aussi dans le champ de la sexualité. Le sexe hétérosexuel au sein du couple marié devient une norme et n'a plus à être confessé. L'Église laisse le champ libre au corps médical qui commence à interroger les déviations sexuelles. La perversion (homosexualité) est différenciée de l'infraction morale (adultère) ; des normes médicales et des pathologies organiques, fonctionnelles et mentales liées à la sexualité sont créées. Le sexe questionne, fait parler de lui, la volonté de savoir est de plus en plus présente (3).

Première moitié du XX^{ème} siècle

Le XX^{ème} Siècle est un siècle de bouleversements sociaux et politiques. Tout d'abord en 1905, la seconde séparation de l'église et de l'état. La séparation de ces deux instances très soudées, notamment sur la politique sexuelle va permettre une émancipation de la sexologie dans les années qui suivent. Les pouvoirs politiques vont petit à petit échapper au contrôle religieux et de nouvelles voix vont pouvoir s'élever.

Le début du siècle est marqué par la première guerre mondiale de 1914 à 1918 et par des épidémies de Typhoïde en 1915 et de grippe espagnole en 1918. Ces trois événements vont avoir un impact fort dans la politique sexuelle (9). Ils ont provoqué la mort des jeunes hommes puis des jeunes femmes et enfants. La baisse de la démographie donne naissance à une politique de repeuplement du pays. C'est ainsi qu'en 1920 le gouvernement de Raymond Poincaré (1860-1934) et de Paul Deschanel (1855-1922) vote La Loi de 1920 pour la répression et la condamnation de la contraception et de l'avortement qui sont mis sur le même plan. S'en suit une propagande pour la famille nombreuse. Cette loi sera renforcée en 1939 par le « code de la famille » sous le gouvernement de Édouard Daladier (1884-1970) pour être finalement abrogée en 1975 par le gouvernement de Jacques Chirac (1932-2019). Cette position politique renforce les idées des siècles précédents, condamnant la sexualité plaisir et favorisant la reproduction, la maternité. La montée en puissance de la répression provoque un mouvement contraire qui vise à libérer la sexualité et à défendre le droit de choisir sa vie sexuelle et sa parentalité. Les femmes sont soumises à la société patriarcale. Elles n'ont pas d'indépendance sociale, ne sont pas reconnues sans leur mari et l'accès au monde du travail est très limité. La révolution féministe est conjointe de la révolution sexuelle. La libération des femmes va accompagner la libération de la sexualité.

Les professionnels de santé et notamment le corps médical, suivent le courant politique, dans les consultations les médecins incitent à fonder une famille nombreuse, répriment les volontés d'avortement et condamnent les avorteurs. L'éducation sexuelle est considérée comme inutile, la sexualité n'est que le moyen de relancer la démographie. Il n'y a rien à apprendre ni à transmettre. La sexualité des adolescents est complètement ignorée, dans l'inconscient collectif

la sexualité commence avec le mariage. Le peu d'information dispensé vise à avertir les adolescents des dangers et à les écarter le plus possible de la sexualité.

Les années de 1830 à 1937 voient émerger la sexologie française. Plusieurs auteurs s'intéressent à la sexualité sans qu'il n'y ait d'unité dans les courants de pensées et les idées. En Juillet 1931, le psychiatre Edouard Toulouse (1865-1947) fonde l'association d'étude sexologique : elle représente le premier courant de pensée français sexologique. Il prône des idées hygiénistes, éducatives et, eugénistes. Cette association regroupe différentes spécialités médicales. Le gynécologue Jean Dalsace (1883-1970) est secrétaire de l'association et défend des concepts néomalthusiens (idée que la croissance de la population va plus vite que le renouvellement des ressources terrestres et qu'il faut donc limiter les naissances). Cette approche est nouvelle dans le corps médical qui fait la propagande des familles nombreuses. Il crée la première consultation française de contrôle des naissances en 1935 (9). C'est un exercice illégal qui sera discrédité par l'académie des médecins français. Cette initiative marque cependant un tournant dans l'histoire de la sexualité car c'est le début de la volonté d'émancipation.

Les mentalités commencent à changer au sein même du corps médical. Dans le domaine de la psychanalyse, Sigmund Freud (1856-1939) développe l'idée de l'inconscient et de l'amnésie des différents événements traumatisants que nous avons pu vivre dans l'enfance. Les travaux de Freud constituent une véritable révolution en matière de sexualité, le Freudisme commence à nous affranchir de la répression (1). Ces travaux l'amènent à écrire et publier sur la sexualité infantile dans « trois essais sur la théorie sexuelle » en 1905. L'idée d'une normalité dans la sexualité de l'enfant constitue une réelle avancée. Bien qu'il considère comme pathologique de nombreux comportements sexuels n'ayant aucun trait anormal (homosexualité, transsexualisme), il a permis d'entrevoir une nouvelle ère (10). Ses théories sont aujourd'hui controversées mais nous pouvons souligner l'importance du virage qu'il a permis dans la pensée collective. Freud a également beaucoup écrit sur les femmes, notamment sur le plaisir sexuel : il hiérarchise le plaisir, définissant l'orgasme vaginal comme la norme du plaisir adulte et l'orgasme clitoridien comme celui de la fillette. Il rend immature l'organe sexuel dédié au plaisir féminin, idée qui s'est avérée fautive et qui a été démentie des années plus tard. Freud appui également l'idée que l'absence d'éducation et d'information est l'une des sources de la maladie nerveuse contemporaine (6). D'autres auteurs comme Havelock Ellis (1859-1939) s'intéressent à l'éducation sexuelle. Dans son ouvrage « étude de psychologie sexuelle » publié en 1927, il affirme que l'éducation permet d'avoir un comportement adapté à une situation donnée. Malgré ces avancées médico-psychologiques il faudra plusieurs années pour que les discours d'éducation sexuelle changent dans les écoles et les cabinets. Comme le dit Garcia Verebe en 1976, à cette période l'éducation est restée anti sexuelle (11).

Deuxième moitié du XX^{ème} siècle

Les débuts de la sexologie sont confrontés à un nouvel épisode majeur, la seconde guerre mondiale. La démographie française chute une nouvelle fois. La politique du gouvernement de Philippe Pétain (1856-1951) va être dans la continuité de la politique d'avant-guerre avec un renforcement de la répression. Deux ans après son arrivée au pouvoir le Maréchal Pétain s'attaque à la vie sexuelle de sa population, La Loi Pétain le 6 Aout 1942 condamne l'homosexualité des mineurs jusqu'à 21 ans en en parlant comme d'un acte contre nature alors que les relations hétérosexuelles sont légales à partir de 13 ans. Cette loi est suivie d'une ordonnance pour la protection de la jeunesse hétérosexuelle le 8 février 1945 sous le premier gouvernement de Charles De Gaulle (1890-1970). La France est divisée entre le gouvernement de Vichy et le mouvement de résistance face l'invasion de l'Allemagne mais le point commun

entre ces deux gouvernements qui se succèdent tient dans l'encouragement aux familles nombreuses, la politique de repeuplement et l'incitation à la sexualité reproductive. Le droit des femmes évolue à la suite de la guerre puisque qu'elles obtiennent le droit de vote en 1944, c'est le début de la reconnaissance sociale.

Cette période post seconde guerre mondiale est très fortement marquée par l'élévation de mouvements sociaux visant à libérer les différentes minorités dans plusieurs endroits du monde. Harvey Milk (1930-1978) est une figure importante de la lutte pour l'homosexualité à San Francisco, Martin Luther King (1929-1968) a mené une lutte contre le racisme, en France Simone de Beauvoir (1908-1986) est une des figures de proue du féminisme. La volonté de reconnaissance et de liberté générale a rendu possible l'émancipation de la sexologie face à la politique en place et les instances religieuses. Plus les lois se durcissent plus les mouvements sociaux sont forts, comme un grondement sourd qui prépare la révolution de mai 1968. Le 25 novembre 1960 une nouvelle ordonnance double les peines pour outrage public à la pudeur de caractère homosexuel. Bien que certaines lois continuent de brimer les libertés sexuelles, d'autres contribuent à l'affranchissement des femmes par rapport à l'autorité masculine exercée par leur père ou mari. En 1965 elles acquièrent le droit de gérer leurs biens propres, ouvrir un compte bancaire et travailler sans le consentement de leur mari.

La sexologie évolue dans trois axes, la politique, la santé, l'éducation. Politiquement la sexologie s'inscrit dans un acte de militantisme pour défendre les droits humains face à un gouvernement de répression qui prône la natalité et la famille. Le combat pour la libération des femmes est très intimement lié au combat pour libérer la sexualité. En 1956 Simone de Beauvoir crée l'association « la maternité heureuse » qui défend les droits des femmes et notamment le droit de choisir sa maternité, le droit à la contraception et l'avortement. Cette association devient le mouvement français pour le planning familial (MFPF) en 1960. Les pouvoirs en place appuient le mouvement en 1967 avec la loi Neuwirth qui légalise la contraception orale, sous le gouvernement de Georges Pompidou (1911-1974). Sur le plan de la pédagogie on assiste aux prémices de l'éducation sexuelle. Longtemps refoulée et ignorée elle réussit à émerger avec l'objectif initial de détourner les adolescents de l'activité sexuelle et de leur apprendre à maîtriser et enfouir l'instinct animal afin d'éviter la perversion (11). Germaine Montreuil-Strauss écrit « qu'il faut limiter les excès mais aussi le simple et naturel épanouissement {de la sexualité} », et le Dr Gilbert Robin, psychiatre propose des traitements médicaux pour inhiber les comportements sexuels des adolescents (11). Malgré des idées conservatrices d'autres chemins s'ouvrent vers une éducation sexuelle différente. L'accompagnement des adolescents en expliquant les phénomènes normaux de la puberté, le changement du corps, l'apparition de désir sexuel et des comportements sexuels, prend forme.

Dans le domaine de la santé, l'académie médicale reste campée sur ses positions avec néanmoins des personnalités qui vont faire le choix de pratiquer l'exercice de la médecine de manière illégale pour faire changer les choses. Georges Valensin (1902-1987), docteur en médecine, auteur de publications sur la médecine sexuelle, propose aux femmes une consultation et pratique des avortements. Il sera jugé, emprisonné pour être un avorteur et renié par la communauté médicale. Il est le fondateur de la société française de sexologie comparée en 1960 qui s'éteindra quelques années plus tard avant de renaître d'une façon différente (cf P10). Quelques initiatives sont soutenues par les hôpitaux de Paris ce qui signe la mise en marche de l'évolution des mentalités. Parmi elles, Helene Michel-Wolfromm (1914-1969) crée la première consultation de gynécologie psychosomatique, cela correspond à une consultation de sexologie d'aujourd'hui, dans un service de l'hôpital Broca à Paris avec l'accord du chef de

service en 1951. En 1962 elle crée le premier cours de gynécologie psychosomatique à destination des professionnels. La parole se libère autour de ce sujet tabou (11).

Parmi les médecins qui prennent position dans le militantisme pour le droit des femmes, Maria-Andrée Lagroua Weill-Hallé (1916-1994), gynécologue, a une place très importante. Elle est co-fondatrice de l'association « la maternité heureuse » et défend le libre accès à la contraception et à l'avortement en établissant un lien entre la sécurité contraceptive et la qualité de la vie sexuelle : c'est le début de la libération sexuelle.

La sexologie prend alors position dans l'art de soigner et dans l'éducation des patients. A l'aube de la révolution de mai 1968 le plaisir lié à la sexualité commence à être reconnu, étudié et revendiqué. Alfred Kinsey (1894-1956) publie en 1953 "*Sexual behavior in the human female*", dans cet ouvrage il s'intéresse à la masturbation, l'orgasme et la sexualité en rapport avec le plaisir. En Angleterre les recherches se développent, en 1966 l'étude de Masters et Johnson « *human sexual response* » est publiée, c'est la première étude qui vise à comprendre les phénomènes physiologiques qui se produisent pendant le coït. L'étude du plaisir et des comportements sexuels donne à la sexualité une place plus centrale dans le couple. On commence à s'en soucier comme d'une partie du bien être mental et physique. Dans ce contexte plusieurs associations fleurissent, elles s'orientent vers le conseil conjugal avec pour objectif améliorer la relation au sein des couples et accompagner les personnes vers une sexualité épanouie.

De la révolution sexuelle à nos jours

La révolution de mai 1968 s'inscrit dans tous les domaines sociaux, l'éducation, le travail, la culture, l'économie. Le point commun de toutes les revendications est la volonté de liberté de la part du peuple. La révolution sexuelle s'effectue dans ce contexte de bouleversement social et politique. Elle a permis la libération des comportements sexuels, le choix des relations sexuelles, l'acceptation du désir et du plaisir. Le domaine culturel s'empare de la sexualité, Serge Gainsbourg (1928-1991) chante « 69 année érotique » ou encore « je t'aime moi non plus » et la pornographie fait ses débuts au cinéma. Dans la mentalité collective une vision positive de la sexualité commence à émerger, l'interdit de la masturbation est levé (11).

En 1972 le Dr Carpentier (1935-2014) écrit « apprenons à faire l'amour » dans une revue, premier écrit sur la sexualité positive encourageant les jeunes à explorer leur sexualité (12). Pour cet écrit il se verra retirer son droit d'exercer pendant 1 an. C'est le début de l'accompagnement des adolescents vers une sexualité harmonieuse (11) pour la maturation de la fonction érotique. De plus en plus de réflexions autour de la sexualité voient le jour. Le philosophe Michel Foucault notamment publie en 1976 un ouvrage qui reste une référence : « l'histoire de la sexualité, la volonté de savoir. ». Dans ces écrits il analyse les enjeux qui entourent la sexualité des derniers siècles. Il interprète les actions de contrôle de la sexualité comme une recherche de la vérité. Suite au constat de la libération de la sexualité il nous met en garde contre la libération sexuelle qui laisse place à un nouveau rapport de pouvoir. Selon lui seules les pratiques de liberté peuvent éviter la domination, forme que prend le pouvoir lorsqu'il prive de libertés (1).

Après les années 70, la sexologie va progressivement prendre sa place en tant que science de la sexualité : c'est la mise en place de la sexologie contemporaine. Des instances officielles se créent comme l'institut d'information et de recherche sur la sexualité (IFRES) en octobre 1973 qui a pour mission de former, informer, écrire et encadrer les activités des centres de

planification. La société française de sexologie clinique est créée le 17 mai 1974. Cette même année va s'organiser le « premier » congrès international de sexologie officiel, qui a lieu à Paris. Historiquement c'est le 8ème _ le premier ayant eu lieu à Berlin en 1921 mais cet événement n'a été connu que plus tard lors de l'analyse de différentes archives. En 1983 c'est la création de l'association universitaire de sexologie clinique (AIHUS) qui a pour objectif d'harmoniser les enseignements et également de développer la recherche en sexologie. La profession de sexologue est finalement reconnue par l'ordre des médecins en 1995 avec l'aval du député Lucien Neuwirth (13), sans que le titre seul ne donne le droit d'exercer. En 2004, la société francophone de médecine sexuelle (SFMS) est créée par Jacques Buvat. En 2010, Pierre Costa crée la société française de sexologie et de santé sexuelle (SFSS) avec la constitution d'un conseil des bonnes pratiques.

La pratique de la sexologie a besoin de s'ancrer dans le dogme scientifique et médical actuel. Pourtant elle se développe en parallèle de l'exercice médical. Elle est imprégnée de l'influence des divers corps de métiers qui gravitent autour de la sexualité, infirmières, sages-femmes, psychologues, assistantes sociales. Elle se pose en opposition avec la médecine paternaliste, allant plutôt vers un accompagnement du patient sans imposer de norme et en travaillant sur les représentations conscientes et les comportements de ce dernier (14). La sexologie croise la pratique de la médecine dans le domaine de la santé publique. Le corps médical est sollicité dans la prescription de la contraception, dans la réalisation des avortements et dans le traitement des maladies sexuellement transmissibles. L'épidémie du VIH dans les années 80 oriente la politique de santé sexuelle vers la prévention et la communication sur les risques au sein des cabinets. Le corps médical est présent dans le versant plutôt négatif de la sexualité, contrairement à la sexologie qui défend une sexualité épanouie. Malgré le lien entre la médecine et la santé sexuelle, les médecins généralistes n'ont pas pour habitude de parler de sexualité avec leur patients, voir même évitent le sujet.

La découverte de la papavérine en 1982 donne une nouvelle dimension au corps médical dans la sexualité. Cette molécule qui permet de traiter les troubles de l'érection intéresse et sa découverte déclenche différentes recherches scientifiques qui ont pour but de comprendre les phénomènes liés à l'érection, donc des recherches en anatomie et physiologie masculine. Puis des années plus tard arrive la description de l'anatomie génitale féminine. En 1998 la première description complète du clitoris est faite par Helen O'Connell. Dix ans après, en 2008 c'est la réalisation de la première échographie clitoridienne, y compris pendant l'acte sexuel. Cette étude permet la réunification des 2 orgasmes, discrédite les travaux de Freud sur l'hystérie féminine et l'immaturité du clitoris. Ce n'est qu'en 2017 que le clitoris est représenté de manière complète et exacte dans un manuel scolaire. Ce manque à l'éducation sexuelle montre le poids de la morale chrétienne et des répressions politiques à l'égard des femmes.

