

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
UNIVERSITE LILLE-2**

Année 2013

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE DE MEDECINE GENERALE**

**LE PATIENT, SON MEDECIN TRAITANT, ET LE MEDECIN SEXOLOGUE :
UNE ETUDE EN REGION NORD-PAS-DE-CALAIS, AUPRES DE
101 PATIENTS ET DE 23 MEDECINS SEXOLOGUES**

**Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2013
par Gérard LAURENS**

Jury

Président :

Monsieur le Professeur Antoine DRIZENKO

Assesseurs :

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA
Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE
Monsieur le Docteur Yves FERROUL**

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Sabine GUFFROY

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
MATERIEL ET METHODES.....	4
Les médecins participant à l'étude.....	4
Le questionnaire destiné aux patients.....	5
RÉSULTATS DE L'ETUDE.....	8
UTILISATION DES QUESTIONNAIRES.....	8
DONNÉES GÉNÉRALES RELATIVES À LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	8
Distribution selon le sexe.....	8
Distribution selon l'âge.....	8
Lieu d'habitation, entre grande ville et milieu rural.....	9
Niveau d'études.....	9
Statut conjugal.....	9
Orientation sexuelle.....	10
Pathologies sexuelles.....	10
Fréquence des troubles.....	11
Ressenti dans la vie quotidienne.....	12
Durée d'évolution des troubles.....	12
PARCOURS DES PATIENTS, PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET AUTRES DÉMARCHES.....	13
Distribution des patients en fonction du nombre de médecins consultés.....	13
Quelles spécialités privilégiées par les patients selon l'étape du parcours.....	13
Premier spécialiste.....	13
Deuxième spécialiste.....	14
Troisième spécialiste.....	14
Quatrième et cinquième spécialistes.....	15
Contribution des différents secteurs d'activité.....	16
Autres moyens utilisés par les patients à la recherche d'une amélioration.....	17
Aptitude du patient à se confier à un proche ou à un médecin.....	18
Délai avant la première consultation médicale.....	19
RAPPORT DES PATIENTS AVEC LEUR MÉDECIN TRAITANT S'AGISSANT DE L'ABORD ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LEUR DYSFONCTION SEXUELLE.....	19
Patients s'étant confiés à leur médecin traitant.....	19
Qui a pris l'initiative d'aborder le sujet ?.....	19
ÉVALUATION PAR LES PATIENTS DE LA PRISE EN CHARGE DE LEUR DYSFONCTION SEXUELLE PAR LEUR MÉDECIN TRAITANT.....	20
Capacité du médecin traitant à rassurer.....	20
Clarté et pédagogie du médecin traitant.....	20
Organisation et méthode, mise en œuvre du suivi.....	21
Aptitude à bien adresser le patient.....	21

Obtention d'une amélioration thérapeutique suffisante.....	21
Evaluation globale de la prise en charge du médecin traitant et tableau de synthèse.....	22
MISE EN PLACE D'UN RELAI À LA SUITE DU MÉDECIN TRAITANT.....	23
Modalités de la prise de relai.....	23
Motifs de ce changement de médecin.....	23
LE PATIENT ET LE MÉDECIN SEXOLOGUE.....	24
Mode de mise en relation.....	24
Quels spécialistes adressent-ils au médecin sexologue.....	25
Distribution des consultations de sexologie médicale par types de structures.....	26
Durée de la prise en charge chez le sexologue.....	26
Niveau de connaissance de la sexologie médicale des patients.....	27
Intervalle de temps séparant la première consultation pour dysfonction sexuelle et le début de prise en charge par un médecin sexologue.....	27
LES PATIENTS EXPRIMENT COMMENT ILS ONT VÉCU LEUR PARCOURS MÉDICAL.....	28
Difficulté du vécu sur l'ensemble du parcours.....	29
Soutien ressenti de la part des médecins et du personnel soignant.....	29
Facilité de repérage entre les diverses spécialités.....	30
Facilité d'obtention des rendez-vous, délais.....	30
Accessibilité financière du parcours médical.....	31
DISCUSSION.....	32
Recherche bibliographique.....	32
A propos de la mise en œuvre de l'étude, intérêts et limites.....	32
Questionnaire, sur la forme et sur le fond.....	34
Distribution des patients selon leur sexe.....	35
Distribution des patients selon leur âge.....	38
Lieu d'habitation, entre grande ville et milieu rural.....	40
Niveau d'études.....	40
Statut conjugal.....	41
Orientation sexuelle.....	41
Pathologies sexuelles recensées.....	42
Fréquence des troubles.....	43
Retentissement dans la vie quotidienne.....	43
Durée d'évolution des troubles.....	44
PARCOURS DES PATIENTS, PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET DÉMARCHES COMPLÉMENTAIRES.....	44
Les patients consultent-ils plusieurs médecins pour leurs troubles sexuels ?.....	44
Quelle proportion de patients se sont-ils confiés à leur entourage ?.....	46
Délai observé par les patients avant de se confier à un proche.....	46
Délai observé par les patients avant de se confier à un médecin.....	47

RAPPORT DES PATIENTS AVEC LEUR MÉDECIN TRAITANT S'AGISSANT DE L'ABORD ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LEUR DYSFONCTION SEXUELLE.....	47
Modèle explicatif pour rendre compte de la dissymétrie d'affinité hommes/femmes pour le médecin traitant.....	48
FREQUENCES RESPECTIVES DE RECOURS EN POPULATION GENERALE AUX DIVERS SPECIALISTES EN CAS DE DYSFONCTION SEXUELLE.....	52
LE PATIENT ET LE MEDECIN SEXOLOGUE.....	54
Mode de mise en relation.....	54
Quels sont les spécialistes adressant le plus au sexologue.....	55
Répartition des médecins sexologues de l'étude en fonction de leur mode d'exercice.....	55
Sexologie et précarité.....	56
Durée de prise en charge chez le médecin sexologue.....	57
Les patients n'ayant pas consulté connaissent-ils bien la sexologie médicale.....	58
Délai entre première consultation de débrouillage et prise en charge par le médecin sexologue.....	59
COMMENT LES PATIENTS JUGENT-ILS GLOBALEMENT LES DIFFERENTS ASPECTS DE LEUR PARCOURS.....	60
Difficulté du vécu au long de ce parcours et facteurs favorisant.....	60
Qualité du soutien reçu de la part du monde médical.....	63
Facilité du repérage parmi les diverses structures et les différents acteurs en médecine sexuelle.....	63
Disponibilité des médecins sexologues en matière de délais de rendez-vous : la pénurie des médecins-sexologues.....	64
Médecine sexuelle et accessibilité financière.....	65
Ce que nous confient les patients "en prenant congé".....	65
Caractéristiques d'exercice et répartition des médecins sexologues ayant contribué à l'étude.....	66
CONCLUSION.....	67
ANNEXES.....	71
PAROLES DE PATIENTS : RECUEIL DES REMARQUES ET SUGGESTIONS FORMULÉES PAR LES PATIENTS DE SEXOLOGIE MEDICALE.....	72
QUESTIONNAIRE PATIENTS POUR LA REGION DU NORD-PAS-DE-CALAIS.....	75
QUESTIONNAIRE PATIENTS POUR LA REGION PARIS-ILE-DE-FRANCE.....	79
ANALYSE STATISTIQUE DESCRIPTIVE.....	84

INTRODUCTION

L'idée initiale de cette étude a germé lors d'une conversation avec un ami psychiatre, à propos de la prise en charge des dysfonctions sexuelles en médecine de ville.

Cette conversation faisait écho à mes souvenirs encore récents et plutôt positifs de l'enseignement de Sexologie Médicale que j'avais suivi à la Faculté de Médecine de Lille, en fin de DES de Médecine Générale ; je n'avais pas eu conscience, à l'époque, du caractère plutôt inhabituel de ce type de module programmé avec bon sens par notre Département de Médecine Générale, et qui n'est donc que rarement dispensé dans le cadre du DES dans les universités françaises.

Etant encore à la recherche d'un thème pour débiter un travail de thèse trop longtemps reporté, je me sentais satisfait et soulagé à l'idée de m'être fixé sur un thème vaste, original, et stimulant ; j'allais de plus pouvoir ainsi approfondir les quelques connaissances acquises précédemment, encore trop incomplètes.

Les dysfonctions sexuelles, je les avais à peine entrevues au cours de mes premiers remplacements, partagé entre mon intérêt pour un domaine qui ne peut pas laisser indifférent et un certain manque de connaissances et surtout d'expérience en matière de prise en charge.

J'avais, par ailleurs, pris l'habitude de questionner systématiquement mes nouveaux patients sur leur "état thymique", prenant en quelque sorte la "température" de leur moral aussi naturellement que je vérifie leur tension artérielle : "Et à part ça, Madame X, comment "Ça" se passe pour vous, ces derniers temps?" Et, quelquefois, surtout en fin de consultation, le ou la patiente se saisit à nouveau de la question laissée jusque là en suspens, en même temps qu'il sort son chéquier, pour avouer que, "Non, Docteur, " Ça " ne va pas aussi bien que ça le devrait ", et c'est alors l'occasion de prendre un rendez-vous proche ou parfois même de prolonger un peu la consultation, si la situation l'exige.

Les gens abordent assez rarement d'eux-mêmes leurs problèmes psychologiques, et pas forcément plus dans un cabinet médical qu'ailleurs. Pourtant, combien les mentalités ont évolué en quelques décennies, notamment autour de la dépression, maladie dont on évitait de parler autour de soi et désignée alors par des termes aujourd'hui désuets et qu'on prononçait en baissant un peu la voix : "Oh oui, la pauvre, elle souffre de dépression nerveuse depuis maintenant plusieurs années, de neurasthénie si vous préférez, et c'est tellement terrible pour son mari et pour leurs trois enfants". C'est, aujourd'hui, toujours une maladie potentiellement grave mais dont on ose enfin parler ouvertement – parfois même en la banalisant à l'excès - et dont les traitements s'améliorent petit à petit.