En parallèle de l'évolution des mentalités et connaissances dans le monde médical, les pouvoirs politiques s'impliquent dans la libération de la sexualité. En 1975 la Loi Veil dépénalise l'avortement. Symboliquement c'est rendre aux femmes le choix de leur maternité, c'est leur faciliter une sexualité épanouie et sécurisée. Sur le plan de la liberté sexuelle, le 17 mai 1990 l'OMS raye l'homosexualité de la liste des maladies mentales. Puis en 2013 la légalisation du mariage gay institutionnalise le choix d'une sexualité homosexuelle. La politique de santé sexuelle se met en place et des directives sont lancées dans tous les domaines de la sexualité. Sur le plan éducatif, en 1973 la circulaire Fontanet introduit l'éducation à la sexualité dans les écoles. Cette circulaire est suivie en 1974 du rapport de l'OMS sur la santé sexuelle (15). L'organisation mondiale de la santé définit trois niveaux en santé sexuelle, l'éducation, le conseil et la thérapie. Dans ce rapport l'OMS décrit un plan d'action qui vise à former les

différents professionnels afin qu'ils soient compétents dans la sexualité humaine. Y est décrit aussi l'importance de l'éducation sexuelle dès le plus jeune âge, adaptée à l'enfant. Malgré ces deux événements l'éducation sexuelle dispensée dans les écoles est loin d'être calquée sur ces recommandations. Il faut du temps pour faire changer les mentalités et plusieurs années pour voir éclore un vrai programme de santé sexuelle concret. Très récemment en 2017 le gouvernement a établi un plan de santé sexuelle, appelée la stratégie nationale de santé sexuelle. La sexualité est reconnue comme part entière de la santé, elle fait partie de l'équilibre de l'humain. Cette stratégie gouvernementale permet la création du réseau de santé sexuelle public (RSSP) avec une mission d'éducation sexuelle et de santé sexuelle donnée au CEGIDD CEPF et CSAPA. Des consultations de sexologie sont intégrées à l'hôpital bien que ce ne soit qu'une infime partie du budget. Dans cette stratégie nationale on retrouve également un programme pour la protection et la lutte contre la discrimination des populations LGBTQI (16).

L'histoire parle d'elle-même, la sexualité humaine est un enjeu politique, sanitaire, social. Que se passe t'il aujourd'hui dans nos cabinets ?

La sexualité dans nos cabinets de médecine générale, justification de l'étude.

La sexologie un domaine médical

En France la sexologie est un domaine majoritairement médical, les médecins généralistes pensent, pour moitié d'entre eux, qu'il vaut mieux être médecin pour prendre en charge les difficultés sexuelles (17). 98% des médecins généralistes pensent que la sexualité fait partie de la santé (18). Pourtant les médecins généralistes interrogés par Eva Baurain en 2018 dans le cadre de sa thèse ne semblent pas prêts à intégrer la prise en charge de la sexualité comme pratique systématique. En effet seuls 38% d'entre eux seraient favorables à aborder ce sujet lors de la première consultation et seuls 41% seraient prêts à faire une consultation dédiée à la sexualité du patient. Mais 82% d'entre eux pensent qu'il serait utile de parler plus spontanément de sexualité avec les patients. 59% d'entre eux déclarent être à l'aise avec le sujet de la sexualité mais seuls 23% disent qu'ils abordent spontanément la sexualité de manière régulière, 56% pensent que c'est au patient d'en parler (19, 45). D'où vient cet écart entre les pensées et la réalité de la pratique ? Plusieurs blocages ont été identifiés du côté des médecins généralistes comme : ne pas avoir de prétexte pour aborder le sujet, manquer de temps, ne pas être assez formé, peur de la réaction du patient, limite par les représentations personnelles sur la sexualité. Suite aux différentes études qui ont mis en évidence ces freins, des aides à la consultation sont mises en place, comme en 1976 le modèle PLISSIT (20), le guide « Entre nous » en 2018 (21) ou « Le guide de la communication brève en sexualité » (22), sans que cela ne change les pratiques. A Poitiers une thèse conclue que les internes en médecine générale s'auto-évaluent compétents sur 27% des champs de compétences demandés en matière de santé sexuelle et génitalité (23). Ceci révèle les lacunes ressenties par les jeunes praticiens.

Il y a une différence d'implication dans la sexualité des patients en fonction de l'âge de ces derniers. En effet les médecins généralistes dans l'étude de Macherey (2017) se considèrent compétents pour parler de sexualité avec les adolescentes et pour faire de l'éducation à la sexualité (24). En revanche dans l'étude de Cousseau (2016), les médecins généralistes ne sont pas à l'aise pour parler de sexualité avec leurs patients âgés, ils avancent un sentiment d'illégitimité et leurs représentations sur la sexualité du sujet âgé les empêchent d'aborder le sujet (19). La plupart pensent que les patients âgés n'ont plus d'intérêt pour la sexualité, ce qui est faux car 32% des femmes et 86% des hommes souhaiteraient parler de sexualité avec leur médecin généraliste (46). La sexualité concerne tous les âges de la vie, les personnes âgées

conserver un intérêt pour la vie sexuelle (47). Il est important que le médecin généraliste puisse banaliser le sujet de la sexualité afin que le patient puisse se confier à lui. Mais cette banalisation nécessite que le médecin aille au-delà de ses propres représentations et croyances (18), ce qui comme pour l'apprentissage de la physiologie humaine se fait par l'intermédiaire d'une formation et d'un apprentissage.

Selon la définition de la WONCA en 2002 prendre en charge la santé sexuelle des patients fait partie des missions du médecin généraliste, dans le sens où elle s'inscrit dans la prise en charge centrée patient, dans l'éducation du patient, dans des actions de santé publique, et dans la prévention (18). Le médecin généraliste est au cœur de la prise en charge des patients. Il les voit à tous les âges et dans toutes les situations où ils ont besoin d'un accompagnement dans leur sexualité.

Les adolescents : l'apprentissage de la relation à l'autre - du consentement - du respect ; la découverte de leur sexualité consciente par la masturbation ; la prévention des IST et grossesses non désirées par le préservatif ; la prescription de la première contraception chez la jeune femme ; l'apprentissage de l'anatomie et de la physiologie génitale et sexuelle.

L'accompagnement des adultes dans : la relation de couple - la maternité - et aussi pour certains dans les traumatismes de la violence.

Les patients atteints de maladies chroniques avec : le changement du corps, de la vision de soi. Un dysfonctionnement dans la vie sexuelle peut être un signe avant-coureur d'une évolution de la pathologie (ex : trouble de l'érection chez le diabétique) (25). Dans le cadre du suivi de différentes pathologies nous sommes amenés à prescrire des traitements qui ont des actions sur la sexualité, nous nous devons d'informer les patients et de rechercher ces effets indésirables.

Le vieillissement du corps avec les modifications du corps et des performances. Un des rôles du médecin généraliste pourrait être d'accompagner leurs patients âgés dans le changement de leur vie sexuelle (48).

Le médecin généraliste a besoin d'être en capacité d'accompagner ses patients à tous les stades de leur vie, les rassurer sur le fait que la norme n'existe pas en sexologie, que chacun peut trouver la sexualité qui lui convient et qu'elle peut se réinventer à l'infini. Comme dans toute spécialité médicale, le rôle du médecin généraliste, quelles que soient ses compétences, est de dépister afin de pouvoir orienter ses patients vers une prise en charge adaptée.

La consultation des patients

La vie sexuelle a un impact sur la qualité de vie et le bien être psychique (49). Elle est au croisement entre la psychiatrie et la médecine, les dysfonctions et troubles sexuels sont classés dans le DSM4 et la CIM10 (14). La dysfonction sexuelle est corrélée à l'augmentation des scores de dépression et d'anxiété. Or plus de 50% des patients atteints de maladie chronique souffrent de troubles sexuels. Seulement 10% des médecins recherchent une difficulté sexuelle chez leurs patients atteints de maladie chronique (50). Alors que 42% des consultations de médecine générale sont dédiées à un suivi d'une maladie chronique et 27% des consultations sont pour les patients en ALD (26). Ne pas dépister ces troubles favorise l'achat de molécules sur internet, entraîne le non diagnostic de l'évolution de la maladie, aggrave l'isolement du patient (51). La qualité de la relation conjugale est un élément d'équilibre, voire de santé dont il faut se préoccuper (52).

Du point de vue des patients, les études sont toutes unanimes, les patients attendent que les médecins abordent le sujet de la sexualité. Les patients considèrent le médecin généraliste comme un interlocuteur privilégié (18, 53), quel que soit l'âge, y compris chez les adolescents

qui accordent une grande valeur aux conseils du médecin (27). Une étude suisse (54) a montré que 95% des patients estiment qu'il est normal de parler de sexualité avec son médecin, et 85% disent qu'ils ne seraient pas gênés si on leur posait la question (18). Parmi les personnes souffrant de troubles sexuels 32,9% d'hommes et 26,4% de femmes n'en ont jamais parlé (Enquête CSF INSERM et INED) (18). Des blocages existent aussi à aborder le sujet en consultation du côté des patients comme la honte d'avoir des problèmes d'ordre sexuel, la culpabilité, imaginer qu'il n'y a pas de traitement possible, ne pas inclure la sexualité dans le domaine médical.

La consultation médicale peut être un moment privilégié pour surmonter ces réticences, ces projections, ces représentations et aborder le sujet de manière objective. Le médecin dispose d'une place privilégiée pour faire prendre conscience au patient que la sexualité fait partie de l'équilibre de la santé humaine.

L'étude

Depuis plusieurs décennies les études, les théories et les pouvoirs publics tendent à dire que la santé sexuelle est importante et qu'il faut s'en préoccuper. Nous assistons à une médicalisation de la sexualité avec création de nouvelles normes depuis la révolution sexuelle (2). Mais pourtant les statistiques montrent qu'individuellement les choses ne sont pas mises en place que ce soit dans l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires ou dans nos cabinets de consultation en médecine générale. Les représentations et les croyances empêchent les médecins généralistes de faire le premier pas auprès de leurs patients.

Zeler propose une étude qualitative en 2017 au cours de laquelle il introduit le sujet de la sexualité en consultation en posant la question de manière systématique aux patients qu'il prend en charge (42). Suite à la consultation il propose aux patients d'être inclus dans l'étude en participant à un entretien semi directif qui vise à recueillir leur ressenti suite à l'évocation de leur sexualité. Il est alors remplaçant dans quatre cabinets où il interroge les patients, les consultations sont toutes des premières rencontres et il est à la fois la personne qui évoque la sexualité et celle qui recueille le ressenti. Le guide de l'entretien a été élaboré suite à une étude préliminaire effectuée en 2015. Il a inclus 96 patients, 100% des patients interrogés ont accepté l'entretien. Les résultats montrent que 93% des patients ne ressentent pas comme intrusif le fait d'être interrogé sur leur sexualité par le médecin généraliste même s'ils sont venus consulter pour un motif différent. Ces résultats confortent les études explorant les attentes des patients en matière de sexualité et minimisent les blocages ressentis par les médecins.

Dans ce travail j'ai fait appel à des médecins généralistes installés qui n'ont pas pour habitude de parler de sexualité avec leurs patients. Ils ont abordé le sujet de la sexualité de manière systématique lors des journées de recrutement. L'objectif de l'étude est de montrer que les patients ont majoritairement un ressenti positif lorsque leur médecin aborde ce sujet et de comparer les résultats avec l'étude de Zeler pour renforcer le fait que les médecins peuvent parler d'intimité avec leurs patients sans motif ni formation particuliers.

PARTIE II

MATERIEL ET METHODE

Type d'étude

Cette étude est une étude qualitative prospective menée par des entretiens semi dirigés dans trois cabinets de médecine générale de Vendée et de Loire Atlantique. L'objectif principal est de montrer que le ressenti majoritaire des patients est positif lorsque le médecin traitant aborde la sexualité en consultation et de comparer avec les résultats de l'étude de Zeler qui a été réalisée avec des médecins remplaçants uniquement. En faisant appel à des médecins référents par rapport au médecin remplaçant, cette étude permet de comparer la différence de ressenti en fonction de la relation de confiance. Nous avons également exploré la légitimité du médecin traitant, savoir s'il peut parler de sexualité avec les patients sans avoir besoin de motif particulier ni de formation particulière.

Population

Le recrutement des patients s'est fait aléatoirement dans trois cabinets de médecine générale. Première journée de recrutement le 10/09/2020 avec la patientèle du Dr POMIER Véronique à Noirmoutier en l'île (Vendée). Deuxième journée de recrutement le 06/10/2020 avec la patientèle du Dr LUGHERINI Marie à Nantes (Loire Atlantique). Troisième journée de recrutement le 17/12/2020 avec patientèle du Dr DELANSORNE Fanny aux Sables d'Olonne (Vendée). Toutes les journées de recrutement ont été choisies en fonction des disponibilités conjointes des médecins généralistes participants et de l'investigateur, sans tenir compte du planning de consultation.

Les critères d'inclusion sont : patient de 18 ans et plus, parlant français couramment, faisant partie de la patientèle du médecin traitant.

Tous les patients consultant lors des journées de recrutement et n'ayant pas de critère d'exclusion ont été interrogés quel que soit le motif de consultation.

Méthode d'intervention

Lors de la consultation, menée par le médecin traitant, le sujet de la sexualité du patient est abordé, de façon systématique quel que soit le motif de consultation. La manière d'aborder le sujet n'est pas imposée et ne sera pas explorée ensuite. Exemple : «
Pouvons-nous parler de votre intimité ? » «
Je n'ai jamais abordé le sujet mais je voudrais profiter de cette consultation pour parler de votre sexualité. » «
Comment ça se passe dans votre intimité ? ». A la fin de la consultation, le médecin traitant, propose à son patient de participer à une étude pour une thèse. Il explique que la sexualité a été abordée dans ce contexte. Il informe que s'il accepte, il va être reçu en entretien par une interne en médecine générale qui va l'interroger sur son ressenti suite à l'abord de la question de l'intimité au cabinet. Il dit que cet entretien sera en tout point anonyme et qu'il n'y aura pas de question sur la sexualité propre du patient. A Noirmoutier les entretiens se sont déroulés en présentiel immédiatement après la sortie de consultation. A Nantes et aux Sables d'Olonne, ce sont des entretiens téléphoniques réalisés dans la journée ou la soirée suivant la consultation qui ont permis de récolter les données.

Guide d'entretien

Utilisation du travail du Dr Arnaud ZELER avec son accord. Le guide d'entretien a été construit suite à une étude préliminaire qualitative avec saturation des données à 23 patients. Le but de ce guide est d'évaluer le ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée en consultation de médecine générale (cf tableau 1).

Questions posées	<ul style="list-style-type: none">• Dans le cadre de ma thèse je m'intéresse à la réaction des patients lorsqu'on leur pose la question de la sexualité en consultation. Du coup quel a été votre ressenti lorsque votre médecin traitant a abordé le sujet ?• (<i>si pas d'évocation spontanée du ressenti</i>) : avez-vous trouvé cette question intrusive ? déplacée ? Bienvenue ?• (<i>si pas d'évocation spontanée du sentiment de surprise</i>) : avez-vous été surpris(e) ? oui ? non ? pourquoi ?• Un médecin vous avait-il déjà posé la question ?• Pensez-vous que c'est le rôle du médecin traitant de poser cette question ?• Pensez-vous que le médecin traitant devrait poser cette question systématiquement à ses patients ?• Si vous aviez un souci d'ordre sexuel, en parleriez-vous spontanément ?
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tableau 1 : Guide d'entretien.

Mesures

L'enregistrement des entretiens a été réalisé avec l'application dictaphone. Puis une retranscription sur traitement de texte a été effectuée pour la mise en page du verbatim. Nous avons éliminé à l'écrit les tics de langage et les répétitions de mots.

Les informations sur les caractéristiques des patients ont été consignées sur tableur Excel au cours de l'entretien. (Genre -âge – situation maritale – orientation sexuelle – statut professionnel – commune d'habitation – motif de consultation).

Considération éthique

L'anonymat est garanti, aucune donnée nominative n'est demandée au patient, les enregistrements sont intitulés par numéros (P N°1 – P N°2...), qui correspondent aux fiches patient manuscrites et du tableur Excel également intitulées P N°1 _ P N°2...

Le comité d'éthique n'a pas été contacté car les patients sont majeurs, en capacité de refuser l'étude et la question n'a pas d'impact immédiat sur le plan thérapeutique.

L'avis du CPP n'a pas été demandé car c'est une recherche non interventionnelle hors du thème de la Loi de Jardé.

Analyse du verbatim

La méthode d'analyse qualitative a d'abord été utilisée pour ressortir des données codables dans un tableur Excel.

Le verbatim a été analysé longitudinalement, entretien par entretien, par l'enquêteur, permettant de faire ressortir les grands thèmes.

Puis une analyse transversale thématique en comparaison constante a été réalisée afin de séquencer et coder les données dans le tableur. Cette étape a été réalisée uniquement par l'enquêteur avec une triangulation des données par la thèse du Docteur ZELER.

Ces deux étapes ont été réalisées selon les conseils trouvés dans l'ouvrage de Christophe Lejeune « Manuel d'analyse qualitative ».

Analyse statistique

Afin de comparer les résultats obtenus dans cette étude avec ceux de l'étude de Zeler *et al.*, les mêmes méthodes statistiques que celles de leur étude ont été utilisées. Ainsi, tous les tests statistiques ont été réalisés sur le site web BiostaTGV (<http://biostatgv.sentiweb.fr/>). Les tests utilisés sont des tests non paramétriques adaptés aux petits échantillons et à l'analyse de variables qualitatives. Dans tous les cas, le test du Chi2 a été utilisé pour les catégories dont le nombre de patients est supérieur à 5, et le test exact de Fisher a été utilisé pour les catégories dont le nombre de patients est inférieur à 5.

Tout comme l'étude de Zeler, Afin de vérifier que l'échantillon de cette étude était représentatif de la population générale de patientèle, les différences de représentativité pour le sexe, l'âge et le motif de consultation ont été testées en se basant sur une comparaison avec l'enquête DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) de 2002 (57) comportant 44000 patients issus de la patientèle des médecins généralistes français.

La comparaison des résultats de notre étude avec les résultats obtenus par Zeler a également été faite par les tests de Chi2 et de Fisher en fonction du nombre de patients par catégorie.

RESULTATS ET DISCUSSION

A. Analyse comparée du ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste.

Recrutement de la cohorte

A l'issue des 3 journées de recrutement, 45 patients ont été sollicités, 21 à Noirmoutier, 10 à Nantes, 13 aux Sables d'Olonne. Parmi eux, 6 patients ont un critère d'exclusion lors de la journée de recrutement à Nantes, et 3 patients ont un critère d'exclusion lors de la journée de recrutement aux Sables d'Olonne (Figure 1).

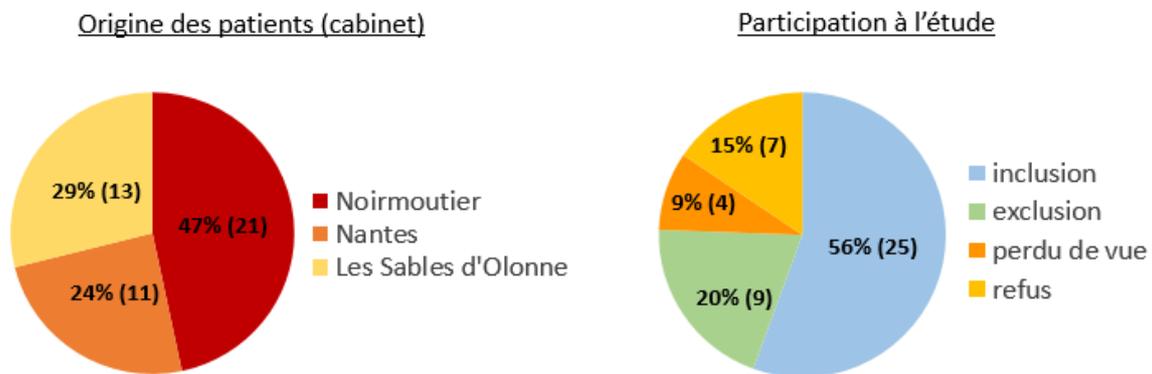


Figure 1 : Origine et inclusion des 45 patients initialement sollicités

Sur les 36 patients restants, 3 patients ont été perdus de vue aux Sables d'Olonne. 1 patient a été perdu de vue à Nantes. 15 % ont refusé l'étude. Trois patients ont refusé de participer à une étude à Noirmoutier et un patient a refusé spécifiquement de parler de sexualité. De même, deux patients ont refusé de participer à une étude aux Sables d'Olonne et un patient a refusé de parler spécifiquement de sexualité.

Caractéristiques des patients inclus

Les analyses suivantes ont été faites sur la base des 25 patients qui ont été inclus. La population comporte légèrement plus de femme que d'homme, a majoritairement plus de 40 ans, vient principalement pour une consultation d'une maladie aiguë, et aborde le sujet de la sexualité en consultation pour la première fois pour une large majorité d'entre eux. (Figure 2)

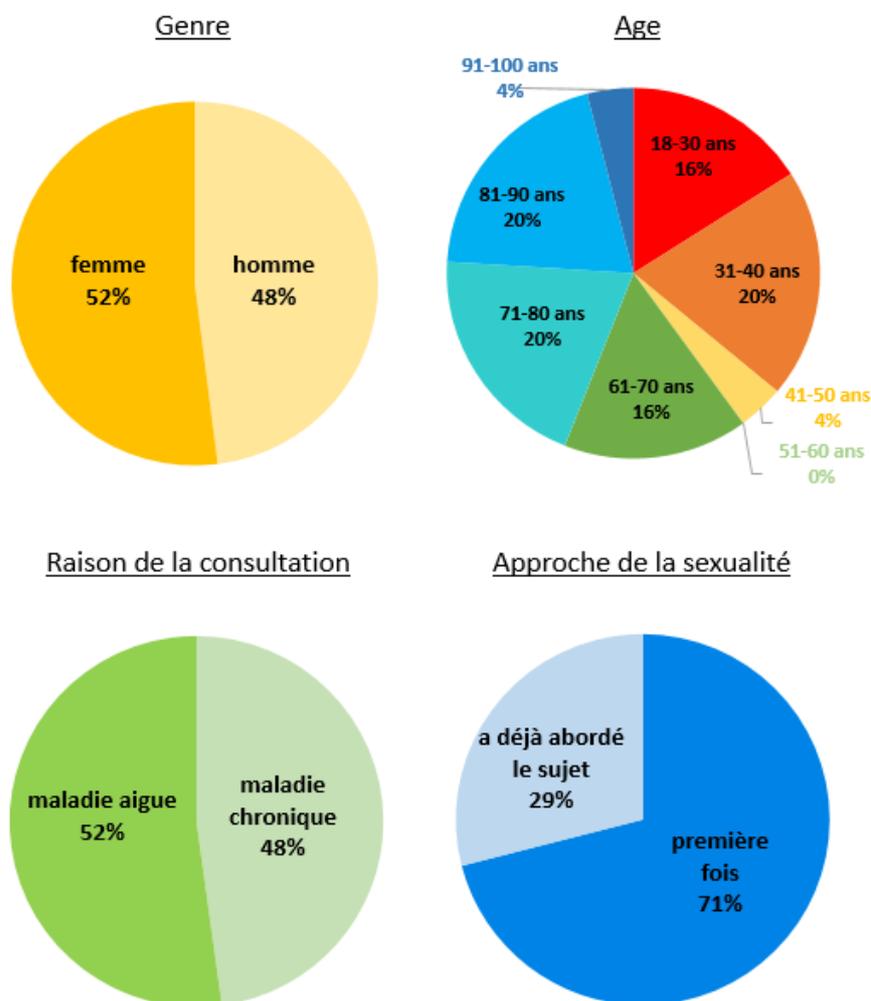


Figure 2 : Caractéristique de la population recrutée pour l'étude (n=25)

En comparant les caractéristiques (âge, sexe et le motif de consultation) de notre échantillon avec celles de la patientèle des médecins généralistes français et celles de la cohorte Zeler, nous avons observé que les proportions homme/femme étaient identiques (p -value=0.763 et 0.869 respectivement). Cependant, comme observé en figure 3, la cohorte de cette étude a tendance à être un peu plus âgé (p -value= 0,075 et 0.157 respectivement pour les plus de 70 ans), ce qui peut être expliqué par un recrutement réalisé principalement à Noirmoutier (47%) et en hiver (population largement retraitée). Les proportions de tranche d'âge entre la patientèle de Noirmoutier et l'étude DREES de 2002 n'a pas été réalisé pour valider cette hypothèse. On remarque également que le motif de consultation a tendance à être différent entre notre cohorte et l'étude DREES (p -value =0,066 pour les consultations pour cause de maladie aiguë), ce qui peut être expliqué par le fait que les motifs de recours au médecin généraliste ont été moins détaillés dans le recueil de données de cette étude que dans l'étude DREES.

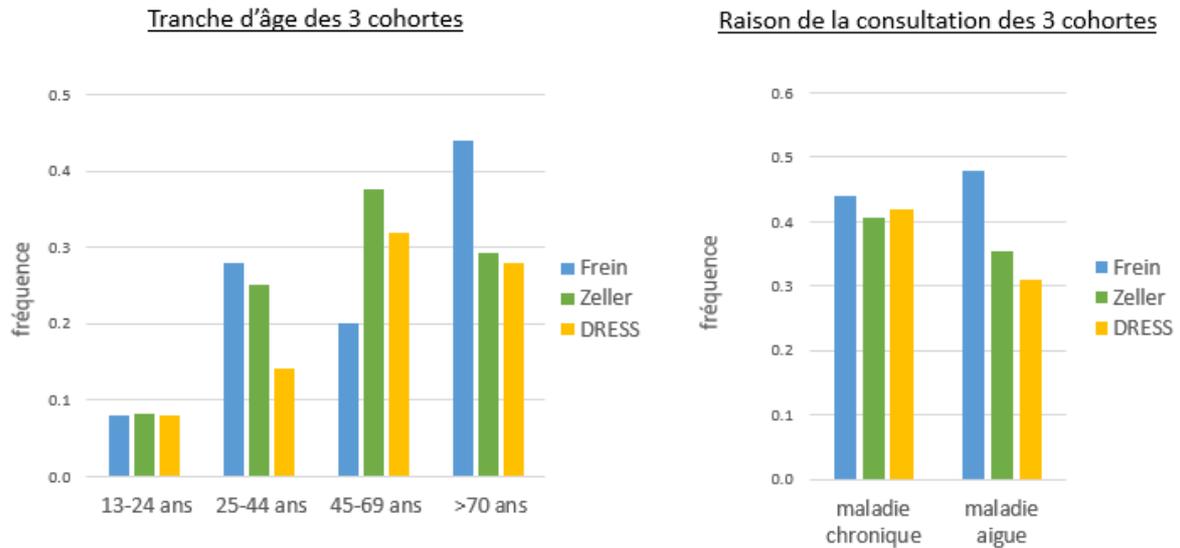


Figure 3 : Comparaison de caractéristique entre les 3 cohortes

Le ressenti des patients

Lorsque les patients ont été interrogé sur leur ressenti par rapport au sujet abordé (la sexualité), le ressenti majoritaire immédiat est la surprise, avec 68% (n=17) des patients l'exprimant. Les raisons de cette surprise sont détaillées dans la figure 4. En comparant nos résultats avec ceux de la cohorte Zeler, nous observons une différence très significative (p-value=0,0033) avec leur ressenti (35% de ressenti de surprise) Ce résultat valide l'hypothèse posée par Zeler à la fin de son étude. En effet, il avait effectué cette étude avec des médecins remplaçants et non des médecins traitants, et avait ainsi supposé que les patients seraient plus surpris que leur médecin traitant leur parle d'intimité car il n'avait jamais abordé ce sujet dans les consultations précédentes.

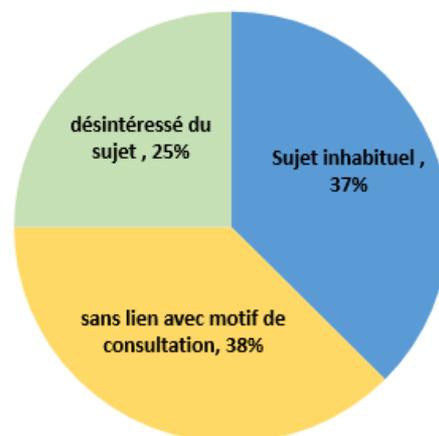


Figure 4 : Raison du sentiment de surprise

Après analyse du ressenti initial exprimé, nous nous sommes intéressés au langage utilisé pendant le reste de la consultation, 44% (n= 11) des patients emploient un langage positif pour

exprimer un ressenti positif. 40% (n=10) ont un ressenti neutre et 16% (n=4) ont un ressenti négatif. 100% des patients ayant eu un premier ressenti négatif ont *a posteriori* bien reçu la question et trouvaient intéressant d'aborder le sujet en consultation. Les différents ressentis sont détaillés dans la figure 5.

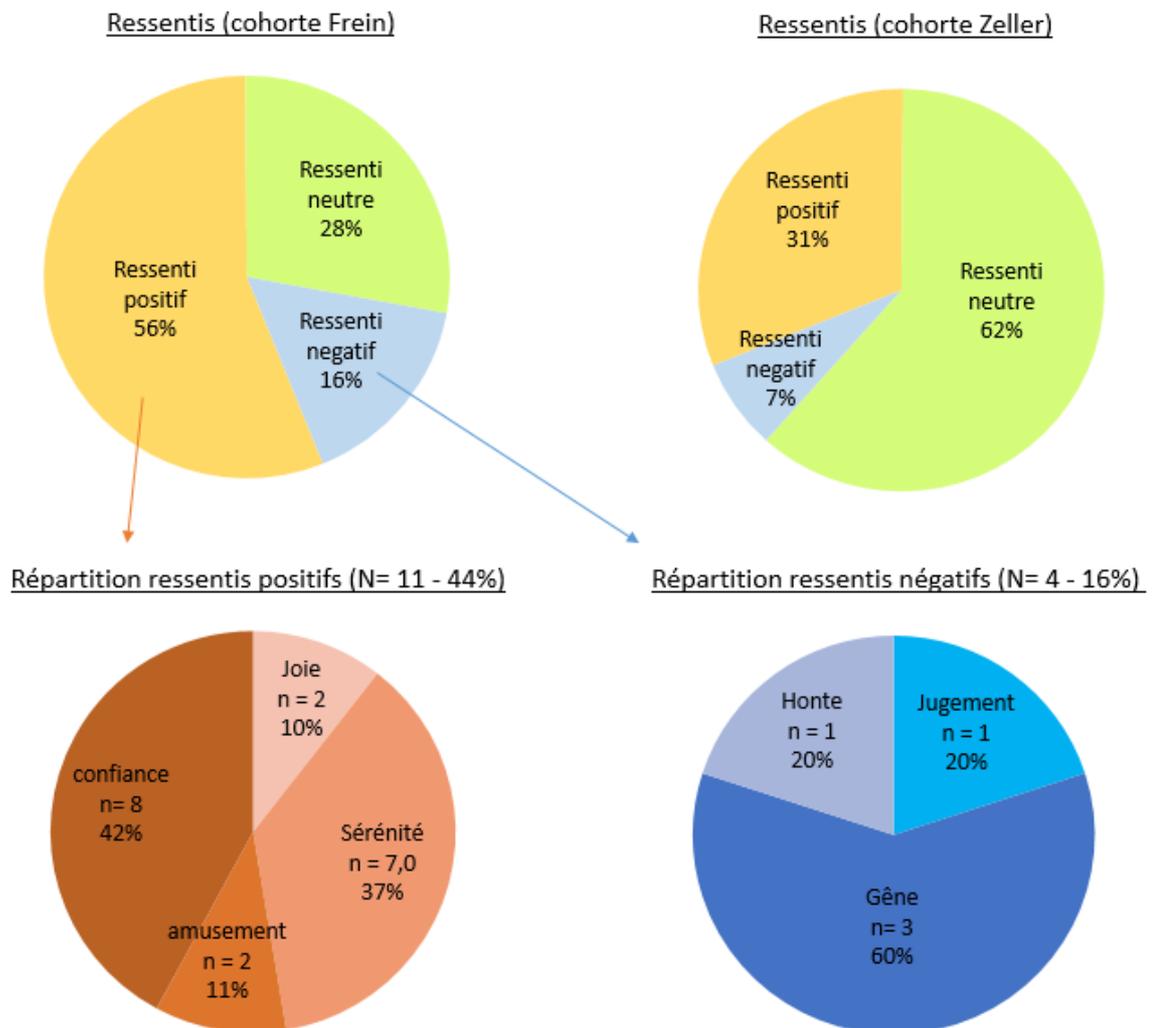


Figure 5 : Analyse des ressentis des patients

En comparant les résultats des ressentis entre notre étude (interrogation par le médecin traitant) et l'étude de Zeler *et al.* (Interrogation par un médecin remplaçant), nous avons observé une différence significative dans l'expression des ressentis, avec une augmentation des ressentis positifs avec le médecin traitant (p-value=0,021) et une diminution des ressentis neutres (p-value=0,003). En revanche, aucune différence n'a été observée dans l'expression des ressentis négatifs (p-value =0,17).

Malgré le fait que notre cohorte soit trop petite pour effectuer des comparaisons statistiquement puissantes, deux hypothèses peuvent être émises :

- La première serait que cette différence peut être expliquée par la variable « médecin traitant ».

Cette hypothèse est confortée par le fait que l'importance de la relation de confiance soit évoquée par 28% (N=7) des patients. 64% des patients ayant évoqué cette notion pensent que le sentiment de confiance ressenti est renforcé par le fait de connaître le médecin qui leur parle d'intimité. Cette relation de confiance avec le médecin traitant leur permet de parler de sexualité sans gêne (Figure 6).

- La seconde explique la différence par le biais de l'enquêteur, les ressentis ayant pu être analysés de manière différente. Ce biais a été limité par la triangulation des données mais il n'a pas pu être totalement effacé.

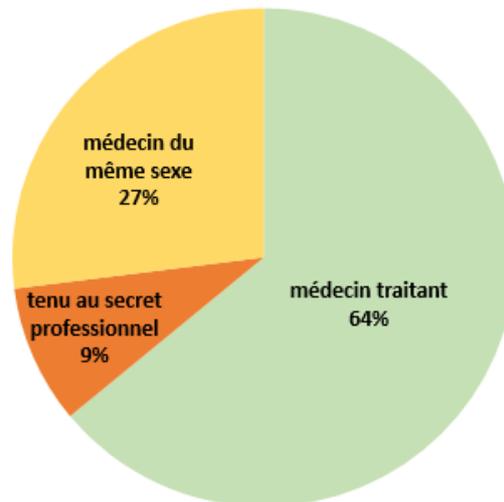


Figure 6 : Origine du sentiment de confiance ressenti par 32% des patients

Tout comme dans l'étude de Zeler *et al.*, il n'y a pas de différence significative dans les ressentis entre les tranches d'âge - ici calculés avec 2 classes seulement (plus ou moins de 45 ans) pour des raisons statistiques - ni entre les genres.

Le sens donné à la question

Lorsque le médecin aborde le sujet de la sexualité, 72% (N=18) des patients donnent spontanément un sens à la question. Comme observé dans la Figure 7, 58% (N=14) des patients pensent que le fait d'être médecin suffit à justifier de s'intéresser à l'intimité de ses patients. Donc 58% des patients pensent que parler de sexualité fait partie du rôle du médecin généraliste sans qu'il n'ait besoin d'un motif particulier pour aborder le sujet. On retrouve une différence significative ($p\text{-value}=0,0029$) avec l'étude de Zeler dans la justification de la question par le fait d'être en consultation face à un médecin. Cette différence peut être liée au fait qu'il y a beaucoup de données manquantes dans l'étude de Zeler puisque 55% des patients ne se sont pas prononcés sur cet item.

4% (N=1) des patients relient la question de leur intimité à leurs antécédents médicaux. 4% (N=1) des patients font un lien direct avec le motif de consultation pour lequel ils sont venu. Les résultats ne montrent pas de différence significative dans ces catégories par rapport à l'étude de Zeler.

8% (N=2) des patients pensent que le médecin traitant a abordé le sujet de la sexualité parce qu'ils laissent transparaître un besoin dans leur comportement.