Je me doutais donc qu'il devait en aller de même pour les problèmes de sexualité, malgré un esprit du temps plutôt tolérant en la matière mais qui ne parvient toujours pas à chasser les vieux tabous qui lui sont attachés.

Un jour, j'eus l'intuition d'interroger une patiente sur l'état de sa vie sexuelle, patiente justement triste et fatiguée et dont je ne me rappelle plus le motif exact de consultation ; donc, rien d'anormal à ma question, puisque l'altération de la fonction sexuelle constitue l'un des signes classiques, entre troubles du sommeil et anhédonie, qui permettent de débusquer un épisode dépressif.

Dépressive, cette femme de 45 ans le paraissait sans doute un peu, et surtout épuisée ; elle venait de me confier qu'elle prenait soin depuis maintenant plusieurs années de son mari encore jeune atteint d'une SEP et qu'elle commençait à perdre pied ces derniers temps ; se laissant aller, elle me confia son désarroi, m'indiquant que son époux ne manifestait plus aucun signe de vouloir maintenir ne serait-ce qu'un semblant d'intimité sexuelle avec elle, se refusant par ailleurs à tout dialogue sur le sujet malgré les

tentatives répétées de sa dévouée moitié, étant probablement mortifié par l'impuissance dont il souffrait du fait de sa maladie.

Prise entre son exigence de loyauté envers son mari, sa lassitude face à une situation apparemment sans issue du côté de ce dernier, et la souffrance sourde de ne plus pouvoir vivre une sexualité qu'elle sentait encore bien active en elle, elle ne s'était cependant jamais confiée à personne !

Aussi, depuis ce jour, j'essaie de repenser mon attitude en consultation, afin de ne pas ignorer ces deux facettes du patient qui se présente à moi, à la fois fille ou fils de Psyché et d'Eros, alors même que le plus souvent, ce sont les maux du corps, petits ou grands, qui accaparent le devant de la scène.

Après avoir fait un premier tour d'horizon à travers la lecture du "Manuel de sexologie" de Patrice Lopès et F-X Poudat (Editions Masson), je profitais des noms et coordonnées des nombreux contributeurs de l'ouvrage pour établir quelques contacts, permettant à un projet de prendre forme.

De retour sur Le Nord qui devait constituer le cadre géographique de mon étude, j'ai alors reçu l'aide bienvenue d'une jeune médecin-sexologue Lilloise ayant accepté de diriger ma thèse.

La petite communauté – car leur nombre restreint leur confère un peu de cette nature – des médecins sexologues du Nord-Pas-de-Calais m'a accueilli avec bienveillance, rendant ce travail non seulement possible sur un plan pratique mais riche et gratifiant sur le plan humain.

Je me proposais donc de découvrir de la propre bouche des patients (ou plus exactement sous leur plume) comment ils font face pour tenter de venir à bout de leur pathologie : en parlent-ils avec leur partenaire, leurs proches ? Savent-ils se remettre en question et poser un regard rénové sur leur sexualité et sur leur relation de couple ?

Faut-il réellement qu'ils attendent de se trouver à bout de ressources et à bout de nerfs, pour se résoudre à enfin demander conseil ? Oui, mais alors vers qui se tourner, on dit qu'il y a tellement de charlatans qui prospèrent sur le marché lucratif du sexe et de ses déboires... Certains iront-ils déposer leur "secret honteux" auprès d'un ami, d'autres encore chez leur médecin traitant?

Et à ce propos, ce dernier prend-il couramment les devants afin de ne pas ignorer une pathologie qui peut littéralement empoisonner une existence, alors que des thérapies existent et se développent ?

Enfin, ces patients, que savent-ils au juste des médecins sexologues, dont l'appellation laisserait à penser qu'ils ont certainement leur mot à dire en la matière, mais dont le grand public ignore souvent l'existence ou du moins dont il perçoit une image incomplète et déformée ?

Les quelques études auxquelles nous avons pu avoir accès semblent toutes indiquer, d'une part que les pathologies sexuelles font rarement l'objet d'une prise en charge médicale précoce car le patient temporise très souvent, au mieux attendant l'apparition d'un deuxième voire d'un troisième symptôme sexuel pour se résoudre à consulter (1)(4), par ailleurs que ces mêmes dysfonctions sont rarement recherchées de manière courante et systématique par les professionnels de médecine exerçant en premier recours, médecins généralistes s'agissant des hommes et gynécologues pour les femmes (2)(3)(5)(6).

D'autres études pointent enfin le besoin d'une réforme en profondeur de notre système, d'abord en matière d'enseignement de la médecine sexuelle, actuellement confidentiel en dehors de la seule filière du DIU, également en matière d'éducation et de prévention pour laquelle les actions et les structures en place sont soit passablement inadaptées (éducation sexuelle en milieu scolaire) soit insuffisantes (Planning familial, PMI, consultations hospitalières spécialisées), enfin et surtout peut-être en termes d'accès aux soins sexologiques eux-mêmes qui se trouvent éparpillés entre diverses spécialités médicales, sans que leur organisation générale soit vraiment lisible pour l'utilisateur, les praticiens étant d'autres part très peu nombreux et les tarifs pratiqués parfois (7).

De même, l'exercice de cette spécialité peut sembler difficile pour ces praticiens proportionnellement très peu nombreux, et dont certains ont à pâtir de l'absence de dispositions concrètes en faveur de leur pratique qui ne dispose pas d'une tarification spécifique.

Se pose également la question de l'opportunité d'une nouvelle spécialité de DES en santé sexuelle (7).

Ainsi, l'idée de mener au sein du Nord-Pas-de-Calais une étude portant sur les divers aspects du parcours médical des patients souffrant de dysfonctions sexuelles, paraissait se justifier dans un domaine encore assez mal exploré, en vue d'une meilleure compréhension et d'une meilleure prise en charge.

(1) "Enquête sur la sexualité en France" et "Les difficultés de la fonction sexuelle", sous la direction de Nathalie BAJOS et de Michel BOZON, in Editions La Découverte, 2008.

(2) "General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs and practices in the management of sexual dysfunctions", results of portuguese SEXOS study, Journal of Sexual Medicine, Vol 9, issue 10, pages 2508-2515, october 2012.

(3) "Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom", Kerry DYER BSc Hons¹, Roshan DAS NAIR PhD, Article first published online : 30 JUL 2012, International Society for Sexual Medicine.

(4) "Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultant-ils pas plus souvent ? D'après une enquête française de l'ADIRS", A. LEMAIRE, M.H. COLSON, et al., SEXOLOGIES : Janv. 2009, Vol. 18, N°1 Pages 32-37.

(5) "Prise en charge de la dysfonction érectile par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais : évolution depuis l'apparition des inhibiteurs de la phosphodiesterase 5", Thèse de Médecine Générale, S. GUFFROY, Faculté de Médecine de Lille, 2007.

(6) "Dysfonctions sexuelles et parcours de soins, la place du sexologue. Enquête auprès de 105 médecins généralistes", Thèse de Médecine Générale, J. DE ANDRADE, Faculté de Médecine de Créteil-Paris XII, 2008.

(7) "Prise en charge médicale des dysfonctions sexuelles, quelle place pour une spécialité en Santé Sexuelle ?", S. GODET, Sexologies, Volume 22, Issue 2, Pages 56-64.

MATERIEL ET METHODES

LES MEDECINS PARTICIPANT A L'ETUDE

Les médecins sollicités pour participer à cette étude ont été retenus selon les critères suivants :

- Etre détenteur du diplôme de docteur en médecine (inscription à l'Ordre National des Médecins) ;
- Posséder une expérience reconnue dans le domaine de la sexologie médicale, et/ou avoir validé le diplôme inter-universitaire de sexologie médicale délivrée par une université française, ou un diplôme européen équivalent ;
- Exercer dans la région du Nord Pas-de-Calais.

Nous avons donc fait appel à l'annuaire des pages jaunes de France-Télécom, aux listes de l'Ordre National des médecins, à l'annuaire de l'AIUS - association professionnelle et société savante regroupant de nombreux médecins-sexologues de l'hexagone – ainsi qu'aux précisions qu'a bien voulu m'apporter ma directrice de thèse, elle-même médecin-sexologue de la région Lilloise. Enfin, deux médecins non répertoriés ont été découverts au gré de nos contacts.

Les médecins retenus ont été initialement contactés par téléphone à leur cabinet ou dans leur établissement afin de leur présenter notre étude et de solliciter leur participation.

Parallèlement, nous leur avons adressé un courrier de présentation du projet ainsi qu'un exemplaire du questionnaire ; ces mêmes informations leur ont également été envoyées par mail.

Au total, parmi les 31 médecins sexologues répertoriés, deux étaient retraités, deux autres exerçaient exclusivement leur activité de psychiatre en hôpital, un médecin intervenant en PMI recevait très peu de patientes consultant pour un motif d'ordre sexologique, trois enfin déclarèrent ne pas être intéressés ou insuffisamment disponibles pour pouvoir participer à l'étude.

Dès les jours suivants, les 23 médecins reçurent une liasse de questionnaires d'un volume en rapport avec l'estimation de leurs besoins; 460 questionnaires ont ainsi été expédiés dans un premier temps, représentant une moyenne de 20 questionnaires par médecin.

Par la suite, les médecins ont été recontactés au minimum à deux reprises pour faire le point sur le bon déroulement de la remise des questionnaires aux patients, les éventuels problèmes rencontrés, et afin de renvoyer de nouveaux formulaires si nécessaire.

Une entrevue leur a été proposée par souci d'une coopération moins anonyme, également dans le but d'apporter d'éventuelles précisions et de nous permettre de les questionner sur l'exercice de leur spécialité.

Cette rencontre eut lieu pour plus de la moitié d'entre eux et ce principalement à Lille et ses environs.