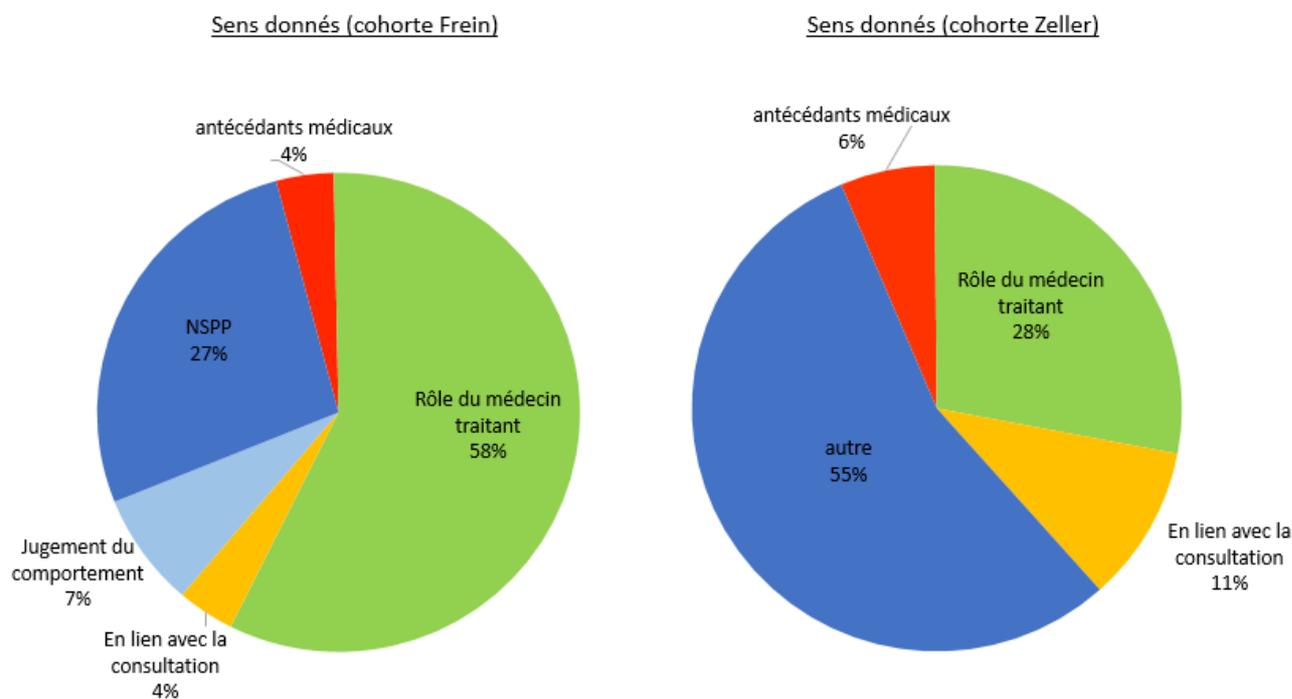


Figure 7 : Comparaison des sens donnés à la question par les patients entre cette étude et la cohorte Zeller

Ressenti du patient par rapport à la place du médecin traitant dans le dépistage et le traitement des troubles de la sexualité

Nous avons d'abord demandé aux patients ce qu'ils feraient en cas de difficulté d'ordre sexuelle (Figure 8). 44% (n=11) des patients ne parleraient pas spontanément de leur difficulté s'ils avaient un problème sexuel. 36% (N=9) des patients disent qu'ils aborderaient spontanément le sujet avec leur médecin s'ils en avaient besoin. 8% (N=2) des patients disent qu'ils consulteraient un spécialiste. 12% (N = 3) des patients ne savent pas comment ils réagiraient s'ils avaient un trouble de la sexualité.

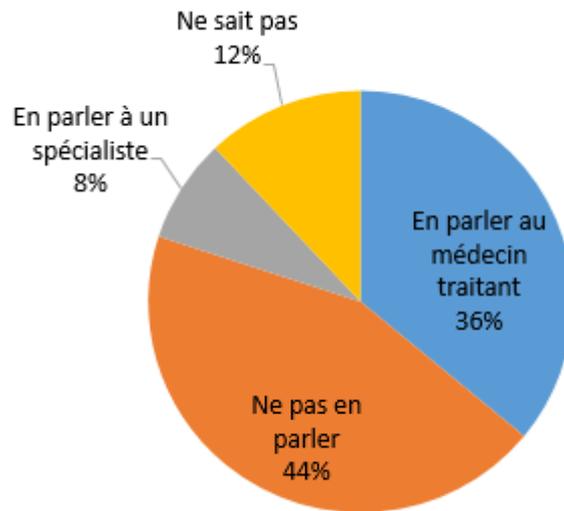


Figure 8 : Spontanéité du patient dans la dysfonction sexuelle

Nous avons ensuite demandé aux patients leur point de vue sur un dépistage systématique d'un problème sexuel avec leur médecin traitant (Figure 9). 56% (N= 14) des patients sont favorables à un dépistage systématique des dysfonctions sexuelles par le médecin traitant. 24% (N=6) des patients préféreraient un dépistage ciblé, 3 en fonction de la relation de confiance déjà établie avec le patient, 2 en fonction de l'âge du patient et 1 en fonction du motif de consultation. 8% (N = 2) des patients pensent que le dépistage des troubles de la sexualité devrait être fait par des médecins spécialistes (sexologue, gynécologue, psychiatre). 8% (N=2) disent que la discussion de l'intimité doit avoir lieu seulement si le patient le demande. Sur les 4 patients ayant eu un ressenti immédiat négatif, 2 se prononcent favorables à un dépistage systématique et 1 favorable à un dépistage ciblé.

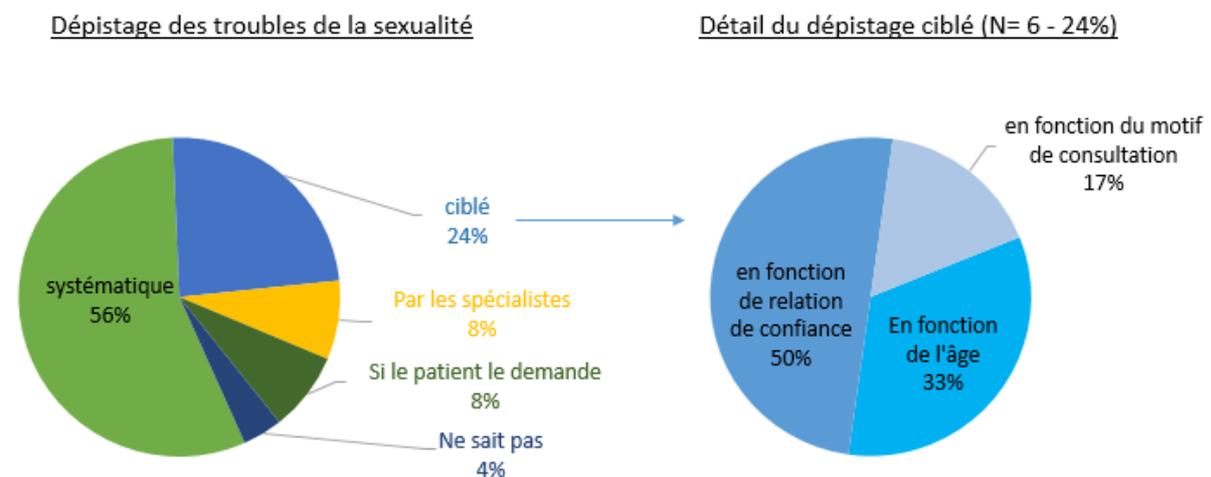


Figure 9 : Point de vue de la cohorte sur un dépistage systématique d'un problème sexuel avec le médecin traitant

Pour finir, nous avons interrogé la cohorte pour déterminer l'impact du rôle proactif du médecin (Figure 10). 48% (N=12) des patients déclarent se sentir plus à l'aise pour aborder spontanément la sexualité avec leur médecin traitant depuis cette consultation. 1 patient (= 4%) dit que l'ouverture du sujet par le médecin traitant ne lui permettra pas de se sentir plus à l'aise. 16% (=4) des patients ne savent pas dans l'immédiat si cette consultation aura un impact pour plus tard. 4 patients ont eu un ressenti immédiat négatif suite à la question de l'intimité, 3 de ces patients disent qu'ils se sentiront plus à l'aise pour parler de leur intimité s'ils en ressentent le besoin.



Figure 10 : Réponse de la cohorte à la question : "Vous sentez-vous plus à l'aise pour aborder spontanément la sexualité avec votre médecin traitant ?"

B. Analyse de la place du médecin traitant pour aborder les questions de sexualité

Les blocages des médecins généralistes pour aborder la sexualité

Après une étude de la bibliographie sur ce sujet il semble que cette étude soit la première qui demande à des médecins généralistes installés de parler de sexualité de manière proactive avec leurs patients. Selon l'étude de Baurain, 2018 (18) – 82,7% des médecins pensent qu'il serait utile de parler davantage de sexualité, 59,1% se disent à l'aise pour parler de sexualité mais seulement 3,6% parlent systématiquement de sexualité avec leurs patients, et 38,2% ne se sentent pas prêt à poser la question systématiquement à chaque nouveau patient. Le principal facteur limitant pour aborder la sexualité est pour 32,9% des médecins interrogés le manque de motif, pour 27,8% le manque de temps, pour 12% le manque de formation, pour 7% le fait que la sexualité soit tabou, pour 6,3% par appréhension de la réaction des patients, pour 6,1% par limitation à cause de leurs propres représentations de la sexualité, pour 1,3% par manque d'intérêt pour le sujet.

Les raisons limitant l'approche de la sexualité au cabinet ne manquent pas. Cette étude a permis de s'affranchir de certains blocages :

- Le manque de motif :

Les résultats montrent que la majorité des patients donne naturellement un sens à la question du médecin sur leur sexualité. 58% des patients (n=14) considèrent que le fait d'être médecin suffit pour justifier de s'intéresser à la sphère intime, d'autres relient d'eux même la question à leurs antécédents ou font un lien avec la consultation en cours.

P6 : « Oui je pense, vis-à-vis des consultations qu'on peut avoir, qui sont parfois gynécologiques, oui je trouve ça bien qu'on pose la question. »

P7 : « Oui surtout que je n'ai pas l'habitude, alors comme je ne savais pas pourquoi elle m'a posé cette question là... Est-ce que c'est par rapport à vous ou alors est-ce que c'est pour quelque chose qu'elle a vu sur mon comportement, je ne sais pas... »

P10 : « Surpris qu'elle m'en parle parce que ce n'est généralement pas quelque chose qui est abordé. Mais voilà, pas plus que ça, c'est normal qu'un médecin s'inquiète de ces choses-là aussi. Surpris que ça vienne dans cette visite mais je ne suis pas surpris qu'un médecin me pose cette question-là. »

P7 : « Ben non, écoutez c'était... A la limite c'est le rôle d'un médecin... Pourquoi pas. C'est vrai que même malgré tout avec les problèmes que j'ai à ce niveau-là j'étais surpris que personne n'en parle jusqu'à maintenant. »

De plus 44% (N = 11) des patients déclarent qu'ils ne parleraient pas spontanément de leur trouble lié à la sexualité.

P18 : « Ça dépend, ça dépend du problème, pas forcément »

P17 : « Il faudrait vraiment que dans ma vie ça me gêne. Il faudrait que ça me gêne au quotidien. Sinon je pense que non. »

P11 : « Je ne sais pas. Puisque je n'ai pas de problème je ne me sens pas gênée ni rien mais si j'avais eu quelque chose je n'aurais pas forcément voulu le dire. »

Et 60% (N=15) des patients sont favorables à un dépistage systématique des dysfonctions sexuelles.

P10 : « Je pense que oui, à la limite, ça peut être une bonne question. Surtout qu'en général ce sont des choses dont on ne parle pas souvent et ce n'est pas le patient qui va prendre l'initiative de ça donc c'est bien que ce soit le médecin qui déclenche la chose. Parce qu'il y a des choses à dire quelques fois »

P3 : « Pourquoi pas, franchement, c'est vrai on vous demande si vous allez bien, si vous avez pas mal aux bras, aux jambes, à la tête et pourquoi pas sur cet aspect-là. »

Ces trois résultats tendent à montrer que le médecin traitant n'a pas besoin de motif pour se préoccuper de la sexualité de ses patients.

- la crainte d'être intrusif :

Aucun patient n'a ressenti d'intrusion lorsque les médecins traitants ont abordé le sujet de la sexualité. Les patients sont libres de refuser de parler de sexualité quand la question leur est posée.

P24 : « Non ce n'était pas intrusif. Si on veut on ne dit rien. »

A l'inverse plusieurs patients expriment le fait qu'à la suite de l'intérêt du médecin pour la sphère intime, le lien de confiance est renforcé. Le fait que le médecin parle du sujet en premier leur permet de savoir qu'il est à l'écoute. Ces données concordent avec les résultats de l'étude de Macdowal *et al.* en 2010 (42).

P25 : « Donc elle a parlé de ça avec adresse, de façon assez naturelle donc ça met en confiance parce que vous sentez que c'est quelqu'un qui voit ça comme un sujet normal »

P18 : « ...c'est bien de savoir qu'on peut venir en parler au cabinet »

P12 : « c'est quand même bien qu'un médecin s'intéresse à votre vie, à la sexualité »

P21 : « C'est assez difficile je pense d'aborder ça avec un professionnel, même si c'est quelqu'un qui a assez l'habitude, donc là au moins on sait que le médecin est ouvert »

Seulement 2 patients sur 45 ont refusé de parler de sexualité avec le médecin traitant. Parmi les 4 patients ayant exprimé en premier lieu un ressenti négatif tous ont finalement trouvé la question bienvenue et 2 étaient favorables à un dépistage systématique – 1 était favorable à un dépistage ciblé.

P19 : « Si, c'est bienvenu, je ne m'y attendais pas non plus mais si c'est bien. »

P11 : « Si, c'est bienvenue mais c'est juste que ça choque un peu. Mais c'est bien d'en parler et de ne pas avoir de tabou sur ça »

L'intimité est un sujet à aborder avec prudence et en s'assurant toujours auprès du patient qu'il est d'accord pour aborder le sujet. En effet 4 patients ont exprimé un ressenti négatif. Mais aucun des patients n'a utilisé de langage négatif envers le médecin traitant ou n'a parlé de rupture dans la relation de confiance avec le médecin traitant. Commencer par demander l'autorisation d'en parler permet au patient d'avoir la possibilité de refuser.

- Le manque de formation :

Les médecins qui ont participé à l'étude n'étaient pas formés à la sexologie et n'avaient pas pour habitude de parler de sexualité avec leurs patients. Une formation spécifique n'est donc pas nécessaire pour introduire le sujet de la sexualité avec nos patients ni pour recueillir les différentes plaintes. Le médecin généraliste, acteur de soins primaires ne peut pas être performant dans toutes les dimensions de la médecine. Aucun médecin n'est formé à 100% dans toutes les spécialités. Le premier rôle du médecin généraliste est de recueillir les plaintes, organiser la prise en charge initiale et finalement orienter vers un spécialiste lorsqu'il atteint la limite de ses compétences. En sexologie il semble que les patients n'en attendent pas plus.

P5 : « Ben ... qui d'autre ? Si on ne voit pas d'autre médecin je ne vois pas euh... Ah moins qu'on aille voir un médecin exprès pour ça mais autrement c'est vrai... moi je trouve ça pas mal. »

P6 : « Ça permet de se libérer, pas longtemps mais au moins voilà ça permet d'avoir le point de vue du médecin sur ce qu'on dit. »

P10 : « c'est une activité médicale comme une autre, le médecin peut s'inquiéter de savoir si tout ça fonctionne pour le patient, c'est comme autre chose »

D'autres patients doutent de la compétence du médecin traitant dans la sexualité mais estiment qu'il peut s'en préoccuper et que cela permet d'ouvrir la discussion.

P4 : « ... Je ne sais pas si vraiment le médecin traitant ... Fin pour moi, il faut être spécialisé vraiment dans la sexualité, c'est plus le gynéco qu'il faudrait... Après le médecin c'est très bien qu'il en parle, même de tout hein. »

La place du médecin traitant

Plus de la moitié des patients considèrent que la sexualité fait partie de la santé et qu'il est normal d'en parler avec un médecin. Selon l'étude suisse de Meystre-Augustoni *et al.* de 2011, 95% des patients interrogés considéraient normal qu'un médecin les interroge sur leur intimité, 91% aimeraient que leur médecin le fasse (42, 54).

Dans l'étude de Zeler *et al.* de 2017, les patients interrogés pensent majoritairement que parler de l'intimité fait partie du rôle du médecin. Les facteurs avancés les plus importants sont la qualité d'écoute, le fait de se sentir à l'aise et le secret professionnel.

En réalisant l'étude avec leur médecin traitant plusieurs patients (28%) disent avoir été à l'aise car il s'agissait de leur médecin traitant et qu'ils avaient confiance en lui. Le médecin traitant a une place particulière par rapport au médecin remplaçant, il connaît l'histoire du patient et de sa famille.

P5 : « Ben comme c'est le médecin qui me suit depuis un moment, à l'aise »

P6 : « Comme on ne l'a jamais abordée, sur le coup je me suis demandé pourquoi cette question, mais ça ne m'a pas surprise... Fin... je suis vachement à l'aise avec Mme POMIER, donc ça ne m'a pas paru plus choquant que ça. »

P11 : « C'est parce que je n'ai pas l'habitude d'en parler, du coup avec le médecin je ne sais pas mais ma médecin je la connais donc je peux parler de tout avec. Mais ça aurait été un autre médecin ça m'aurait trop gênée »

P6 : « Et puis là on est en famille, elle nous connaît, c'est intéressant. »

P24 : « Oui, oui oui, ça c'est sûr, parce que là je m'entends bien avec et elle me connaît bien, y'a ça aussi. »

Nous retrouvons les mêmes conditions favorables à un entretien autour de l'intimité, la façon d'aborder le sujet, le secret professionnel.

P23 : « Non pas spécialement, disons que... Non, le docteur a su amener ça gentiment en disant « on n'a pas l'habitude d'en parler mais maintenant... voilà... ». »

P13 : « Donc La question ce n'est pas facile à poser parce que pour certaines personnes oui, et puis pour d'autres ça ne doit pas être évident. Donc il y a une manière sûrement pour amener la question... »

Nous remarquons que le sentiment de surprise est plus présent chez les patients suivis depuis longtemps qui ne s'attendaient pas à recevoir cette question, 68% dans l'étude contre 35% dans l'étude de Zeler en 2017.