Le retour postal des questionnaires s'est effectué régulièrement après un délai initial d'une quinzaine de jours, avec un taux de validité en vue de leur exploitation proche de 100%, et la campagne de distribution s'est étalée sans incident entre début mai et début août 2013, soit sur environ trois mois.

D'autres bulletins, une dizaine, sont parvenus après que nous ayons décidé de clore cette étape de l'étude afin de passer à l'étape suivante : nous les conservons évidemment et les réintégrerions à cette même

étude, si celle-ci devait se prolonger à la demande des médecins participants au-delà de la rentrée de septembre 2013.

Par ailleurs, nous avons été sollicité à six reprises en cours de campagne afin de réapprovisionner en questionnaires l'un ou l'autre des médecins.

Nous avons tablé initialement sur un taux de réponse d'environ 50% des patients, étant entendu que le médecin-sexologue, lorsqu'il proposait le questionnaire à ses patients, devait lui apporter quelques explications nécessaires à la compréhension et à l'acceptation de l'étude : préciser ses objectifs, insister sur son caractère totalement anonyme – ce dont témoignaient facilement le contenu du questionnaire ainsi que le mode de retour - et sur son utilité potentielle en vue d'améliorer la prise en charge des patients de sexologie.

Les médecins se sont d'emblée montrés investis dans l'étude, probablement sensibles à l'objectif de celle-ci qui est de connaître davantage et de mieux comprendre le parcours, le mode de recrutement et le vécu des patients de sexologie, points qu'ils n'ont pas nécessairement l'occasion ni le temps de toujours approfondir par eux-mêmes. De plus, l'enquête par questionnaire anonyme garantissait probablement au mieux la sincérité des réponses.

LE QUESTIONNAIRE

Celui-ci devait d'une part être suffisamment mesuré, clair, concis et accessible pour ne pas choquer, rebuter ou lasser les patients dans un domaine aussi sensible que celui de leur sexualité, mais en même temps rester suffisamment ouvert et détaillé pour permettre une vision globale et pertinente du parcours du patient selon divers critères.

Par ailleurs, des considérations à la fois d'éthique concernant la personne du patient et de respect confraternel à l'égard des divers médecins évoqués dans le cadre du questionnaire, imposaient d'éviter toute question qui aurait placé ce patient dans la délicate position de devoir émettre un jugement de valeur, que ce soit bien évidemment concernant sa propre personne comme pouvant se rapporter aux divers médecins, généralistes, gynécologues, urologues, psychiatres et autres ayant jalonné son parcours.

Enfin, notre propre position de médecin généraliste nous invitait à accorder une place particulière au rôle du médecin traitant dans le cadre de ce parcours médical, au travers d'une évaluation détaillée de son intervention aux côtés du patient.

Intitulé "**Le patient, son médecin traitant et le médecin sexologue**", le questionnaire remis au patient est précédé d'une brève introduction lui rappelant les objectifs et les modalités de déroulement de l'étude, ainsi que de quelques précisions concernant la forme des questions (à réponse unique, ou multiples).

Puis débute **une première rubrique** destinée à situer le patient d'un point de vue de ses caractéristiques socio-démographiques, conjugales, et relativement à ses orientations sexuelles. Les antécédents médico-chirurgicaux n'étaient pas évoqués de crainte de surcharger un peu plus le questionnaire, et nous pensons que le patient y ferait de lui-même allusion si ceux-ci revêtaient une certaine importance dans l'origine ou bien dans le retentissement de ses troubles sexuels.

La deuxième section se propose de préciser les dysfonctions sexuelles du patient, selon divers critères cliniques, présentant notamment deux parties propres à chaque sexe et indépendantes, ainsi qu'une troisième commune aux deux sexes et concernant durée, fréquence et retentissement de ces troubles.

Le patient est invité à choisir dans une liste regroupant les dysfonctions les plus répandues mentionnées en clair, mais nous lui rappelons qu'il garde aussi la possibilité de décrire un tableau clinique ou une problématique correspondant à son cas et qui ne figurerait pas dans la liste.

Troubles relationnels au sein du couple et retentissement des dysfonctions sur le partenaire sont également recherchés.

La troisième section, quant à elle, propose au patient de détailler son parcours dans l'ordre chronologique en y mentionnant l'ensemble des médecins qui ont assuré successivement la prise en charge de ses dysfonctions sexuelles, y compris de manière peu durable : chaque intervention détaille la spécialité du médecin, son mode d'exercice (libéral, secteur public, hospitalier...) ainsi que la durée au moins approximative de la prise en charge.

Ce parcours est représenté sous forme d'un tableau à plusieurs entrées détaillant les diverses caractéristiques du médecin, et à cinq colonnes, une par praticien, en supposant que peu de patients auraient consulté plus de cinq médecins. Le patient était invité à mentionner ces interventions supplémentaires si nécessaire.

Au travers de la 4^{ème} section, nous nous sommes intéressés aux diverses attitudes mises en place par les patients pour tenter de faire face à leurs difficultés, au-delà du recours au domaine purement médical ; elle explore leur capacité à communiquer au sujet de leur troubles, à rechercher de premières solutions dans des registres divers, à se remettre en question, et à se présenter ainsi comme des acteurs à part entière de leur propre guérison.

La section suivante N°5 précise la capacité du patient à exprimer ses difficultés sexuelles, que ce soit auprès de ses familiers ou avec des médecins.

La section N° 6 ne s'applique qu'à la condition que le patient ait pu au préalable s'entretenir avec son médecin traitant à propos de ses difficultés ; elle permet alors de préciser qui en a eu l'initiative, et plus encore d'évaluer l'attitude du médecin généraliste en matière de dépistage des dysfonctions sexuelles.

Au cas où une telle conversation n'a jamais eu lieu, le patient est invité à se rendre directement à la section N° 11 relative à sa prise en charge par le médecin-sexologue, celui-là même qui lui a remis le questionnaire – passant volontairement sous silence les éventuels praticiens ayant pris entre-temps le relai.

6

L'algorithme du questionnaire prévoit à ce stade d'évaluer, le cas échéant, la prise en charge du médecin traitant, invitant dans le cas contraire à reprendre directement au niveau de la section relative au sexologue.

Question N° 7, cette évaluation de la prise en charge du médecin traitant détaille six aspects jugés importants qui seront cotés selon cinq niveaux d'appréciation, la question se terminant par une évaluation globale.

Le questionnaire se poursuit avec les sections **N° 8 et N° 9**, précisant les modalités du relai qui s'est opéré entre le médecin traitant et le médecin suivant (patient adressé, ou patient décidant de lui-même d'une nouvelle prise en charge) ainsi que les motifs de ce relai (amélioration insuffisante liée à la difficulté du cas clinique, ou au contraire caractère statique de la relation thérapeutique).

On parvient alors à la section se penchant sur la prise en charge du dernier médecin sexologue à être intervenu, qu'il s'agisse du mode de mise en relation médecin/patient, du type d'exercice de ce praticien (cabinet, hôpital, libéral, public, etc) ou enfin de la durée de cette ultime étape.

Avec la section N° 12, il s'agit d'explorer le niveau de connaissance préalable du patient vis-à-vis de la sexologie médicale, en tant que spécialité, avant sa première prise en charge par un médecin-sexologue.

La section N° 13, quant à elle, se penche sur la durée du temps écoulé entre la première prise de contact du patient avec un médecin, de quelque spécialité que ce soit, à propos de ses difficultés sexuelles, et le début de sa prise en charge chez le (un) médecin-sexologue.

L'avant-dernière section prend la forme d'un bilan effectué par le patient sur son parcours considéré dans sa globalité, en évoquant successivement divers aspects de celui-ci : le niveau de difficulté de son vécu, l'aisance du repérage parmi les différentes spécialités médicales dont relève le champ de la pathologie sexuelle, le soutien ressenti tout au long de son itinéraire, l'accessibilité et la disponibilité des médecins, et enfin l'aspect de la charge financière associée à ces soins.

La quinzième et dernière section invite le patient à confier librement les points de son expérience méritant de sa part une réflexion, un souhait, un conseil, ou peut-être un reproche voire une mise en garde... en vue d'améliorer le parcours des patients à venir.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

RÉSULTATS RELATIFS À L'UTILISATION DES QUESTIONNAIRES :

- ✓ Enquête débutée le 25 avril et close le 08 août 2013.
- ✓ Nombre de questionnaires reçus : 101
- ✓ Nombre de questionnaires exploitables : 100
- ✓ Taux de validité des questionnaires : $100/101 = 99\%$
- ✓ Taux global de retour des questionnaires par les patients : non évaluable
- ✓ Taux global de distribution des questionnaires par les médecins sexologues : non évaluable
- ✓ Taux de retour des questionnaires distribués aux médecins : $101/460 = 22,0 \%$

DONNÉES GÉNÉRALES RELATIVES À LA POPULATION ÉTUDIÉE :

DISTRIBUTION SELON LE SEXE :

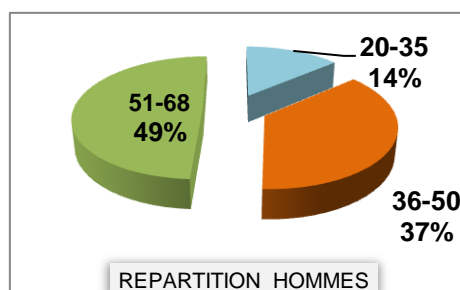
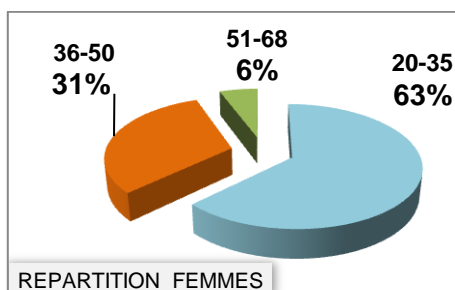
C'est une distribution asymétrique, d'environ deux tiers un tiers.