P6 : « Comme on ne l'a jamais abordée, sur le coup je me suis demandé pourquoi cette question »

P1- « oui, parce que depuis le temps qu'on la connaît »

Mais cette surprise est vite dépassée et n'est pas une entrave à la prise en charge. Les patients justifient cette question par la relation de confiance. 68% des patients ont eu un ressenti global positif de l'entretien avec le médecin traitant. Alors que seulement 40% ont eu un ressenti immédiat positif (sérénité – joie – amusement).

Ces résultats nous confortent dans l'idée que le médecin traitant peut se préoccuper de la sexualité de ses patients de manière systématique. On peut supposer qu'intégrer la question de la sexualité dans nos consultations apportera un bénéfice dans la prise en charge et que la finalité sera positive pour les patients.

L'approche systématique de la sphère intime par le médecin traitant est également justifiée par le fait que 48% de patients disent être plus à l'aise pour aborder le sujet de la sexualité spontanément depuis que le médecin traitant en a parlé en premier.

C. Forces, faiblesses et biais

Forces et faiblesses

L'étude a été réalisée dans 3 cabinets différents, les résultats ne montrent pas de différence significative dans les ressentis des patients. Cela permet de supposer que si l'étude était réalisée à plus grande échelle les résultats seraient similaires.

Le recueil du ressenti immédiatement après la consultation permet d'éviter la réflexion qui coupe de la première émotion. Ne pas utiliser de questionnaire était un choix. Le sujet de la sexualité étant tabou et inhabituel dans nos consultations nous avons préféré limiter les patients « perdus de vue » en les recevant immédiatement après la consultation. De plus, aborder le sujet de la sexualité n'était pas toujours évident pour les médecins généralistes qui ont participé, (pas de lien avec le motif de consultation – pas l'habitude – patient peu réceptif), le fait que l'investigateur soit présent au cabinet les jours de recrutement permettait de limiter le biais d'échantillonnage.

Le fait d'avoir un petit échantillon limite la force de l'étude, certains calculs, comparaisons n'ont pas pu être réalisés en raison du trop petit nombre de patients. L'extrapolation des résultats à la population générale n'est pas envisageable. Mais ces premiers résultats sont encourageants pour la mise en place d'une étude à plus grande échelle.

Les mesures sanitaires liées à la pandémie actuelle ont empêché l'investigateur d'être présent dans 2 des 3 cabinets. De ce fait les entretiens téléphoniques ont été réalisés quelques heures après la consultation. 4 patients ont été perdus de vue dans ce contexte.

Les mesures sanitaires ont également restreint le nombre de patients vus en consultation par jour au cabinet. Les médecins n'étaient pas disponibles pour réaliser plusieurs journées de recrutement. J'ai eu des difficultés à recruter plus de médecins généralistes car ils étaient occupés dans la gestion du COVID, de la vaccination et des événements sanitaires actuels. Ils ne voulaient pas forcément aborder ce sujet dans le contexte sanitaire actuel avec leurs patients.

Biais

Biais d'échantillonnage,

Le biais d'échantillonnage a été limité car les journées de sélection étaient aléatoires. La population de l'échantillon correspond à la population générale d'un cabinet médical. Tous les patients consultant au cabinet et n'ayant pas de critère d'exclusion ont été interrogés.

Biais de recrutement,

Les médecins ayant choisi de participer à l'étude se sentaient assez à l'aise avec le sujet de la sexualité pour pouvoir participer mais ils n'avaient pas pour habitude d'en parler avec leurs patients.

Biais de volontariat,

Les patients ayant décidé de participer à l'étude sont volontaires, leur profil est donc différent de ceux qui ont refusé l'étude. 100% des patients qui ont refusé de parler de sexualité avec leur médecin ont également refusé l'étude.

Biais de migration,

On retrouve un biais de migration lié aux entretiens téléphoniques, certains patients n'ayant pas répondu au téléphone à la suite de la consultation.

Biais de désirabilité,

C'est un biais que l'on retrouve lors d'un recueil de données par des entretiens. C'est le fait que le patient réponde à la question en fonction de ce qu'il pense qui va être le plus normal pour l'interrogateur (55). Ce biais peut être minimisé en étant permissif dans les réponses (56). Il a été limité par rapport à l'étude de Zeler car l'investigateur n'était pas la personne qui abordait le sujet de la sexualité.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude nous confortent dans l'idée que le médecin traitant à une place importante dans la prise en charge sexologique des patients.

Passé le sentiment de surprise premier, les patients sont dans l'ensemble plutôt satisfaits que le médecin puisse aborder le sujet de l'intimité. Même s'ils ne ressentent pas de difficultés au moment où le sujet est abordé, beaucoup pensent que poser cette question pourrait permettre aux patients de libérer leurs questionnements. Bien qu'un petit nombre de patient ait exprimé un ressenti négatif, aucun n'évoque une cassure dans la relation médecin-patient.

Les réactions des patients vont dans le sens des études qui montrent que les patients sont dans l'attente de cette question. Lorsque le médecin traitant s'intéresse à la sexualité de son patient celui-ci se sent entendu profondément, prit en compte dans son intimité et donc dans toutes ses dimensions. Le lien de confiance est renforcé.

Le lien de confiance est à la base de la relation thérapeutique Le renforcer permet que le patient adhère mieux aux soins proposés et qu'il puisse venir demander de l'aide au cabinet en cas de besoin sans avoir peur d'être jugé ou non entendu. Toute action qui peut renforcer ce lien et permettre une meilleure prise en charge mérite d'être encouragée. Au-delà du sujet de la sexualité les patients sont attentifs au fait que le médecin soit à l'écoute, dans le non jugement et les prennent en charge à tous les niveaux.

Cette étude pourrait être reconduite à plus grande échelle dans plus de cabinets en évaluant les ressentis du médecin et l'impact de cette question dans la relation avec le patient. Nous pouvons poser l'hypothèse que le lien de confiance serait renforcé et que la relation thérapeutique serait de meilleure qualité.

Comme le souligne Michel Bozon dans « sociologie de la sexualité » (2), faire de la sexualité un sujet médical comporte un risque. La sexualité est un domaine où la seule règle est le consentement, le sujet est libre de faire ce qui lui plait. Une réflexion éthique sur la médicalisation de la sexualité s'impose pour veiller à ce que la norme médicale ne remplace pas la morale religieuse.

Qu'attendons-nous pour évoquer le sujet de la sexualité dans nos consultations ?

P25 : « Et je pense que ce sujet-là est très important. Et que ça concerne les médecins traitants. Vous savez j'ai eu un oncle médecin, qui était un médecin de campagne, il m'a dit un jour « un médecin comme moi, si je veux bien soigner et bien m'occuper des autres, il faut que je sois rebouteux et psychologue. » {Rires}. Et je pense qu'il avait raison et que la sexualité c'est important pour l'équilibre. »

BIBLIOGRAPHIE

1. Cartonné J-P. Michel Foucault et l'histoire de la sexualité : de la psychanalyse à l'esthétique de l'existence - Persée [Internet]. 1994
2. Bozon M. Sociologie de la sexualité. 2018.
3. Foucault M. Histoire de la sexualité, la volonté de savoir. 1976.
4. Chollet M. Sorcière, La puissance invaincue des femmes. 2018.
5. Galoppin J. L'Histoire de la sexualité de Michel Foucault | Projections [Internet]. [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: <https://revueprojections.wordpress.com/2013/06/09/lhistoire-de-la-sexualite-de-michel-foucault/>
6. Brenot P. Le sexe et l'amour. 2003.
7. Brenot P. L'éloge de la masturbation. 2002.
8. Vianes M. Chronologie droit des femmes. Regards de femmes;
9. Bonierbale M, Waynberg J. 70 ans sexologie française. *Sexologies*. 2007;16(3):238-58.
10. Freud S. Oeuvres complètes VI, Trois essais sur la vie sexuelle. 1905.
11. Giami A. Une histoire de l'éducation sexuelle en France: une médicalisation progressive de la sexualité (1945–1980). *Sexologies*. 2007;16(3):219-29.
12. CARPENTIER J. Apprenons à faire l'amour. 1972.
13. P. Costa (MD, PhD, président de l'Association interhospitalo-universitaire de sexologie [AIHUS]). La sexologie française est en marche. *Sexologies* (2010) 19, 33—34; 2010.
14. Giami A, de Colomby P. La médicalisation de la sexologie en France. Elsevier; 2002.
15. OMS. Formation des professionnels de santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine. 1974.
16. Stratégie nationale de santé sexuelle. 2017.
17. Giami. La spécialisation informelle des médecins généralistes: L'abord de la sexualité 2010
18. Baurain M. Parlons sexualité! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients? 2018;92.
19. Cousseau L, Freyens A, Corman A, Escourrou B. Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés. *Sexologies*. avr 2016;25(2):69-77.

20. Lemaire A, Alexandre B. Évolution de la personne porteuse d'une pathologie chronique et conséquences sur la sexualité. mai 2007
21. INPES. ENTRE NOUS Guide d'intervention pour les professionnels de santé. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? 2018.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. COMMUNICATION BREVE RELATIVE LA SEXUALITE : recommandations pour une approche de santé publique. Place of publication not identified: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2016.
23. Augé E. Auto-évaluation des compétences en santé sexuelle et génitalité des internes de médecine générale de Poitou Charentes, promotion 2011 à 2015. 2016.
24. Macherey M, Marissal P. Place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité de l'adolescente: pratiques, ressentis et facteurs influents : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de 12 médecins généralistes du département de l'Ain. Lyon, France; 2017.
25. Colson M-H. Dysfonctions sexuelles de la maladie chronique, l'état des lieux. Première partie : fréquence, impact et gravité. 4 févr 2016
26. DREES. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. 2004;12.
27. Bouladour J. Revue systématique de la littérature sur la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle des adolescents en France. 2018;132.
28. Masters W, Johnson V. Sexual Human Response. 1966.
29. Foucault M. Histoire de la sexualité, l'usage des plaisirs. 1984.
30. Foucault M. Histoire de la sexualité, Le souci de soi. 1984.
31. Bajos N, Bozon M. La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra. Persée. 1999 [cité 11 févr 2020].
32. Néron J. Foucault, l'histoire de la sexualité et la condition des femmes dans l'Antiquité. Cah Droit. 12 avr 2005;36(1):245-91.
33. Giami A, de Colomby P. La profession de sexologue en Europe : diversité et perspectives communes. Sexologies. 2006;15(1):7-13.
34. Winckler M. Le Choeur des femmes. 2009.
35. Guyard L. Chez la gynécologue. Ethnol Francaise. 1 janv 2010;Vol. 40(1):67-74.
36. Potey M, Torres J. Rôle du médecin généraliste dans la communication sur le thème de la sexualité: freins et attentes de collégiens de classe de 3e de l'agglomération grenobloise. 2011;47.

37. Godet S. Prise en charge médicale des dysfonctions sexuelles, quelle place pour une spécialité de médecine en santé sexuelle ? *Sexologies*. avr 2013;22(2):56-64.
38. Chambelland L. Exploration des difficultés des internes en médecine générale pour communiquer en santé sexuelle avec les patients. 2015.
39. Mignot J, Troussier T. Santé sexuelle et droits humains, un enjeu pour l'humanité. De Boeck Solal; 2015.
40. Puchau A-C. Etat des pratiques des médecins généralistes de Charente concernant l'éducation à la santé de leurs patients adolescents en matière de prévention sexuelle. 2016.
41. Brochmann N, Stokken E. Les joies d'en bas. 2017.
42. 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.
43. Mossuz-Lavau J. La vie Sexuelle En France. 2018.
44. Giami A, Chevret-Méasson M, Bonierbale M. Les professionnels de la sexologie en France : quelques évolutions. Premiers résultats de l'enquête nationale (2009) 2019.
45. Faragou Voisin C. Sexualité en médecine générale: enquête auprès de 191 médecins généralistes en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2008.
46. Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid MC. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. *J Sex Med*. sept 2007;4(5):1247-53.
47. Trudel G, Goldfarb MR. L'effet de l'âge sur le répertoire et le plaisir sexuel. *Sexologies*. oct 2006;15(4):266-72.
48. Ribes G, Cour F. La sexualité du couple âgé : état des lieux, prise en charge. *Prog En Urol*. juill 2013;23(9):752-60.
49. Anna C, Woloski-Wruble RN, EdD, Yulia Oliel RN, MSc, Miriam Leefsma RN, CNM, PhD, Drorith Hochner-Celnikier MD. Sexual Activities, Sexual and Life Satisfaction, and Successful Aging in Women . *J Sex Med*. 2010 Jul;7(7):2401-10.
50. Buvat J, Glasser D, Neves RCS, Duarte FG, Gingell C, Moreira ED, et al. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: results of a population-based survey in France. *Int J Urol Off J Jpn Urol Assoc*. 2009 Jul;16(7):632-8.
51. Kirby M. The Circle of Lifestyle and Erectile Dysfunction. *Sex Med Rev*. 2015 Jul;3(3):169-182.
52. Umberson D, Williams K. Marital quality, health, and aging: gender equity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2005 Oct;60 Spec No 2(SPEC):109-13.

53. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine Brest : 2016. pages 7 et 15.
54. Giovanna Meystre-Agustoni 1, André Jeannin, Kim de Heller, Alain Pécoud, Patrick Bodenmann, Françoise Dubois-Arber. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly*. 2011 Mar 8;141:w13178.
55. Raphaëlle Butori, Béatrice Parguel. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM, 2010, France. ffhalshs-00636228f
56. N. Berthier, Armand Collin, Les techniques d'enquête en sciences sociales, coll. Cursus, 2010 (4e éd.)
57. LABARTHE G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. N° 315 • juin 2004. Géraldine LABARTHE. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA ETUDES ET RESULTATS. N° 315, 2004/06

ANNEXES

Verbatim

Patient 1

Cabinet Dr POMIER – Femme – 69 ans – mariée en couple hétérosexuel

Qu'avez-vous ressenti lorsque le Dr POMIER vous a posé une question sur votre sexualité ?

P1- gêne, enfin honte.. Puis comme j'ai été opérée du cœur moi de toute façon ils m'avaient interdit de faire l'amour pendant 2 mois.

Est-ce que la question vous a surprise ?

P1- oui, parce que depuis le temps qu'on la connaît..

Est-ce que vous avez trouvé que la question était intrusive ?

P1- Pfff non

C'était la première fois ?! Est-ce qu'on vous avait déjà posé la question ?

P1- Oui, GUICHER, l'ancien médecin traitant de la Guerinière.

Est-ce que vous trouvez que c'est le rôle du médecin traitant de poser cette question ?

P1- Pas tellement.

D'accord, donc vous ne pensez pas qu'on devrait la poser de manière systématique aux patients ?

P1- Si, si ça peut rendre service, si ça peut améliorer les choses.

Si vous aviez un souci d'ordre sexuel, en parleriez-vous spontanément à votre médecin ?

P1 - Pas sûre, pas sûre, on est de la vieille école.

Le fait qu'on ait posé la question est que ça vous permettrait d'en reparler si vous aviez besoin ?

P1 - Non.

Patient 2 :

Cabinet Dr POMIER – Homme – 73 ans – Marié en couple hétérosexuel.

LF - Quand on vous a posé la question qu'est-ce que vous avez ressenti ?

P2 - Bah moi pas grand-chose, ça ne m'a même pas vexé, parce que vous savez entre copains ça arrive souvent qu'on en parle.

LF - C'est un sujet que vous abordez ?

P2 - Oh oui, enfin le matin en rigolant quoi m'enfin...

LF- Oui, mais ça ne vous gêne pas de parler de ça.

P2 - Non oh bah non

LF - Très bien...

P2 - Même dès fois on en parle avec sa sœur (parle de la sœur de sa femme) et tout, moi ça ne me gêne pas.

LF - D'accord, et est-ce que ça vous a surpris que le Dr POMIER pose la question ?

P2 - Oui, quand même oui, parce que maintenant la nouvelle génération, les parents se promènent à poil dans les maisons, mais de mon temps moi fallait que ma mère soit malade et mon père ... pour voir, parce que je ne savais rien du tout à 18 ans.

LF - Oui c'était des choses dont on ne parlait pas du tout.

P2 - On ne les voyait jamais à poil ni rien.

LF - Oui c'est vrai.

P2 - Dans l'ancienne école, les parents faisaient l'amour dans le noir

LF - Ah oui c'était beaucoup plus tabou que maintenant ?

P2 - Ah oui, oui.

LF - Vous vous pensez que le médecin traitant devrait poser la question ?

P2 - Moi ça ne me générerait pas

LF - D'accord, et vous si vous aviez un problème d'ordre sexuel vous en parleriez à votre médecin ?

P2 – Oui, oui, mais par contre les questions d'érection et tout ça je n'en parlerai pas.

LF - Pourquoi ?

P2 - Parce que ce n'est pas à 70 ans que je parlerai de ça maintenant.

LF - D'accord, ok

P2 - Si ça m'arrivait à 35, 40 ans d'accord, je pourrais en parler, tandis que maintenant vu l'âge...

LF - Vous ne pensez pas qu'on puisse faire quelque chose pour vous ?

P2 - mmmmh, vous savez il faut être deux, parce que si le monsieur veut pis que ... on ne va quand même pas se violer entre nous.

LF - C'est vrai que le consentement c'est la première étape.

P1 - Les médicaments ça fait aussi beaucoup, pis moi c'est pareil je suis aussi froide qu'un iceberg.

LF - C'est vrai que parfois les aléas de la vie font que ce n'est pas toujours évident, mais en tout cas si jamais c'est quelque chose qui vous dérange et que vous avez besoin d'en parler sachez que c'est possible.

P1 – Comme j'ai dit à Mme POMIER, j'ai mon papier de l'hôpital comme quoi que pendant 2 mois ils nous interdisaient de faire l'amour.

LF - Mais ça date d'il y a longtemps ?