	EFFECTIF	POURCENTAGE	IC A 95%
FEMMES	35	35	[25.91-45.26]
HOMMES	65	65	[54.74-74.09]

DISTRIBUTION SELON L'ÂGE

Les trois tranches d'âge fixées (20-35 ans, 36-50 ans, 51 ans et plus, correspondent à des phases bien individualisées de la vie sexuelle et sociale de l'individu. Cette répartition est différente selon le sexe, avec une prévalence plus importante des femmes dans l'intervalle des 20-35 ans, et des hommes dans celui des 51-68 ans.

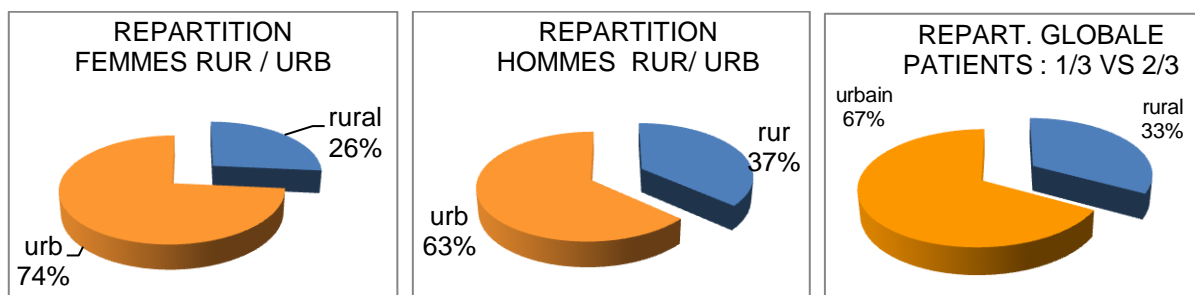
TRANCHE D'ÂGE	20-35 ANS	36-50 ANS	51-68 ANS	ÂGE MOYEN (ANNEES)
FEMMES	63%	31%	6%	34.17 (30.84 ; 37.51)
HOMMES	14%	37%	49%	48.15 (45.31 ; 51.00)
TOTAL (H+F)	31%	35%	34%	43.26 (40.73 ; 45.79)



LE LIEU D'HABITATION, ENTRE VILLE ET MILIEU RURAL

Répartition : **URBAIN 67%** **RURAL 33%**

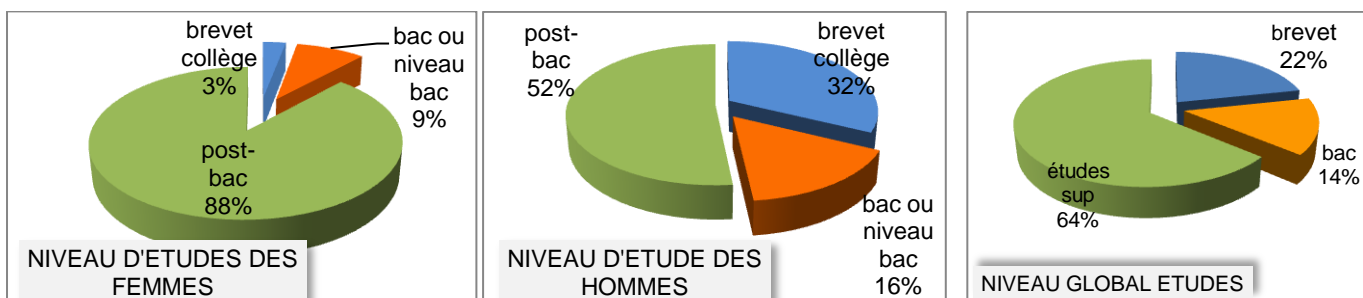
Le recrutement des patients est majoritairement urbain, les femmes habitent proportionnellement davantage en grande ville que les hommes.



NIVEAU D'ÉTUDES

Globalement :

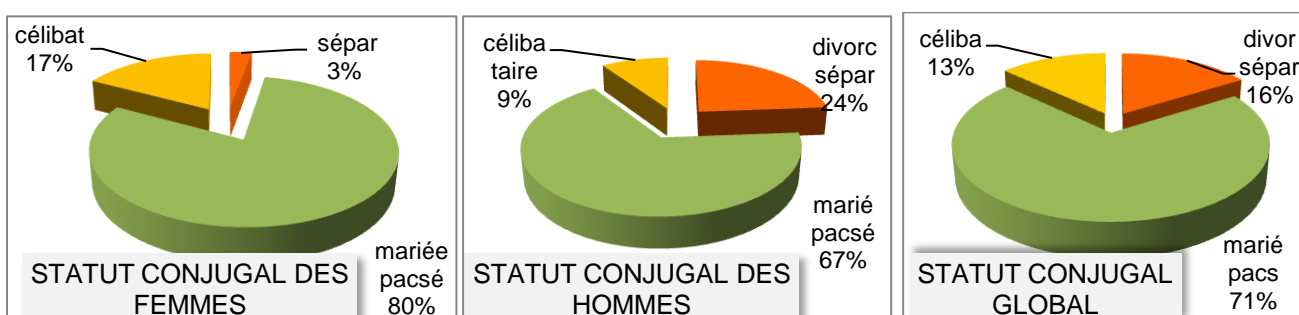
BREVET COLLÈGE 22%	BAC OU NIVEAU 14%	POST BAC 64%
-----------------------	----------------------	-----------------



9

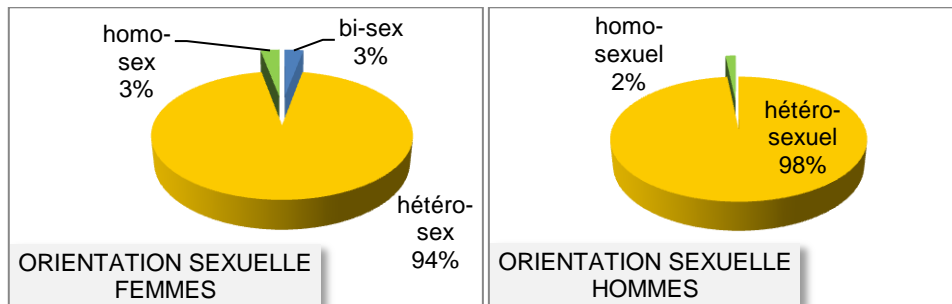
STATUT CONJUGAL

Les deux groupes hommes et femmes sont assez comparables : **Une grande majorité de couples établis (femmes 80%, hommes 67%)**, une minorité importante de célibataires (plutôt femmes) et de patients divorcés ou séparés (à prédominance masculine).



ORIENTATION SEXUELLE

Il n'existe pas de différence significative entre les deux sexes, **94% des femmes et 98% des hommes sont hétéro-sexuels.**



PATHOLOGIES SEXUELLES

- ✓ Chez la femme : **les troubles du désir, les douleurs et les conjugopathies sont présents pour l'un d'entre eux au moins dans 91% des cas.**
- ✓ Chez l'homme, les quatre troubles les plus représentés sont ceux du désir, de l'érection, de l'éjaculation et ceux de la relation du couple (conjugopathie) ; **ils sont présents pour au moins l'un d'entre eux dans 96% des cas.**

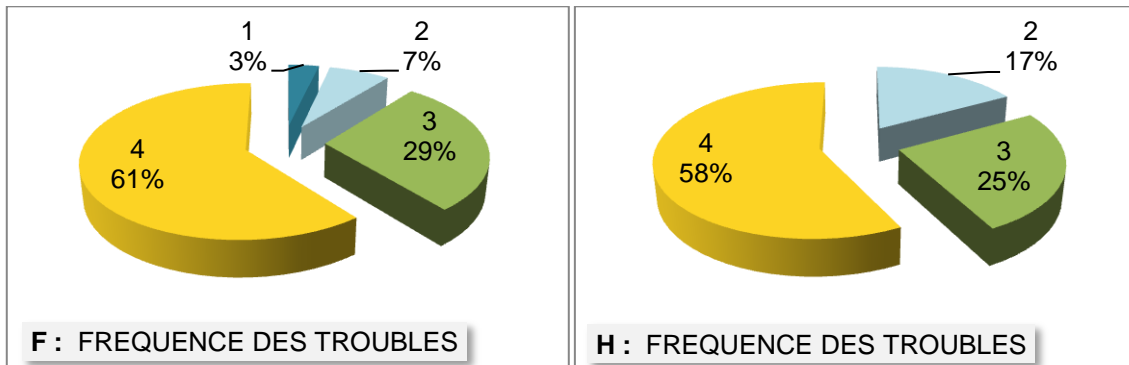
PREVALENCE RELATIVE DES DIFFERENTS TROUBLES		
TYPE DE DYSFONCTION ELEMENTAIRE	FEMMES	HOMMES
TROUBLES DU DÉSIR	71%	31%
DYSPAREUNIE	46%	0%
DYSORGASMIE	26%	9%
CONJUGOPATHIE	29%	28%
PHOBIE DES RAPPORTS	11%	6%
TROUBLES DE L'IDENTITÉ SEXUELLE	3%	2%
TROUBLES DE L'ERECTION	NR	66%
TROUBLES DE L'ÉJACULATION	NR	41%
AUTRES DYSFONCTIONS	6%	0%
RETENTISSEMENT SUR SON / SA PARTENAIRE	37%	16%

- ✓ Les troubles du désir paraissent toucher près de 3 femmes sur 4, et seulement 1 homme sur 3 ;
- ✓ Les douleurs durant les rapports affecteraient exclusivement les femmes, et ce pour près de la moitié d'entre elles ;
- ✓ Les conjugopathies, équitablement réparties, sont présentes chez près d'un tiers des patients ;
- ✓ Les troubles de l'érection affectent près de 7 hommes sur 10, de l'éjaculation 4 sur 10.

- ✓ Retentissement sur le partenaire mentionné par le patient : **Il est de 37% chez les femmes contre 16% chez les hommes** ; il s'agit des valeurs de **retentissement supposé chez le partenaire**, par un patient lui-même porteur d'une dysfonction sexuelle.

LA FRÉQUENCE DES TROUBLES

Les deux schémas ci-dessous montrent une répartition comparable des deux sous-groupes hommes / femmes : **environ 60% des patients présentent des troubles survenant très fréquemment**. Ainsi, la moyenne de fréquence des troubles est égale à 3,46 pour les femmes et à 3,41 pour les hommes : elles sont donc très proches.

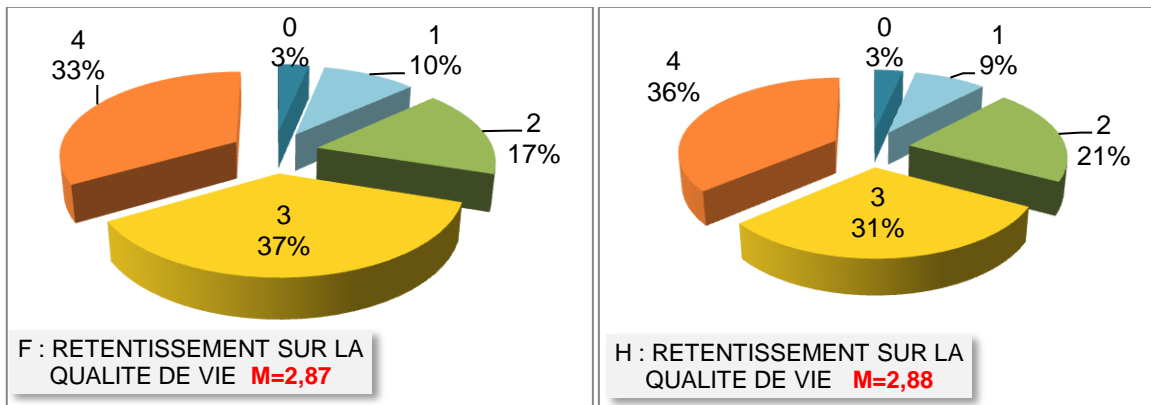


	fréquence des troubles
0	très peu fréquent
1	peu fréquent
2	assez fréquent
3	très fréquent
4	extrêmement fréquent

. La légende utilisée s'étend de 0 (pas du tout fréquent), à 4 (extrêmement fréquent). NB : Avec l'utilisation d'une échelle numérique, les items de 0 à n peuvent donner lieu à une moyenne lorsque $n \geq 4$ comme c'est le cas ici.

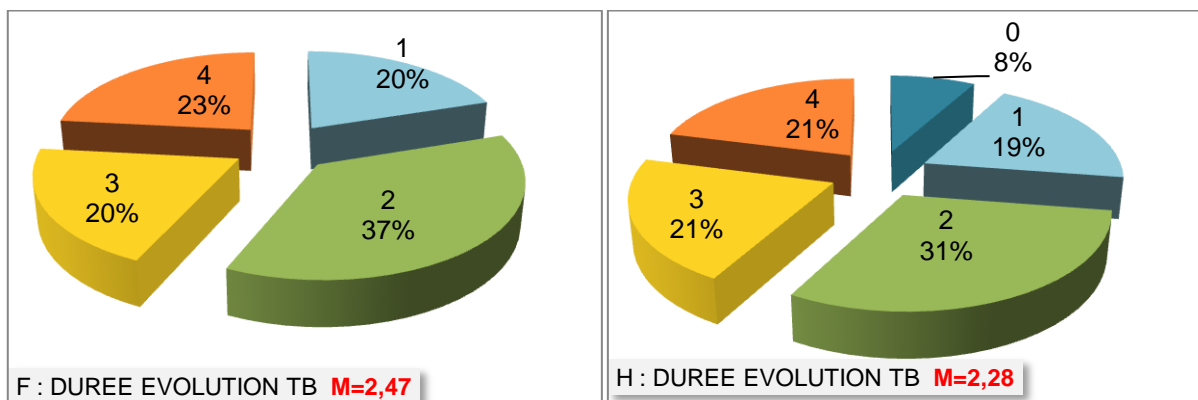
LE RESSENTI DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Ce chapitre explore la souffrance psychologique du patient et l'impact négatif au sein de son couple. La cotation de 0 à 4 utilisée est semblable à celle du paragraphe précédent. Les répartitions sont très comparables pour les deux sexes, avec une moyenne d'intensité commune côtée très importante. **Soixante-dix pour cent environ des patients déclarent percevoir un retentissement très important.**



INDICE	RETENTISSEMENT
0	tres peu important
1	peu important
2	assez important
3	tres important
4	extremement important

LA DURÉE D'ÉVOLUTION DES TROUBLES



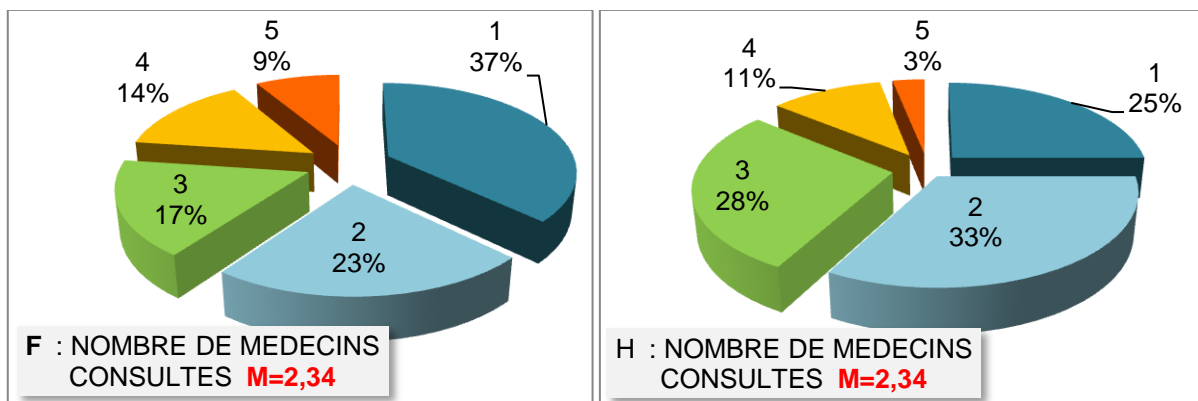
0	Inférieur à six mois
1	De six mois à moins de deux
2	De deux ans à moins de cinq
3	De cinq à moins de dix ans
4	Dix ans ou plus

- ✓ **La durée d'évolution moyenne des troubles apparaît un peu plus courte chez les hommes,**
- ✓ Les deux moyennes de durée sont supérieures à 2 ans et inférieures à cinq ans.
- ✓ **Plus de 40% des patients présentent une durée d'évolution d'au moins cinq ans au début de leur prise en charge.**

LE PARCOURS DES PATIENTS, PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET AUTRES DÉMARCHES

DISTRIBUTION DES PATIENTS EN FONCTION DU NOMBRE DE MÉDECINS CONSULTÉS

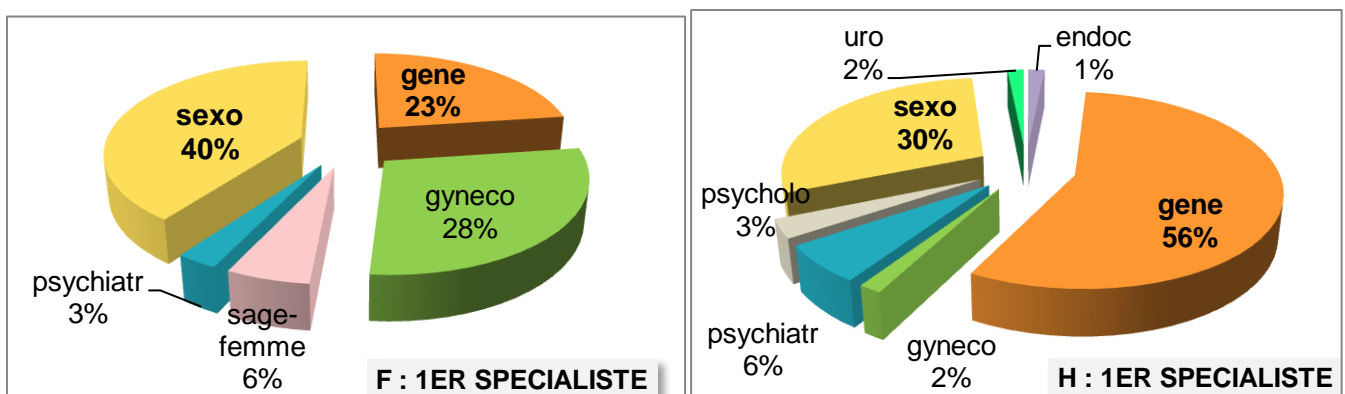
- ✓ Le nombre moyen de médecins consultés est identique dans les deux sexes (2,34).
- ✓ **60% des femmes et 58% des hommes ont consulté 1 ou 2 médecins,**
- ✓ **alors qu'à l'opposé, 9% des femmes et 3% des hommes en ont consulté 5.**



QUELLES SPÉCIALITÉS PRIVILÉGIÉES PAR LES PATIENTS SELON L'ÉTAPE DU PARCOURS ?