P1 – non j'ai été opérée au mois de mai, elle m'a dit ce n'est pas possible qu'ils vous ont donné ça, ben j'dis si je vous emmènerai le papier la prochaine fois

LF - C'est pour pas trop travailler le cœur

P1 – oui voilà, pour pas trop l'exciter au début

LF - Très bien, c'est tout pour moi.

P2 -Oui merci, et moi ça m'a rendu service, ça ne m'a pas dérangé.

Patient 3 :

Cabinet Dr POMIER – Homme – 35 ans – Marié en couple hétérosexuel

LF – Du coup quand le Dr POMIER a abordé le sujet de la sexualité, qu'est-ce que vous avez ressenti ?

P3 – A chaud comme ça, un peu surpris pour le coup, c'est vrai que je ne m'attendais pas à avoir cette question-là, mais je suis pas du tout gêné avec ça donc ça ne me pose aucun souci. Mais c'est vrai euh ... un peu surpris, je pense qu'on peut le qualifier comme ça. Mais je trouve néanmoins hyper important d'en parler. Donc c'est très bienvenu. Je voulais comprendre le fondement de pourquoi c'était là mais j'ai à peu près compris du coup, fin même compris tout court. Je pense que oui, pour le coup c'est une bonne démarche si vous pensez euh... que ça peut améliorer le quotidien en fait d'avoir une sérénité sexuelle au sein d'un couple et potentiellement que ça puisse délivrer certains de beaucoup de maux pesants. Voilà. Euh... moi personnellement euh... Je vais bien à ce niveau-là, je n'ai pas de soucis à noter, à évoquer.

LF - de toute façon, moi je ne m'intéresse pas à ça (je ne lui demande pas de me parler de ses éventuels problèmes liés à la sexualité).

P3 - non, non, je me doute, j'essaie de rester général sur l'approche de la chose.

LF – Est-ce que vous pensez que c'est le rôle du médecin traitant d'aborder la sexualité avec ses patients ?

P3 – Je pense que c'est complètement justifié, plutôt de part ce qu'on évoquait juste avant, puisque je ne m'étais jamais posé la question avant. Mais oui, il est probablement clair que ça peut avoir un rôle dans la santé en fait, dans le bien être pour le coup. Donc oui si c'est le cas, dès lors que c'est un médecin qui me le dit je suis plutôt d'accord avec ça. C'est tout à fait au médecin traitant d'évoquer ce sujet. Et d'ailleurs je pense que ça peut être moins..., alors y'a cette relation où on connaît son médecin traitant. Ici, on est dans un endroit où c'est assez petit, comme beaucoup de parties rurales de France d'ailleurs, donc il y a certaines personnes qui, en fonction de l'âge aussi peut être, peuvent avoir peut être une gêne à évoquer ces sujets là avec quelqu'un qu'ils connaissent en fait. Mais néanmoins ça ouvre quand même le dialogue, voilà, ça banalise le dialogue en fait je pense, et ça c'est une bonne chose. Voilà.

LF – Ok, Est-ce que vous pensez qu'on devrait la poser de manière systématique à tous nos patients ?

P3 – Pourquoi pas, franchement, c'est vrai on vous demande si vous allez bien, si vous avez pas mal aux bras, aux jambes, à la tête et pourquoi pas sur cet aspect-là.

LF – Est-ce que si vous aviez un souci d'ordre sexuel vous en parleriez spontanément à votre médecin traitant ?

P3, je ne m'étais jamais posé la question donc non, clairement. Encore une fois je suis assez ouvert à discuter, je pense que j'irais voir un sexologue en fait. C'est concrètement ce que, je pense, la majorité des gens se disent. C'est pour ça, que c'est intéressant de banaliser peut-être ça.

LF - et là le fait qu'on ait abordé le sujet avec vous, est-ce que ça changerait ce point de vue-là, est-ce que vous en parleriez plus spontanément au cabinet ?

P3 – Ben oui pour le coup, oui, clairement. Je peux du moins conclure avec ce que je pense à l'instant T, c'est oui, recommandez, parlez-en à tous vos patients, puisque ça peut leur donner un déclic, ou du moins donner un déclic à une majorité potentielle.

Patient 4 :

Cabinet Dr POMIER – femme – 30 ans – Mariée en couple hétérosexuel

LF- comment vous êtes-vous sentie quand Dr POMIER a abordé le sujet de la sexualité ?

P4 – Alors moi ça me gêne pas du tout d'aborder le sujet de la sexualité, mais je me demandais pourquoi elle me posait cette question.

LF – ça vous a surpris ?

P4 – Non je me demandais pourquoi, après pour une thèse ça ne me gêne pas.

LF – Est-ce que vous avez trouvé la question intrusive ? ou Bienvenue ?

P4 – Non c'est bienvenu, parce que tous les médecins ne vont pas poser cette question.

LF – C'était la première fois ?

P4 – oui

LF – Est-ce que vous pensez que c'est le rôle du médecin traitant de poser cette question-là ?

P4 – Un peu, fin après euh... Je ne sais pas si vraiment le médecin traitant ... Fin pour moi, il faut être spécialisé vraiment dans la sexualité, c'est plus le gynéco qu'il faudrait... Après le médecin c'est très bien qu'il en parle, même de tout hein.

LF – Est-ce que vous pensez que ça devrait être quelque chose qu'on pose systématiquement aux gens ?

P4 – Non je ne pense pas, parce que y'en a qui seraient gênés, je pense que y'en a qui sont gênés.

LF – Et vous si vous aviez un souci d'ordre sexuel est-ce que vous en parleriez spontanément à votre médecin ?

P4 – non

LF – Et le fait qu'on en ait parlé aujourd'hui est ce que ça changerait votre idée dessus ? est-ce que vous en parleriez plus facilement en consultation ?

P4 – Bah peut-être, mais euh fin ... moi je n'ai pas de problème, après si j'avais un problème peut être que j'en parlerai mais là je n'ai pas de problème.

Patient 5 :

Cabinet Dr POMIER – femme – 61 ans – mariée hétérosexuelle

LF – Comment vous êtes-vous sentie quand le Dr POMIER vous a posé la question ?

P5 – Ben comme c'est le médecin qui me suit depuis un moment, à l'aise, puis c'est une femme, je pense que déjà c'est plus facile.

LF – Oui, ça peut être plus simple...

P5 – Oui je pense que face à face avec une femme on est plus à son aise qu'avec un homme, fin pour moi, d'ailleurs c'est pour ça que je suis toujours suivi avec Dr POMIER, et puis encore avant c'était des femmes, sauf mon premier Docteur, c'est lui qui m'a mise au monde, à la Guerinière et que je ne suis pas restée après parce qu'il me foutait la trouille. (rires)

LF – Il vaut mieux bien s'entendre avec son médecin

P5 – quand il ouvrait la porte fallait être derrière hein,

LF – Ah oui ?

P5 – il était grand, impressionnant.

LF- Est-ce que ça vous a surprise quand même cette question ?

P5 – Un petit peu parce que... comme on n'a pas l'habitude d'aborder ce sujet, je ne voyais pas ce que ça venait faire là quoi. Mais après bon ... Ben... au contraire c'est très bien je trouve.

LF – D'accord vous avez trouvé ça plutôt positif ?

P5 – Oui parce que bon moi je n'ai pas de soucis mais la personne qui a un souci, qui n'ose pas en parler, et bien elle peut peut-être ...

LF – ça permettrait d'ouvrir des portes ?

P5 – oui, je pense.

LF – Et vous pensez du coup que c'est le rôle du médecin traitant de poser cette question ?

P5 – Ben ... qui d'autre ? Si on ne voit pas d'autre médecin je ne vois pas euh... Ah moins qu'on aille voir un médecin exprès pour ça mais autrement c'est vrai... moi je trouve ça pas mal.

LF – Est-ce que vous pensez qu'on devrait la poser systématiquement à tous les nouveaux patients qu'on rencontre ?

P5 – oui ce serait bien.

LF – On vous avait déjà posé cette question à vous ?

P5 – Non c'est la première fois.

LF – Si vous aviez vous un souci d'ordre sexuel vous en parleriez spontanément en consultation ?

P5 – non, ce n'est pas ma génération je pense aussi. Je pense avec (entendre pour) mes enfants ce serait peut-être plus facile...

LF – Et là le fait qu'on ait abordé le sujet aujourd'hui, est-ce que ça vous permettrait d'en parler spontanément ou est-ce que ça ne va rien changer ?

P5 – Je ne peux pas vous dire, je ne peux pas vous répondre comme ça. Si ça m'arrive je ne sais pas ce que je ferais.

LF – En tout cas sachez que c'est possible d'en parler au cabinet.

P5 – Voilà.

Patient 6 :

Cabinet Dr POMIER – Femme – 38 ans – mariée hétérosexuelle

LF : comment vous êtes-vous sentie quand le Dr POMIER vous a posé la question de la sexualité ?

P6 : Comme on ne l'a jamais abordée, sur le coup je me suis demandé pourquoi cette question, mais ça ne m'a pas surprise... Fin... je suis vachement à l'aise avec Mme POMIER, donc ça ne m'a pas paru plus choquant que ça.

LF : ça ne vous a pas dérangée ?

P6 : Ah pas du tout

LF : Et vous l'avez trouvée plutôt bienvenue ? Ou c'était intrusif ?

P6 : J'ai trouvé ça bien, parce que c'est vrai que parfois y'a des choses qu'on n'ose pas directement aborder avec le médecin traitant donc pour la pathologie, nan j'ai trouvé ça bien.

LF : Ok, et c'est la première fois qu'on vous posait cette question ou on vous l'avait déjà posée avant ?

P6 : C'est la première fois

LF : Est-ce que vous pensez que c'est le rôle du médecin généraliste d'aborder ce sujet-là ?

P6 : Oui je pense, vis-à-vis des consultations qu'on peut avoir, qui sont parfois gynécologiques, oui je trouve ça bien qu'on pose la question.

LF : Est-ce que vous pensez qu'on devrait poser systématiquement la question à nos patients ?

P6 : Oui, je pense que quand on les sent... Comme moi j'ai eu un problème, pas un problème non plus trop grave mais voilà, des petits soucis, ce n'est pas toujours évident, et je pense qu'il faudrait, quand la personne dit que ça ne va pas ou qu'il y'a un souci, je pense qu'il faudrait aborder le sujet. Ça permet de se libérer, pas longtemps mais au moins voilà ça permet d'avoir le point de vue du médecin sur ce qu'on dit. Et puis là on est en famille, elle nous connaît, c'est intéressant.

LF : Si vous aviez un souci d'ordre sexuel, est-ce que vous en parleriez spontanément à votre médecin ?

P6 : oui je pense

LF : même avant aujourd'hui vous l'auriez fait ?

P6 : même si c'était un rendez-vous que pour ce sujet-là oui je pense que je l'aurais fait.

Patient 7 :

Cabinet Dr POMIER – Homme – 72 ans – marié hétérosexuel

LF : comment vous êtes-vous senti quand le Dr POMIER à abordé la question de votre sexualité ?

P7 : Un peu surpris, parce que depuis toujours c'est la première fois qu'un médecin me pose cette question-là, aborde ce sujet-là.

LF : ça vous a étonné, c'est normal.

P7 : Oui surtout que je n'ai pas l'habitude, alors comme je ne savais pas pourquoi elle m'a posé cette question là... Est-ce que c'est par rapport à vous ou alors est-ce que c'est pour quelque chose qu'elle a vu sur mon comportement, je ne sais pas...

LF : C'est par rapport à moi, c'est moi qui lui ai demandé.

P7 : voilà d'accord, donc c'est pour ça. Non parce que comme j'ai eu quand même des problèmes de prostate alors c'est pour ça, ça pouvait découler de là. Mais c'est vrai que c'est la première fois qu'elle aborde ce sujet-là.

LF : Est-ce que vous avez trouvé que c'était trop intrusif ou que c'était plutôt bienvenu ?

P7 : Ben non, écoutez c'était... A la limite c'est le rôle d'un médecin... Pourquoi pas. C'est vrai que même malgré tout avec les problèmes que j'ai à ce niveau là j'étais surpris que personne n'en parle jusqu'à maintenant.

LF : Est-ce que vous pensez qu'on devrait poser la question systématiquement à nos patients ?

P7 : Je pense oui, parce que bon, elle m'a suggéré certaines choses que je n'avais pas pensé et peut être que

LF : oui, qui pourraient vous être utiles ?

P7 : oui voilà

LF : Et du coup vous spontanément vous n'en auriez pas parlé à un médecin si vous aviez des problèmes d'ordre sexuel ?

P7 : Ben écoutez non parce que bon... Malgré tout on vit dans une situation à laquelle on s'accommode tant que y'a pas de douleur, y'a pas de ceci y'a pas de cela... Bon... La vie c'est comme ça, on tombe dans une routine et puis on laisse faire quoi.

LF : Et maintenant qu'on a abordé le sujet avec vous, si vous aviez des problèmes d'ordre sexuel est-ce que vous parleriez plus spontanément ?

P7 : Je pense oui, surtout avec quelqu'un qui m'en a parlé la première fois, oui pourquoi pas au contraire. On est plus à l'aise ça c'est sur.

Patient 8 :

Cabinet Dr POMIER – Femme – 83 ans – Mariée hétérosexuelle

LF : Comment vous êtes-vous sentie quand le Dr POMIER a abordé le sujet de votre sexualité dans la consultation ?

P8 : Oui, c'est ça, bah ça m'a fait rire. J'ai ri parce que j'ai dit « écoutez, y'a un âge pour tout, maintenant c'est autre chose, on a tous nos souvenirs ensemble et puis voilà, au bout de 60 ans », je vais vous dire...

LF : Oui j'imagine que ça change

P8 : On a vécu toute notre vie ensemble, on a tout fait ensemble, maintenant ce n'est peut-être pas tout le monde, y'en a qui ont plusieurs...

LF : Est-ce que ça vous a surpris qu'elle aborde le sujet ?

P8 : Vous savez maintenant on est surpris de rien du tout, parce qu'on voit et on entend tellement de choses que ... Faut s'attendre à tout. On est vraiment une autre génération. Maintenant est-ce qu'ils sont plus heureux ça je ne sais pas... Parce que je le vois, j'ai eu mes enfants, déjà mes enfants c'était la même chose, ils se sont mariés, leur ménage tient tout le temps, puis mes petits enfants, puis maintenant j'ai mes arrières petits enfants, mais bon ... ils ont été élevés quand même ... parce que ça dépend de comment on a été élevé et de la famille.

LF : Oui il y a des choses qui changent... Est-ce que vous pensez que c'est le rôle du médecin généraliste de parler de la sexualité avec ses patients ?

P8 : Surement, pour ceux qui ont des problèmes, parce qu'il y a surement des gens qui ont des problèmes, oui peut être. Et quand ça se passe bien ... Et puis à notre âge l'amour c'est de rester le plus longtemps ensemble et puis de recevoir nos enfants et nos petits enfants, c'est notre bonheur.

LF : Avant si vous aviez eu un problème d'ordre sexuel est-ce que vous en auriez parlé spontanément ?

P8 : Avant... On n'en parlait pas, à 20 ans, quand on était jeune, on n'en parlait pas. Alors après c'est quand même mieux maintenant mais à 20 ans on ne parlait pas de ça avec personne. Même pas avec les parents. C'était un sujet... Mais nous avec nos parents c'était quand même assez évolué sur le sujet. Mais à l'époque avec mes copines et tout y'en a c'était vraiment ... Oh ça remonte loin tout ça.

LF : Est-ce que vous pensez qu'on devrait nous poser la question systématiquement à tous nos patients ? Pour ouvrir le sujet ?

P8 : Je ne sais pas... pour les jeunes. Je ne sais pas. Ce n'est pas rigolo les jeunes, finalement nous on a eu une plus belle vie qu'eux, enfin qu'ils auront, parce que je ne sais pas s'ils sont heureux vraiment. Je ne sais pas. Moi je le vois avec mes petits-enfants... Alors pff ... [...] La famille, c'est la famille qui n'est pas ... la sexualité bon..., tout le monde arrive à le faire à gauche à droite mais la famille c'est foutu... c'est autre chose, enfin s'ils sont heureux...

LF : Je pense qu'on est tous différent sur notre façon d'aborder la vie, et c'est important que chacun fasse ce qui est bon pour lui.

P8 : [...]

Patient 9 :

Cabinet Dr POMIER – Homme – 87 ans – veuf hétérosexuel

LF : Comment vous êtes-vous senti quand le Dr POMIER a abordé le sujet de la sexualité ?

P9 : Rien de particulier

LF : Est-ce que ça vous a surpris ?

P9 : Oui, peut être oui, parce que je ne vois pas exactement en quoi ça peut intéresser. Je veux dire que pour moi la sexualité à mon âge c'est quelque chose qui n'existe plus.

LF : Vous ne pensiez pas qu'on pourrait vous en parler.

P9 : oui...

LF : Est-ce que vous avez trouvé que la question était intrusive ou bienvenue ?

P9 : J'ai trouvé ça étonnant.

LF : Est-ce que c'est la première fois qu'un médecin vous pose la question ?

P9 : Non, tous ceux qui m'ont traité pour le cancer de la prostate m'en ont parlé, bien sur.

LF : D'accord. Est-ce que vous pensez que c'est le rôle du médecin généraliste de poser la question à ses patients ?

P9 : Ca dépend pourquoi, il faut qu'il y ait une raison je pense quand même.

LF : vous ne pensez pas que ce serait quelque chose à faire systématiquement ?

P9 : Ca dépend peut-être... Je ne sais pas, je n'ai pas d'idée sur la question.

LF : Si vous aviez un souci d'ordre sexuel, est-ce que vous en parleriez spontanément ?

P9 : Peut-être... oui...

LF : Vous ne savez pas trop ?

P9 : Je peux difficilement le dire parce que je n'ai pas soucis.

LF : Le fait qu'on en ait parlé aujourd'hui, est-ce que ça ouvre un peu plus de portes pour vous ? Est-ce que vous en parleriez plus facilement ?

P9 : non, enfin ni oui ni non.

Patient 10 :

Cabinet Dr POMIER – homme – 81 ans – marié hétérosexuel

LF : Qu'est-ce que vous avez ressenti quand le Dr POMIER vous a posé la question de la sexualité ?