13

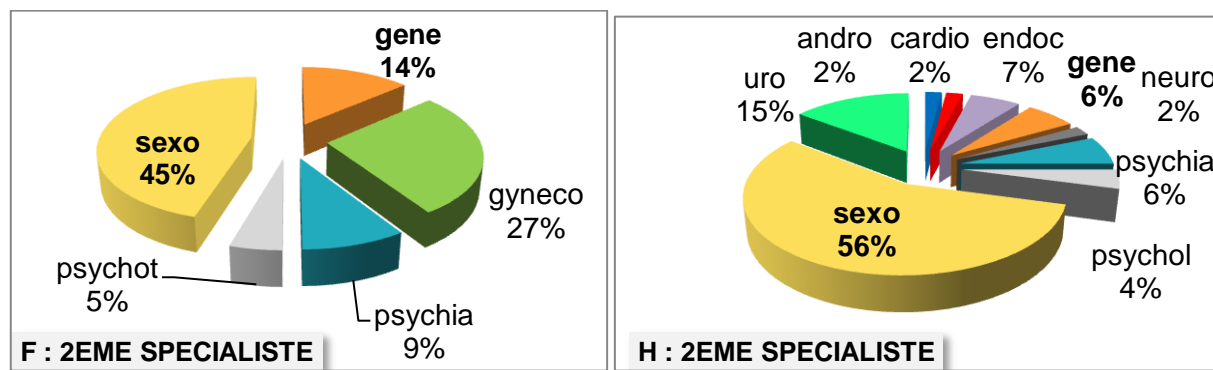
PREMIER SPÉCIALISTE



Lors d'une toute première consultation pour troubles sexuels, **les femmes se tournent vers un sexologue (40%), un gynécologue (28%) ou un généraliste (23%)**. Chez les **hommes**, le médecin **généraliste se positionne en tête (56%)**, suivi du **sexologue (30%)**.

La durée moyenne de suivi par un premier spécialiste est de 16,2 mois pour les femmes et de 19,6 mois chez les hommes.

DEUXIÈME SPÉCIALISTE

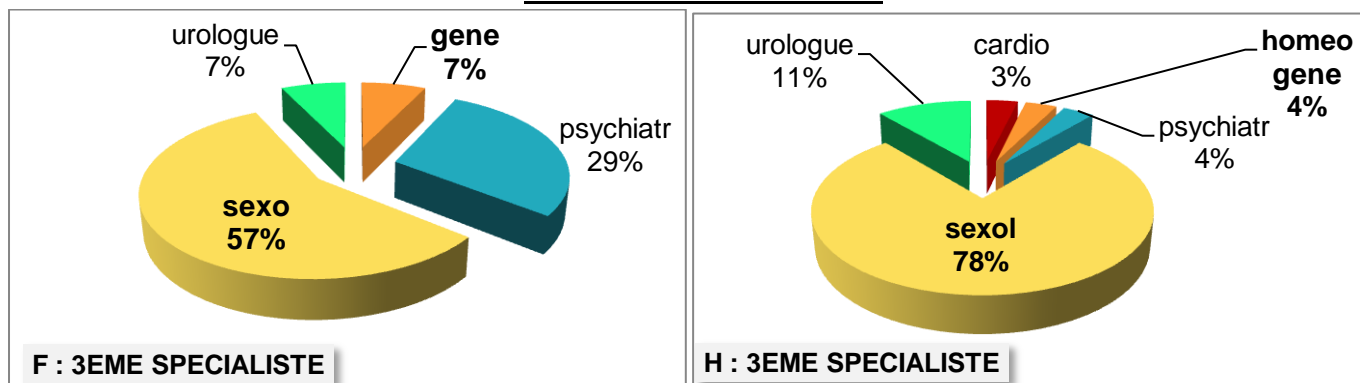


Cette deuxième étape a lieu pour **63%** des **femmes** (*durée moyenne 13,3 mois*) et pour **75%** des **hommes** (*durée moyenne 15,7 mois*).

Le **sexologue** est consulté par **45%** des **patientes**, le **gynécologue** par **27%** d'entre elles, le **généraliste** par **14%** ; le dernier contingent de 14% de patientes se tourne, pour 9% d'entre elles vers un psychiatre et pour 5% vers un psychothérapeute.

Côté masculin, les spécialités intervenant sont au nombre de 9 : le **sexologue** en tête (**56%**), puis **l'urologue** (**15%**), totalisant **71% du total**.

TROISIÈME SPÉCIALISTE

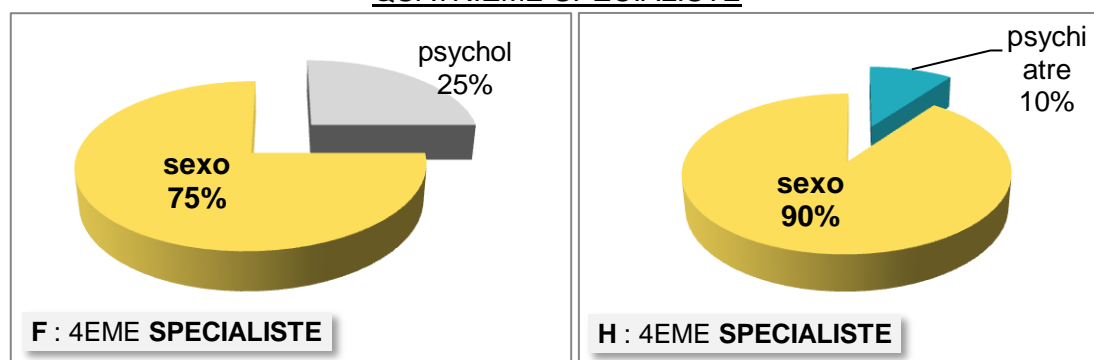


A ce stade, il ne reste plus que 40% des femmes et 42% des hommes, soit 41 des 100 patients initiaux.

Chez les **femmes**, interviennent d'abord le **sexologue** (**57%**), puis le **psychiatre** (**29%**), enfin le **généraliste** (**7%**) et **l'urologue** (**7%**), alors que **les hommes** se tournent de préférence vers le **sexologue** (**78%**), puis vers **l'urologue** (**11%**).

Les durées moyennes de consultation auprès de ce troisième spécialiste : 11,0 mois chez les femmes et 17,9 mois pour les hommes.

QUATRIÈME SPÉCIALISTE



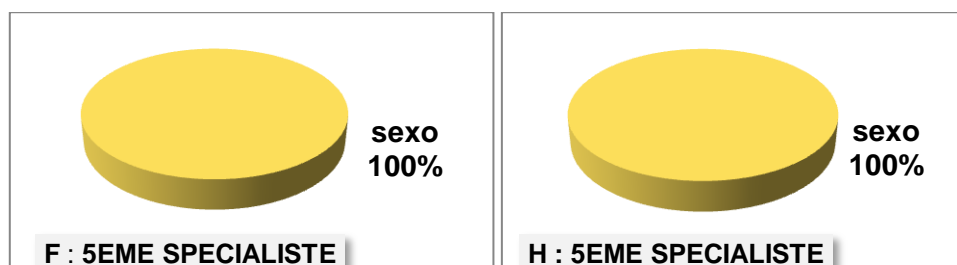
A cette étape, il reste 23% des femmes et 14% des hommes initialement présents.

La répartition s'est beaucoup simplifiée pour les deux sexes, avec une **large majorité** de patients consultant un **sexologue** (respectivement **75% de femmes, et 90% d'hommes**) ; l'autre spécialiste étant un **psychologue chez les femmes, pour une participation de 25%**, et un **psychiatre chez les hommes, soit 10%**. **Temps moyen** de prise en charge par ce quatrième médecin : **6,3 mois (femmes) vs 11,9 mois (hommes)**.

CINQUIÈME SPÉCIALISTE

Ce stade est atteint par seulement **9% des femmes et par 3% des hommes** et s'étend sur une **période moyenne de 2,3 mois chez les femmes, 15,0 mois chez les hommes**.

Parmi les 100 patients recensés, aucun n'a consulté plus de cinq médecins, et donc le cinquième et dernier médecin est nécessairement un sexologue du fait du mode de recrutement des patients participant à l'enquête.



PROPORTIONS RESPECTIVES DES SEXOLOGUES, DES MEDECINS GENERALISTES, ET DES AUTRES SPECIALISTES A CHACUNE DES 5 ETAPES DU PARCOURS SEXOLOGIQUE

NUMERO D'ETAPE	FEMMES			HOMMES		
	% MEDECIN SEXOLOGUE	% MEDECIN GENERALISTE	% AUTRES	% MEDECIN SEXOLOGUE	% MEDECIN GENERALISTE	% AUTRES
1	40	23	37	30	56	14
2	45	14	41	56	6	38
3	57	7	36	78	4	18
4	75	0	25	90	0	10
5	100	0	0	100	0	0

Lorsqu'on évolue de la **première à la cinquième étape** du parcours sexologique de patients consultant un médecin sexologue, il apparaît que :

- La proportion des **médecins sexologues** :
 - ✓ pour les femmes, croît de 40 à 100%,
 - ✓ pour les hommes, croît de 30 à 100%.

- La proportion des **médecins généralistes**, pendant le même parcours :
 - ✓ Pour les femmes, **décroit** de **23%**, à **0%** atteints dès l'étape 4.
 - ✓ Pour les hommes, **décroit** de **56%**, à 6% dès l'étape 2, puis à **0%** atteints dès l'étape 4.

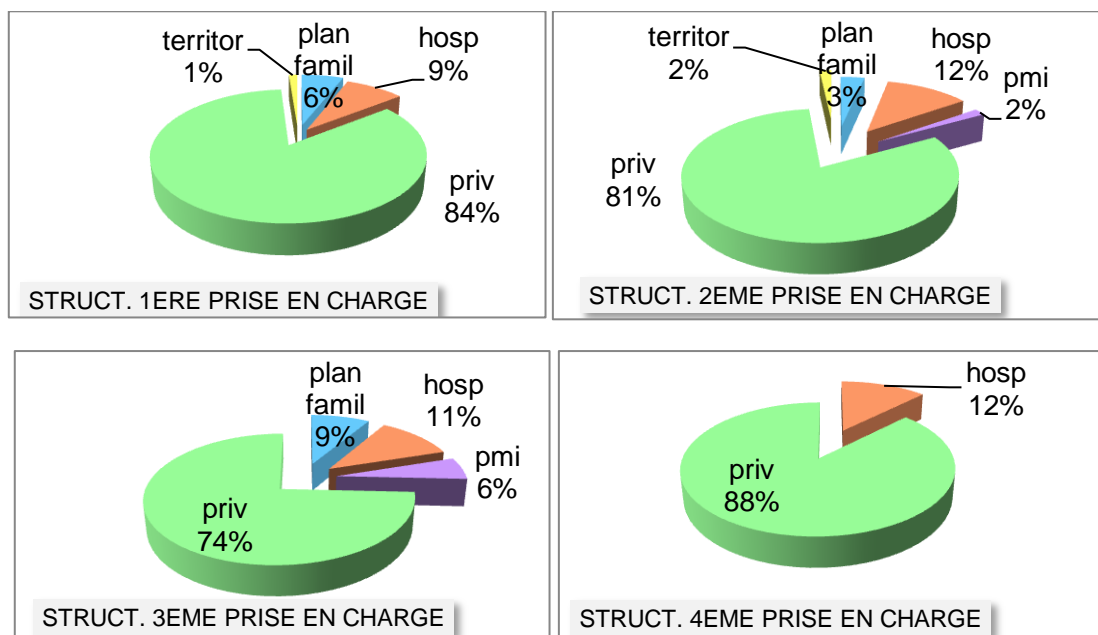
- La proportion des **autres spécialités**, pendant le même parcours, reste assez **stable** au cours des **4 premières étapes** :
 - ✓ Pour les femmes, passe de **37%** à **41%** à l'étape 2, 25% étape 4, puis enfin **0%** étape **5** ;
 - ✓ Pour les hommes, débute de **14%**, croît initialement à 38% à l'étape 2, et **décroit très progressivement** pour **s'annuler** en parvenant **en 5**.

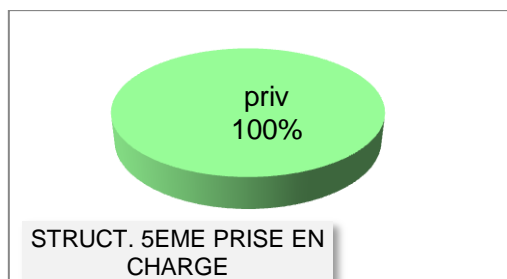
CONTRIBUTION DES DIFFÉRENTS SECTEURS D'EXERCICE TOUTES SPÉCIALITÉS
CONFONDUES AU COURS DES ÉTAPES SUCCESSIVES :

Les résultats montrent la participation très inégale des différents types de structures à la prise en charge des patients de l'étude, avec une **forte prépondérance du secteur privé (de 74 à 100%)**, quelle que soit l'étape considérée. Vient ensuite la **part hospitalière publique, variant entre 9% et 12% pour les quatre premières étapes**, mais nulle pour la dernière.

D'autres structures publiques territoriales (**planning familial, protection maternelle et infantile et autres établissements**) contribuent modestement à l'offre de soins de santé sexuelle avec une part globale comprise **entre 6 et 7% pour les trois premières étapes**, mais nulle aux étapes suivantes.

Seul subsiste le secteur privé des cabinets de ville lors d'une cinquième prise en charge.





NUMERO ETAPE	SECTEUR PRIVE	HOSPITALIER PUBLIC	PLANNING FAMILIAL	PMI	AUTRE
1	84%	9%	6%	0%	1%
2	81%	12%	3%	2%	2%
3	74%	11%	9%	6%	0%
4	88%	12%	0%	0%	0%
5	100%	0%	0%	0%	0%

LES AUTRES MOYENS UTILISÉS PAR LES PATIENTS À LA RECHERCHE D'UNE AMELIORATION

Les patients ont eu à sélectionner une ou plusieurs options parmi sept :

- Dialogue avec le partenaire
- Recherche de conseils auprès de proches ou de familiers
- Remise en question plus globale de la personne, du style de vie et de la qualité des relations aux autres
- Recherche d'une expérience sexuelle dans une relation "extra-conjugale"
- Information par tous moyens de médias et de littérature
- Autre moyen non cité
- Aucun moyen en dehors du recours aux médecins

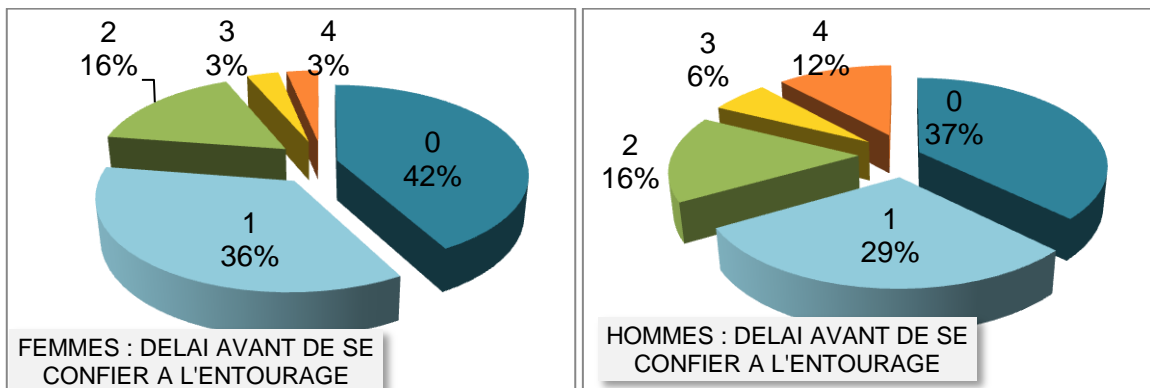
LES RÉSULTATS

<i>TYPE DE DEMARCHE ADOPTEE</i>	<i>FEMMES</i>	<i>F%relatif</i>	<i>HOMME</i>	<i>H%relatif</i>
DIALOGUE AVEC LE PARTENAIRE	89%	33	66%	32
DEMANDE DE CONSEILS	31%	12	20%	10
REMISE EN QUESTION PERSONNELLE	66%	25	34%	17
RECHERCHE D'INFORMATIONS	43%	16	28%	14
RELATION AVEC UN(E) AUTRE PARTENAIRE	9%	3	13%	6
UTILISATION D'ARTIFICES EROTIQUES	23%	9	20%	10
AUTRES MOYENS	3%	1	16%	7
RECOURS EXCLUSIF A UN MEDECIN	3%	1	8%	4

- ✓ Les moyens les plus utilisés sont, dans l'ordre décroissant et pour les deux sexes, **le dialogue avec le partenaire** (respectivement **89%** chez les **femmes** et **66%** chez les **hommes**),
- ✓ une **remise en question personnelle** (resp. **66%** et **34%**),
- ✓ la recherche **d'informations** (resp. **43%** et **28%**) et enfin
- ✓ l'utilisation **d'artifices divers** (resp. **23%** et **20%**).
- ✓ Ce tableau met également en évidence l'attitude globalement **plus active des femmes** dans cette recherche : ainsi 66% des femmes se remettent en question, contre seulement 34% des hommes. L'homme se distinguerait seulement par une utilisation plus large de moyens alternatifs (non spécifiés). Enfin, l'homme décide trois fois plus souvent que la femme de limiter ses interventions à la consultation médicale.
- ✓ **Le recours à des relations avec un autre partenaire** représente une solution **très minoritaire** dans les deux sexes (resp. F 9% et H 13%).

L'APTITUDE DU PATIENT À SE CONFIER A UN PROCHE OU A UN MÉDECIN

Elle peut s'évaluer par exemple avec le délai ayant couru avant que le patient n'accepte d'en parler avec son partenaire, ou l'un de ses proches, ou encore avec un médecin. **Certains ne l'avaient jamais fait avant d'aborder la question chez leur médecin : c'est le cas de 9% des femmes et de 16% des hommes.**



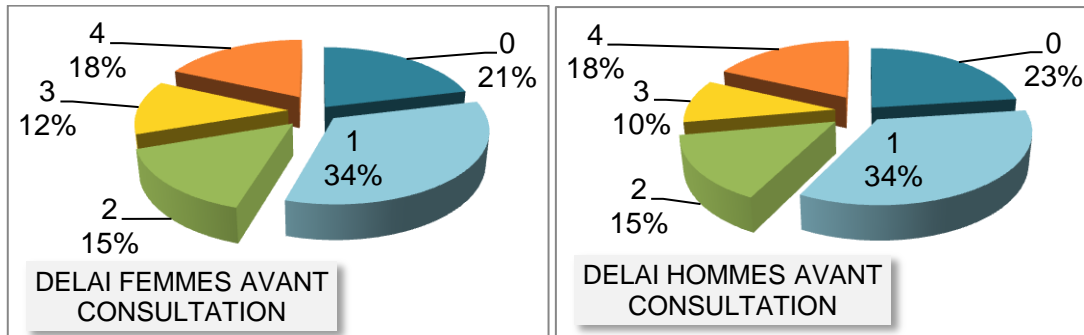
Délai moyen femme : 0,90

Délai moyen homme : 1,26

0	Inférieur à six mois
1	De six mois à moins de deux
2	De deux ans à moins de cinq
3	De cinq à moins de dix ans
4	Dix ans ou plus

- ✓ Ainsi, **3% des femmes** et **12% des hommes** auront attendu **au moins dix ans** pour se confier à un proche,
- ✓ contre respectivement **42% et 27%** qui l'auront fait au bout **de six mois**

DÉLAI AVANT LA PREMIÈRE CONSULTATION MÉDICALE



Délai moyen femmes : 1,73

Délai moyen hommes : 1,66

0	Inférieur à six mois
1	De six mois à moins de deux ans
2	De deux ans à moins de cinq ans
3	De cinq à moins de dix ans
4	Dix ans ou plus

- ✓ Les délais de consultation médicale sont très comparables dans les deux sexes.
- ✓ Alors que respectivement **21%** des **femmes** et **23%** des **hommes** auront consulté un médecin **moins de 6 mois** après l'apparition de leur trouble,
- ✓ **18%** des **hommes** et des **femmes** ne le feront **qu'après 10 ans au moins**.