P10 : Surpris qu'elle m'en parle parce que ce n'est généralement pas quelque chose qui est abordé. Mais voilà, pas plus que ça, c'est normal qu'un médecin s'inquiète de ces choses-là aussi. Surpris que ça vienne dans cette visite mais je ne suis pas surpris qu'un médecin me pose cette question-là.

LF : Vous n'avez pas trouvé la question trop intrusive ?

P10 : Non pas du tout

LF : C'était donc plutôt bienvenue en fait ?

P10 : Oui

LF : Est-ce que c'était la première fois qu'on vous la posait ?

P10 : Oui, ce n'est pas très fréquent. Je ne sais pas si c'était la première fois mais même de moi-même j'ai jamais parlé de ça à qui que ce soit.

LF : Après la discussion qu'on a eu aujourd'hui, si jamais vous aviez un problème d'ordre sexuel plus tard est-ce que vous en parleriez avec votre médecin ?

P10 : Oui, je ne serais pas gêné pour ça, mais arrivé à mon âge, des problèmes de sexualité on n'en a plus beaucoup. C'est ça le problème, je voudrais bien en avoir encore.

LF : Est-ce que vous pensez que dans le cabinet on devrait poser systématiquement la question de la sexualité aux patients ?

P10 : Je ne sais pas quoi vous répondre. Pas forcément, c'est une activité médicale comme une autre, le médecin peut s'inquiéter de savoir si tout ça fonctionne pour le patient, c'est comme autre chose.. Je pense que oui, à la limite, ça peut être une bonne question. Surtout qu'en général ce sont des choses dont on ne parle pas souvent et ce n'est pas le patient qui va prendre l'initiative de ça dont c'est bien que ce soit le médecin qui déclenche la chose. Parce qu'il y a des choses à dire quelques fois.

Patient 11 :

Cabinet Dr POMIER – Femme – 19 ans – concubinage hétérosexuelle

LF : Qu'est-ce que vous avez ressenti quand le Dr POMIER à abordé le sujet de la sexualité ?

P11 : Assez gênant, parce que je n'ai pas l'habitude de parler de ça. Mais sinon ça va, je ne suis pas trop gênée, je n'ai pas de soucis avec ça donc ça ne m'a pas vraiment gênée.

LF : Est-ce que au final c'était trop intrusif ou bienvenue comme question ?

P11 : Si, c'est bienvenue mais c'est juste que ça choque un peu. Mais c'est bien d'en parler et de ne pas avoir de tabou sur ça.

LF : Est-ce que c'était la première fois qu'on vous posait la question ?

P11 : Oui

LF : Est-ce que vous pensez que c'est le rôle du médecin généraliste de poser la question ?

P11 : Oui c'est bien mais peut-être pas trop rentrer dans les détails non plus... Je ne sais pas... C'est parce que je n'ai pas l'habitude d'en parler, du coup avec le médecin je ne sais pas mais ma médecin je la connais donc je peux parler de tout avec. Mais ça aurait été un autre médecin ça m'aurait trop gênée.

LF : Est-ce que vous pensez qu'on devrait poser la question de manière systématique aux patients ?

P11 : Oui, je pense

LF : Si vous aviez eu un problème d'ordre sexuel, est-ce vous en auriez parlé spontanément à votre médecin ?

P11 : Je ne sais pas. Puisque je n'ai pas de problème je ne me sens pas gênée ni rien mais si j'avais eu quelque chose je n'aurais pas forcément voulu le dire.

LF : Et le fait que là on en ait parlé aujourd'hui, est-ce que ça vous permettra d'en parler si jamais ça vous arrive ?

P11 : Oui, je pense que oui, ça peut aider.

Patient 12 :

Cabinet Dr POMIER – femme – 76 ans – célibataire hétérosexuelle

LF : Comment vous êtes-vous sentie quand Dr POMIER vous a posé la question de la sexualité ?

P12 : Comme je lui ai dit, comme c'est elle qui me l'a posée ça ne m'a pas gênée.

LF : Est-ce que ça vous a surpris ?

P12 : Un peu oui, bien sûr parce que je viens pour le dos et puis tout d'un coup elle me pose cette question. Mais bon voilà, fin ça ne m'a pas...

LF : Oui, ça ne vous a pas dérangée. Vous n'avez pas trouvé ça trop intrusif ?

P12 : Non, enfin à mon âge maintenant... Si vous voulez... enfin non.

LF : D'accord, est-ce que vous étiez finalement plutôt contente qu'on vous pose la question ?

P12 : Oui, plutôt contente finalement, parce que bon après tout... voilà, c'est quand même bien qu'un médecin s'intéresse à votre vie, à la sexualité. Mais aussi parce que c'est le Dr POMIER, ça dépend du médecin.

LF : Oui, parce que c'est votre médecin traitant.

P12 : Oui et puis ça pourrait être un médecin traitant qui soit plus rigide... Plus... Si c'était un homme ce serait peut-être plus gênant, je n'en sais rien.

LF : Et vous pensez que c'est le rôle du médecin traitant de poser cette question ?

P12 : Oui ! Ou le gynécologue. Mais je pensais que c'était pour autre chose... Qu'elle me trouvait peut-être... Voilà... (Rires)

LF : Est-ce que vous pensez qu'on devrait poser systématiquement la question à nos patients ?

P12 : Alors ça je ne sais pas... Peut-être chez le gynéco... Et encore, non, plutôt un psy quoi ! Et le médecin traitant tout dépend des relations qu'il a avec ses patients et puis il sent s'il peut poser la question ou pas je pense.

LF : Est-ce que c'était la première fois qu'on vous posait cette question ?

P12 : non, je pense qu'un gynécologue me l'a déjà posée.

LF : Si vous aviez un problème d'ordre sexuel, est-ce que vous en parleriez spontanément à votre médecin ?

P12 : Oui, je pense, ça dépend de la relation de confiance qu'on a avec.

LF : Et le fait que le Dr POMIER ait ouvert le sujet aujourd'hui, est-ce que ça facilitera pour vous l'abord du sujet ?

P12 : Oui bien sûr, si c'est elle qui en parle en premier, pourquoi pas se confier le jour où y'a un problème. Enfin bon moi à mon âge si vous voulez...

LF : Tout est possible...

P12 : (rires) oui tout est possible. Voilà.

Patient 13 :

Cabinet Dr POMIER – femme – 93 ans – veuve hétérosexuelle

LF : Comment vous vous êtes sentie quand le Dr POMIER a abordé le sujet de la sexualité ?

P13 : J'ai trouvé ça normal.

LF : Ah ! Vous avez trouvé ça normal, très bien, et vous avez trouvé ça bien qu'elle aborde le sujet ?

P13 : Ben oui, mais personne ne m'en parle, j'entends les conversations des plus jeunes mais c'est tout. Je n'avais jamais parlé de ça à qui que ce soit.

LF : C'était la première fois qu'un médecin vous posait la question ?

P13 : Mon médecin euh... C'était un gériatre à Cannes, il me faisait prendre de l'OVESTIN, donc il me surveillait beaucoup, il regardait toujours ma poitrine pour surveiller le risque de cancer à chaque fois. [...]

LF : Vous pensez que c'est normal que le médecin traitant pose la question de la sexualité ?

P13 : Pourquoi pas, on peut avoir des problèmes, même des personnes qui sont plus âgées. Et puis en général à la campagne ici on n'ose pas trop en parler. Les gens sont assez secrets [...]. Il ne faut jamais dire. Alors que moi je parlais assez librement avec mes amis à Cannes.

LF : C'était quelque chose d'assez ouvert ?

P13 : Oui, donc ça ne m'a pas étonnée. Ça m'aurait plus surpris qu'elle ne m'en parle pas.

LF : Est-ce que vous pensez qu'on devrait poser systématiquement la question à tout le monde ? En tant que médecin généraliste.

P13 : La question ce n'est pas facile à poser parce que pour certaines personnes oui, et puis pour d'autres ça ne doit pas être évident. Donc il y a une manière sûrement pour amener la question.

LF : Est-ce que si vous aviez un problème d'ordre sexuel vous en parleriez à votre médecin traitant ?

P13 : Oui mais maintenant je n'ai plus mon mari alors... bon. J'ai eu trois maris ça me suffit, je ne vais pas en chercher un quatrième qui serait vieux, moche et incapable de faire quoi que ce soit de bien, donc merci, ça va comme ça !

Patient 14 et 15 :

Cabinet Dr POMIER – Consultation en couple – Femme 73 ans et Homme 75 ans – mariés hétérosexuels.

LF : Qu'est-ce que vous avez ressenti quand le Dr POMIER a abordé le sujet de la sexualité ?

P14 : J'étais un petit peu étonnée, mais enfin bon...

LF : C'est la surprise qui est venue en premier ?!

P15 : Oui, à nos âges, c'est l'âge qui m'a étonné. On m'aurait demandé ça il y a 20 ans, 30 ans, j'aurais pu... Tandis que là, on est passé à autre chose et puis c'est tout.

LF : Et finalement vous l'avez vécu comment ? Est-ce que vous avez trouvé ça intrusif ou c'était plutôt bienvenu ?

P15 : De mon côté je n'ai pas d'érection, et quand il n'y a pas d'érection il n'y a pas d'érection. On avait essayé avec Dr POMIER il y a 3 ou 4 ans du Cialis et ça n'avait pas marché. Il fallait attendre deux ou trois jours et puis en fin de compte avant d'attendre ces

deux, trois jours, j'ai eu très mal dans les jambes, alors donc j'ai abandonné. Et après n'ayant plus de... Bon voilà, ça s'est perdu au fond du truc et puis voilà.

P14 : On a oublié.

LF : Est-ce que vous pensez que c'est le rôle du médecin traitant de poser la question de la sexualité à ses patients ?

P15 : Je ne sais pas, mais d'un côté si on a des questions à poser, on les pose, si les personnes sont demandeuses oui. Il faut d'abord parler de ça avec son médecin traitant plutôt que d'aller voir un sexologue et cetera, c'est vrai.

P14 : Pourquoi pas, la question peut se poser. C'est un sujet qu'il faut aborder comme un autre.

LF : Du coup vous pensez qu'on devrait la poser de manière systématique à tous nos patients ?

P15 : Peut-être, je ne sais pas. Mais peut être individuellement parce que en couple il risque d'y avoir des tabous. Mais chacun répondant sous l'anonymat comme chez un toubib pourquoi pas.

P14 : Oui effectivement, en couple on n'ose peut-être pas dire les choses devant l'autre.

P15 : Oui parce que le gars qui a une maîtresse il ne va pas dire « avec ma femme non mais sinon ça marche bien. ». Mais d'un autre côté, le fait que le médecin s'en préoccupe et même demande quand il est seul avec l'individu, c'est peut-être bien parce que les gens eux n'oseraient peut-être pas.

LF : Le fait que le Dr POMIER ait abordé le sujet avec vous, est-ce que ça vous permettra après d'aborder le sujet plus facilement ?

P14 : Non, on a fait une croix là-dessus.

P15 : Non, mais je vous dis, enfin pour elle (P14) peut être que ça pourrait jouer, mais pour moi à partir du moment où il n'y a plus d'érection ça ne va pas loin. Non trop tard, trop tard, vingt ans trop tard, non j'exagère, dix ans trop tard.

Patient 16 :

Cabinet Dr POMIER – homme – 87 ans – marié hétérosexuel.

LF : comment vous êtes-vous senti quand le Dr POMIER a abordé le sujet de la sexualité ?

P16 : Un peu étonné parce que à notre âge on peut dire que la sexualité... bon... On n'en parle plus quoi. Ca n'a rien à voir avec l'amour qu'on peut avoir avec son conjoint. Ca ne peut pas être ce qui a été quoi.

LF : Non, il y a forcément des choses qui changent. Et est-ce que vous avez trouvé cette question intrusive ou bienvenue ?

P16 : Non, disons que ça a dérivé lentement, sans complications.

LF : Est-ce que vous pensez que c'était le rôle du médecin traitant de vous poser la question de la sexualité ?

P16 : A mon âge j'ai trouvé ça un peu bizarre, mais on sait très bien qu'on ne s'appelle pas Charli Chaplin... Voilà.

LF : Donc pour vous on pourrait en parler mais plutôt avec des patients plus jeunes ?

P16 : Je pense, à partir du moment où ça n'existe plus pratiquement...

LF : Est-ce que si vous aviez eu un souci d'ordre sexuel vous en auriez parlé spontanément à votre médecin ?

P16 : Ah oui ! Si y'avait eu un souci on en aurait parlé.

LF : Est-ce qu'on vous avait déjà posé la question de votre sexualité en cabinet ?

P16 : Non jamais. Puis, nous, on n'a jamais posé la question non plus.

LF : Vous auriez aimé qu'on vous la pose ?

P16 : Ben... non, non parce qu'on n'a jamais eu de soucis. Ça fonctionnait très bien.

Patient 17 :

Cabinet Dr POMIER – femme – 45 ans – concubinage hétérosexuelle

LF : Comment vous êtes-vous sentie lorsque le Dr POMIER vous a posé la question de la sexualité ?

P17 : J'ai été étonnée parce qu'en fait je ne m'y attendais pas, je ne venais pas pour ça, donc voilà, j'étais étonnée. Mais c'est vrai qu'on en parle très peu.

LF : Avec le Dr POMIER ?

P17 : Même pas forcément qu'avec le Dr POMIER mais c'est qu'on ne vient pas consulter pour ça, je pense qu'on n'aborde jamais le sujet.

LF : Et finalement vous avez trouvé ça comment ?

P17 : Je trouve ça bien moi.

LF C'est la première fois qu'on vous pose la question en cabinet comme ça ?

P17 : Oui

LF : Est-ce que vous pensez que c'est le rôle du médecin traitant de poser cette question ?

P17 : Oui, moi je trouve que oui.

LF : Et vous pensez qu'on devrait la poser systématiquement ?

P17 : Oui, parce que je pense que beaucoup de femmes arrivées à 45 - 50 ans n'osent pas aborder forcément... Oui je trouve c'est bien.

LF : Si vous aviez un problème d'ordre sexuel est-ce que vous en parleriez spontanément à votre médecin ?

P17 : Il faudrait vraiment que dans ma vie ça me gêne. Il faudrait que ça me gêne au quotidien. Sinon je pense que non.

LF : Et le fait qu'on en ait parlé aujourd'hui, est-ce que ça vous aiderai à aborder le sujet si jamais ça devenait un problème ?

P17 : Ah oui ! Comme c'est une femme, ça serait plus facile aussi.

Patient 18 :

Cabinet Dr LUGHERINI – Homme – 33 ans – concubinage hétérosexuel

LF – Comment vous êtes-vous senti lorsque le Dr LUGHERINI vous a posé la question de la sexualité ?

P18 : Surpris parce que je ne venais pas pour ça.

LF : Vous avez plutôt bien reçu la question ou c'était trop intrusif ?

P18 : Ca m'a fait rigoler en fait, je me suis senti comme au lycée quand on parlait de sexualité.

LF : C'est la première fois qu'on vous posait la question ?

P18 : Oui

LF : Est-ce que vous pensez que c'est le rôle du médecin traitant de poser cette question ?

P18 : Oui, oui je pense parce que je ne vois pas à qui d'autre on pourrait en parler sinon.

LF : Vous pensez qu'on devrait la poser de manière systématique ?

P18 : Oui, je pense que ce serait pas mal.

LF : Est-ce que si vous aviez un souci d'ordre sexuel vous en parleriez spontanément à votre médecin traitant ?

P18 : Ca dépend, ça dépend du problème, pas forcément.

LF : Est-ce que maintenant que le Dr LUGHERINI a abordé le sujet avec vous vous viendriez en parler spontanément si vous aviez un problème ?

P18 : Oui je pense, c'est bien de savoir qu'on peut venir en parler au cabinet.

Patient 19 :

Cabinet Dr LUGHERINI – Homme – 33 ans – concubinage hétérosexuel

LF : Ce matin le Dr LUGHERINI a abordé le sujet de la sexualité, comment vous êtes-vous senti quand elle a abordé ce sujet-là ?

P19 : J'ai eu l'impression qu'elle me prenait pour un homosexuel justement.

LF : ok.

P19 : C'est tout, ouais, c'est l'impression que ça m'a donné.

LF : Et finalement cette question vous l'avez trouvée un peu intrusive ou c'était quand même bien venu ? Vous vous êtes senti comment dans la suite de l'entretien ?

P19 : Je ne sais pas trop répondre, il y a deux ans je l'avais déjà vu et elle m'avait prescrit pleins de tests, notamment le VIH, et elle me l'a à nouveau prescrit aujourd'hui, ça m'a aussi un peu orienté à penser ça. Mais bon... Je ne sais plus, c'était quoi la question ?

LF : La question à la base c'était par rapport à votre ressenti, si c'était trop intrusif ou si c'était quand même bienvenu de pouvoir parler de ce sujet-là en consultation ?

P19 : Si, c'est bienvenu, je ne m'y attendais pas non plus mais si c'est bien.

LF : Est-ce que c'était la première fois qu'on vous la posait ?

P19 : Oui

LF : Est-ce que vous pensez que c'est le rôle du médecin traitant de poser cette question ?

P19 : Au premier abord non... enfin je n'y pensais pas mais maintenant qu'elle l'a posée oui, pourquoi pas.

LF : Est-ce que vous pensez que dans le suivi d'un patient on devrait poser la question de manière systématique ?

P19 : Je sais pas, je ne peux pas vous répondre.

LF : Est-ce que si vous aviez un souci d'ordre sexuel vous en parleriez spontanément à votre médecin ?

P19 : non

LF : Et le fait qu'elle vous en ait parlé aujourd'hui est-ce que ça vous permettrait d'en parler à l'avenir plus facilement ?

P19 : Peut-être... Oui, peut-être mais il faudrait déjà avoir un problème bien spécifique. Parce que si on a un problème d'ordre sexuel on peut aussi aller faire une thérapie de couple, plus vite qu'aller voir son médecin, je ne sais pas.

Patient 20 :

Cabinet Dr LUGHERINI – Femme – 20 ans – concubinage hétérosexuelle

LF : Ce matin le Dr LUGHERINI a abordé le sujet de la sexualité, comment vous êtes-vous sentie quand elle a abordé ce sujet-là ?

P20 : Normal, j'étais un peu choquée parce que je ne savais pas du tout pourquoi elle me posait cette question-là mais comme après j'ai compris, ça allait.

LF : Et finalement, le fait d'aborder ce sujet-là vous avez trouvé ça trop intrusif ou plutôt bienvenu ?

P20 : plutôt bienvenu.

LF : D'accord, c'était la première fois qu'on abordait ce sujet-là avec vous en consultation ?

P20 : Non je ne pense pas, on m'en avait déjà parlé, le médecin traitant vers le Mans, à l'occasion de la prescription de la contraception.

LF : D'accord, est-ce que vous pensez que c'est le rôle du médecin traitant de poser cette question ?

P20 : Oui, pour moi c'est un médecin donc il saurait nous renseigner.

LF : Est-ce que vous pensez que dans le suivi d'un patient on devrait poser la question systématiquement au moins une fois ?

P20 : Oui je pense que ce serait bien parce que pour certaines personnes peut être que ce n'est pas facile, peut-être qu'ils n'en parlent pas, jamais.

LF : Et si vous vous aviez des problèmes d'ordre sexuel est-ce que vous en parleriez spontanément à votre médecin ?

P20 : Oui.

LF : Est-ce que ça a changé quelque chose qu'on vous pose la question aujourd'hui ou c'était déjà le cas avant ?

P20 : Non du tout, ça n'a rien changé.

Patient 21 :

Cabinet Dr LUGHERINI – Femme – 26 ans – concubinage hétérosexuelle

LF : Ce matin le Dr LUGHERINI a abordé avec vous le sujet de la sexualité, comment vous êtes-vous sentie quand elle a abordé ce sujet-là ?

P21 : Assez surprise parce que c'était une question hors contexte. Mais pas mal à l'aise, plutôt... J'ai trouvé ça bien qu'elle aborde la question et qu'elle dise qu'au cabinet ils faisaient ce genre de consultations.

LF : Est-ce que vous pensez du coup que c'est le rôle du médecin traitant de poser cette question-là ?

P21 : Le médecin traitant il fait vraiment de tout. Quand on le voit il fait les fractures, les enfants, il fait tout, donc je ne vois pas pourquoi il ne pourrait pas traiter de cette question, sachant que comme les patients connaissent bien leur médecin traitant c'est parfois plus facile que d'aller voir un autre professionnel. Donc je pense que ça peut débloquent certaines personnes qui n'ont pas le temps ou qui ont besoin de le cacher, mais je trouve ça bien oui.

LF : Vous pensez qu'on devrait la poser de manière systématique à tous nos patients au moins une fois dans le suivi ?

P21 : Je pense que une fois c'est bien, après je pense qu'il y a beaucoup de gens qui seraient un peu gênés, parce que c'est tabou, mais je trouve ça bien, ça peut débloquent.

LF : Est-ce que c'était la première fois qu'on vous posait la question ?

P21 : oui

LF : Si vous aviez eu un problème d'ordre sexuel est-ce que vous en auriez parlé spontanément à votre médecin ?

P21 : Peut-être pas dans ce contexte là aujourd'hui, parce que là il y avait une interne et puis la médecin je ne la connais pas encore très bien. Mais peut être dans une autre consultation oui si j'avais des problèmes.

LF Le fait qu'elle en ait parlé aujourd'hui est-ce que ça facilite pour vous l'ouverture de la discussion ?

P21 : Oui, je pense que oui, ce serait plus facile. C'est assez difficile je pense d'aborder ça avec un professionnel, même si c'est quelqu'un qui a assez l'habitude, donc là au moins on sait que le médecin est ouvert, qu'il a sûrement des compétences pour voir ça donc oui, c'est une bonne chose.

Patient 22 :

Cabinet Dr DELANSORNE – Homme – 63 ans – Divorce hétérosexuel

LF : Donc c'est vous qui avez abordé le sujet de la sexualité dans la consultation ?

P22 : Tout à fait oui, par rapport à un besoin qui risque de se faire ressentir très prochainement car dans l'aventure qui m'arrive, dans le contexte actuel de mon divorce qui va arriver et puis de la fracture qui est la mienne, bon, depuis les mois qui se sont passés, les premiers mois m'ont servi à intégrer et assimiler cette structure parce que c'est vraiment une déchirure et puis maintenant j'ai fait preuve de résilience, je suis à nouveau... Comment, dire, ça y est j'ai fait mon deuil de l'histoire passée et puis donc dans une perspective assez proche je crois que j'ai rencontré une personne avec qui l'acte sexuel peut intervenir rapidement et j'ai exprimé au Docteur Delansorne mon souhait de ne pas louper ce rendez-vous si vous voulez.

LF : Pour vous ça a été facile d'aborder ce sujet avec votre médecin traitant ?

P22 : On a établi des liens avec Fanny Delansorne qui sont assez proche puisque lorsque la rupture m'a frappée de plein fouet elle a été une des personnes qui m'ont sauvé. Sauvé vraiment parce qu'elle a été à l'écoute. Mon frère est venu la voir en catastrophe, il en a parlé à Fanny Delansorne, je pensais même pas qu'on pouvait. Moi j'étais tellement dans le trou que je pensais pas qu'on puisse avoir le soutien de notre doctoresse. Et puis Fanny a trouvé les mots pour me requinquer, me permettre de passer ces quelques heures au cours desquelles j'aurais pu faire vraiment des choses plus graves et définitives. Déjà c'était notre médecin traitant donc j'avais confiance en elle, mais là encore plus, elle est au courant de mon histoire, elle y a participé vraiment activement dans la mesure où elle a repris son téléphone, elle m'a rappelé, enfin bref... Et donc c'est vrai que je suis en confiance et je ne place pas ma pudeur à cet endroit-là donc je me dis que si ce n'est pas dans le cadre d'un cabinet médical entre quatre murs avec une personne en face de moi qui connaît ma problématique et puis qui est tenue par le secret professionnel, à qui est-ce que je pourrais en parler... Donc voilà, je me suis lancé à l'eau mais avec une relative confiance quand même. Je savais qu'elle allait être à l'écoute.

LF : Est-ce que ça vous aurait aidé qu'elle aborde le sujet d'elle-même lors d'une autre consultation ? Qu'elle puisse ouvrir le sujet ?

P22 : Je pense que j'aurais peut-être été moins ciblant dans mes questions. Si le propos avait émané d'elle, je n'en aurais peut-être parlé d'une manière un petit peu plus globale, j'aurais moins centré ma réflexion si vous voulez. J'aurais peut-être dit « ouais oh bah c'est pas top et puis en ce moment avec mon histoire... » Enfin je n'aurais peut-être pas été aussi intime dans mes remarques. Mais tandis qu'en abordant moi-même le sujet, je savais les questions précises que je voulais lui poser, je ne savais pas les réponses qu'elle allait pouvoir y apporter mais moi j'étais clair dans les questions et dans l'actualité. Autrement cela aurait été plus diffus. Donc moi j'ai autant aimé que ce moi qui aborde le sujet, mais pour mon histoire personnelle.

LF : Donc pour vous ça peut être un rôle du médecin traitant de parler de la sexualité en consultation ?

P22 : ... Ca peut, oui ça peut être révélateur de certaines... Vous savez moi je n'ai pas trop de tabous enfin je ne crois pas en avoir sur ce sujet-là, mais je sais que ça peut être un moyen d'aborder des choses que certaines personnes n'oseraient pas aborder oui.

Aparté : ce patient m'a rappelée plus tard dans la journée de recrutement pour me signaler qu'il pensait que l'abord de la sexualité pouvait changer en fonction du sexe du médecin.

Patient 23 :

Cabinet Dr DELANSORNE - Femme – 68 ans – Mariée hétérosexuelle – consultant pour un renouvellement d'ordonnance –

LF : Le Docteur Delansorne a abordé avec vous le sujet de la sexualité lors de la consultation, comment vous vous êtes sentie quand elle a abordé ce sujet-là ?

P23 : Ca ne m'a pas gênée, absolument pas, non non, c'est tout à fait normal vis à vis d'un docteur.

LF : C'était la première fois qu'on vous en parlait comme ça, en consultation ?

P23 : Oui.

LF : Est-ce que cela vous a surpris ?

P23 : Non pas spécialement, disons que... Non, le docteur a su amener ça gentiment en disant « on n'a pas l'habitude d'en parler mais maintenant... voilà... ».

LF : Donc vous n'avez pas trouvé ça intrusif ?

P23 : non, ni gênant, non non, j'ai répondu franchement.

LF : Donc pour vous ça fait partie du rôle du médecin traitant de parler de ce sujet ?

P23 : Tout à fait, pour moi oui.

LF : Est-ce que si vous aviez eu un problème de sexualité vous en auriez parlé spontanément en consultation ?

P23 : ... Pas spécialement, non.

LF : Qu'est qui vous en aurait empêché ?

P23 : Parce que je trouve que c'est personnel et je trouve qu'on doit déjà en discuter avec son conjoint ou sa conjointe et puis voir si ça peut s'arranger, et puis sinon après... Mais au médecin traitant peut-être pas non.

LF : Et le fait qu'elle ait ouvert la porte hier, est-ce que ça pourrait changer cette vision et faire que vous en parleriez un peu plus ?

P23 : Avec le Docteur ? ... Oui. Bon je n'ai pas spécialement de problème mais il n'y a plus rien depuis deux trois ans, ça ne gêne ni l'un ni l'autre.

LF : C'est ça qui est important, que tout le monde soit d'accord.

P23 : Exactement.

Patient 24 :

Cabinet Dr DELANSORNE – Homme – 37 ans – Marié hétérosexuel – consultant pour un renouvellement.

LF : Le Docteur Delansorne a abordé avec vous le sujet de la sexualité, comment vous vous êtes senti quand elle vous a parlé de ça ?

P24 : {rire gêné} Pas à l'aise... On n'est pas à l'aise à parler de ça non plus c'est sûr. Après ça dépend.

LF : Est-ce que c'était la première fois qu'on vous posait la question dans un cabinet ?

P24 : Oui.

LF : Est-ce que pour vous la question a été trop intrusive ? Ou c'était bienvenue qu'on vous parle de sexualité ?

P24 : Non ce n'était pas intrusif. Si on veut on dit rien.

LF : Vous avez trouvé ça plutôt bien du coup qu'elle puisse en parler ?

P24 : Oui.

LF Est-ce que pour vous c'est le rôle du médecin traitant de parler de sexualité au cabinet ?

P24 : Je ne sais pas... Je ne sais pas trop... Ça peut en faire partie, je ne sais pas, ce n'est pas habituel mais oui, Ça peut en faire partie.

LF : Est-ce que vous pensez qu'on devrait poser la question de manière systématique à nos patients ?

P24 : Ça dépend des gens, c'est ça le truc, Y'en a qui {Enregistrement mal passé – mais voulait dire que ça pourrait déranger certains patients.}. Après c'est ma vision des choses.

LF : oui, c'est ça qui m'intéresse.

P24 : Oui, du coup ça dépend à qui, quel type de personne. Moi je suis plutôt cool mais y'en a peut-être que ça gênerait ou... Je ne sais pas.

LF : Vous pensez que ça dépend aussi de la relation avec le médecin ?

P24 : Oui, oui oui, ça c'est sûr, parce que là je m'entends bien avec et elle me connaît bien, y'a ça aussi.

LF : Est-ce que vous si vous aviez eu un problème sexuel vous en auriez parlé spontanément avec le médecin ?

P24 : Non ! Un problème dans le couple peut-être mais pas sexuel.

LF : Ça vous aurait gêné d'aborder ce sujet-là ?

P24 : Oui.

LF : Est-ce que le fait que ce soit elle qui ait ouvert la question ça vous permettrait d'en reparler si vous aviez besoins ?

P24 : Oui, plus facilement c'est sûr.

LF : Ça vous a permis de voir que elle était capable de recevoir cette demande-là ?

P24 : Oui.

Patient 25 :

Cabinet Dr DELANSORNE - Homme – 84 ans – Marié hétérosexuel – consultant pour un renouvellement d'ordonnance.

LF : Le Docteur Delansorne a abordé le sujet de la sexualité hier en consultation, comment vous vous êtes senti quand elle en a parlé ?

P25 : J'ai trouvé ça normal, y'a rien de particulier. Même si c'est un sujet qui n'est pas abordé régulièrement ni facilement, bon y'a rien de spécial à parler de sexualité. Personnellement si vous voulez... Bon lorsque tout d'un coup quelqu'un vous parle de sexualité on trouve ça curieux mais en réalité c'est un sujet tout à fait normal. Elle me parlait de ça de prime abord mais comme c'est un sujet qui est abordé pour la première fois... On est un peu surpris mais c'est normal c'est un sujet comme un autre.

LF : Il n'y avait aucun autre médecin qui vous avait posé la question avant ?

P25 : Non, maintenant que vous me le dites... C'est vrai, jamais un médecin ne m'a parlé de sexualité et c'est quand même curieux. C'était la première fois.

LF : Et donc vous n'avez pas trouvé que cette question était trop intrusive.

P25 : Non, mais si vous voulez... Vous parlez à votre médecin et tout... et tout d'un coup il vous dit « Je dois vous parler d'un sujet personnel... » Alors ça surprend un peu... Mais c'est un sujet comme un autre.

LF : Et vous avez trouvé ça bien de pouvoir en parler au cabinet ?

P25 : Oui, ni bien ni mal, j'ai trouvé ça normal.

LF : Est-ce que vous pensez que c'est le rôle du médecin traitant de parler de sexualité ?

P25 : Ah Oui ! Alors là je pense que oui, parce que si vous voulez, quand on y réfléchit, comme là on en parle, je pense que la sexualité est quelque chose de très important aussi bien pour la santé corporelle que pour la santé mentale. Et j'ai abordé le sujet comme ça dans la discussion, à mon époque j'ai eu une éducation dans une institution catholique, et heureusement j'avais des frères qui n'étaient pas croyants du tout, mes parents étaient assez libéraux et c'est ce qui m'a protégé un peu de cette éducation catholique. Parce que je peux

vous dire que les gens qui étaient enfermés dans cette éducation, et moi-même à un moment... Et bien vous sortiez un peu bloqués, parce que chez les chrétiens et particulièrement à cette époque on considérait tout ce qui était sexuel comme le péché, le grand péché. Et je peux vous dire que beaucoup sont restés bloqués toute leur vie. Et je pense que ce sujet-là est très important. Et que ça concerne les médecins traitants. Vous savez j'ai eu un oncle médecin, qui était un médecin de campagne, il m'a dit un jour « un médecin comme moi, si je veux bien soigner et bien m'occuper des autres, il faut que je sois rebouteux et psychologue. » {Rires}. Et je pense qu'il avait raison et que la sexualité c'est important pour l'équilibre.

{Aparté}

LF : Est-ce que si vous aviez eu un problème sexuel, vous en auriez parlé spontanément au médecin traitant ?

P25 : Je ne sais pas, si je pense que j'en aurais parlé, mais ça dépend de la nature du problème sexuel. Parce que, enfin... Il peut y avoir un problème dans la vie sexuelle qui provienne de vous ou d'une situation ou d'un partenaire. Je pense que j'en parlerai assez facilement si le problème vient de moi ou d'une situation, mais... J'aurais peut-être une réticence si le problème vient de la partenaire.

LF : Est-ce que parler d'une relation qui ne vous convient pas fait partie du rôle du médecin traitant ?

P25 : Je ne sais pas si le problème vient du partenaire j'aurais un peu de mal à en parler je crois.

LF : Et Donc le fait que le Docteur ait parlé de sexualité est-ce que ça vous permettrait d'aborder plus facilement le sujet avec elle si il y avait besoin ?

P25 : Oui... Oui parce qu'elle m'en a parlé en premier. Donc elle a parlé de ça avec adresse, de façon assez naturelle donc ça met en confiance parce que vous sentez que c'est quelqu'un qui voit ça comme un sujet normal. Si j'avais senti que pour elle c'était un sujet délicat... Bon, j'aurais pas trop parlé. Je pense qu'elle a été assez agile.

Vu, le président du jury,
Professeur François RAFFI

Vu, le Directeur de thèse,
Docteur Véronique POMIER

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de la thèse : Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par leur médecin traitant au cours d'une consultation de médecine générale.

RESUME

Objectif – Une étude a montré que les patients ont un ressenti majoritairement neutre ou positif lorsqu'un médecin remplaçant aborde la sexualité, l'objectif de cette étude est de comparer les résultats lorsque c'est un médecin traitant qui aborde le sujet avec ses patients.

Méthodologie – Étude qualitative menée auprès de 45 patients dans 3 cabinets de médecine générale de Vendée et Loire-Atlantique. Durant les consultations le médecin traitant aborde le sujet de la sexualité puis les patients sont reçus en entretien pour évaluer leur ressenti.

Résultats – 68% (N=17) des patients ont été surpris par la question. 44% (N=11) ont exprimés un ressenti positif. 40% (N=10) ont exprimé un ressenti neutre. 16% (N=4) ont exprimé un ressenti négatif. 56% (N=14) pensent que se préoccuper de l'intimité fait partie du rôle du médecin traitant. 56% (N=14) sont favorables à un dépistage systématique des dysfonctions sexuelles. 24% (N=6) sont favorables à un dépistage ciblé des dysfonctions sexuelles. 48% (N=12) se sentent plus à l'aise pour parler spontanément de sexualité avec le médecin traitant depuis qu'il a abordé le sujet en premier.

Discussion – Les résultats confortent les résultats de l'étude de Zeler dans le fait que les patients ne ressentent pas comme intrusif la question sur leur sexualité. Les résultats montrent une différence significative dans l'expression du ressenti positif avec le médecin traitant qui encourage l'introduction de ce sujet dans nos consultations.

MOTS-CLES

Consultation médecine générale
Médecin traitant
Sexualité
Dépistage
Relation médecin-patient