RAPPORT DES PATIENTS AVEC LEUR MÉDECIN TRAITANT S'AGISSANT DE L'ABORD ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LEUR DYSFONCTION SEXUELLE 19

PATIENTS S'ÉTANT CONFIÉS À LEUR MÉDECIN TRAITANT

- ✓ Il s'agit de **38%** des **femmes** et de **64%** des **hommes**, soit environ **deux tiers** des **hommes** contre **un tiers** des **femmes**.

QUI, DU MÉDECIN ET DE SON PATIENT, A PRIS L'INITIATIVE D'ABORDER LE SUJET ?

- ✓ Il apparaît que **la totalité** des **femmes (100%)** ainsi que **la très grande majorité** des **hommes (82%)** qui se sont confiés à leur médecin généraliste à propos de leurs difficultés sexuelles, l'ont fait **de leur propre initiative** et non parce que leur médecin avait lui-même évoqué la question.

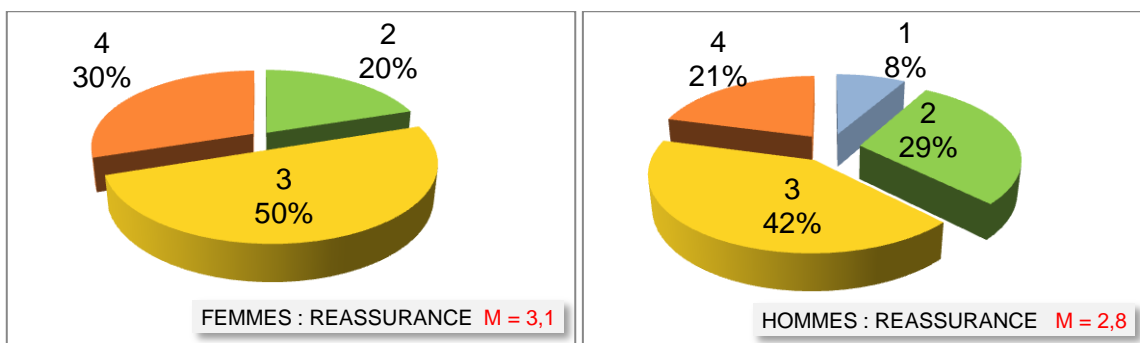
PROPORTION DES PATIENTS DONT LES DYSFONCTIONS SEXUELLES ONT EFFECTIVEMENT ÉTÉ PRISES EN CHARGE PAR LEUR MÉDECIN TRAITANT

- ✓ Ils étaient respectivement 38% des femmes et 64% des hommes à s'être confiés à leur médecin traitant,
- ✓ Ils sont respectivement **31%** et **58%** à être **pris en charge** par **ce dernier** pour leur dysfonction sexuelle.

ÉVALUATION PAR LES PATIENTS DE LA PRISE EN CHARGE DE LEUR DYSFONCTION SEXUELLE PAR LEUR MÉDECIN TRAITANT

INDICE	QUALIFICATIF
0	TRÈS PEU SATISFAISANT
1	PEU SATISFAISANT
2	MOYEN
3	BON
4	EXCELLENT

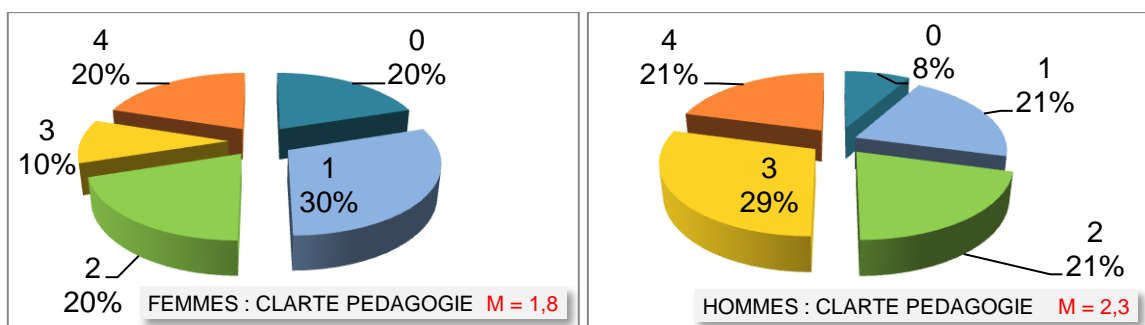
- ✓ AISANCE DU M.T. DANS CE DOMAINE, CAPACITÉ DE RASSURER SON PATIENT



- Tout d'abord sur la **faculté à rassurer et à dédramatiser la situation** dans un climat serein, hommes et femmes s'accordent pour juger leur **M.T. très efficace à efficace pour 80% des femmes et 63% des hommes**, seuls 8% de ces derniers le jugeant assez peu efficace.

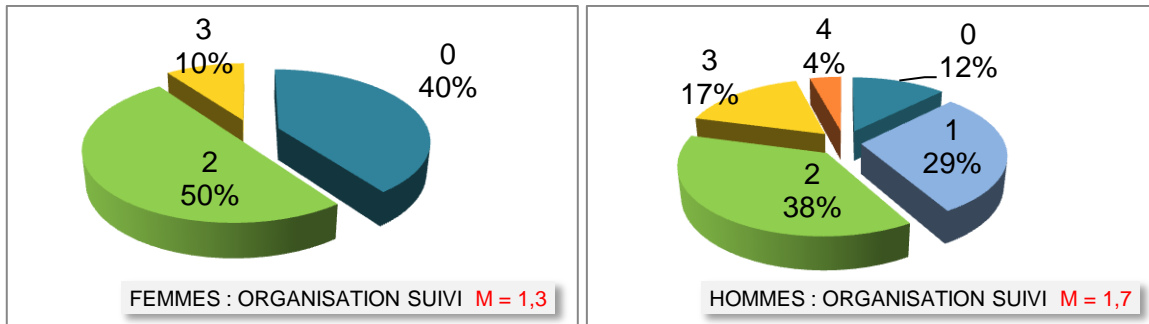
20

- ✓ CLARTÉ ET PÉDAGOGIE DU M.T., APTITUDE À DONNER DES EXPLICATIONS PUIS À VÉRIFIER LA COMPRÉHENSION DU PATIENT



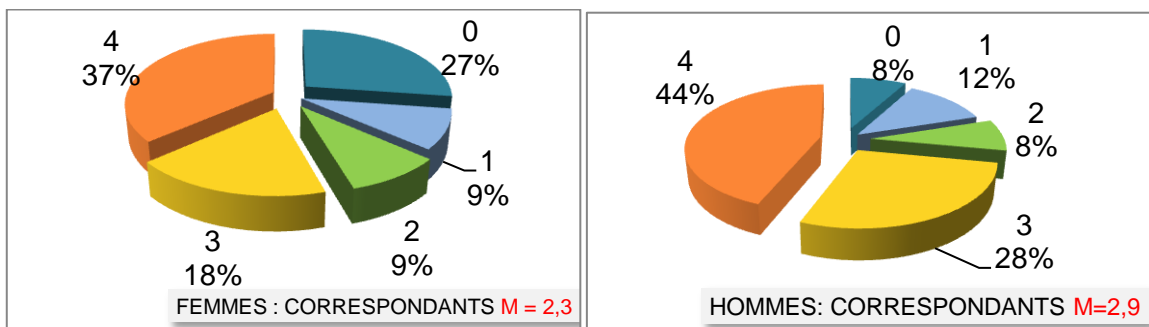
- En ce qui concerne **ses qualités pédagogiques** et son aptitude à fournir spontanément des explications, l'appréciation est **plus nuancée côté femmes** puisque **seulement 50% d'entre elles les considèrent excellentes à correctes**, contre **71% du côté des hommes** ; enfin **20% des femmes et 8% des hommes** jugent ces mêmes **qualités très insuffisantes**.

✓ ORGANISATION, MÉTHODE ET SUIVI DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT



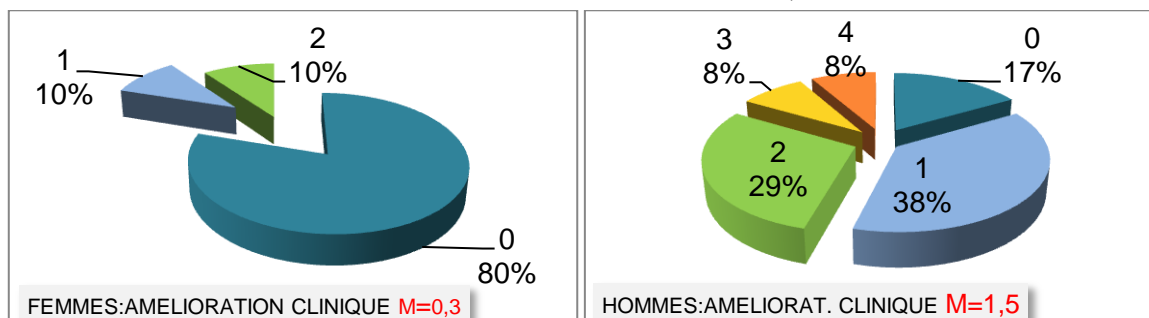
- Les patients paraissent un peu douter de la **capacité d'organisation du MT** (médecin traitant) concernant cette prise en charge, **40% des femmes la jugeant insatisfaisante et 50% moyennement satisfaisante**. D'autre part **59% des hommes** la considèrent **moyennement à très satisfaisante**, alors que **12%** la jugent **très insuffisante**.

✓ APTITUDE À ADRESSER LE PATIENT VERS DES CORRESPONDANTS SPÉCIALISÉS QUAND JUGÉ NÉCESSAIRE



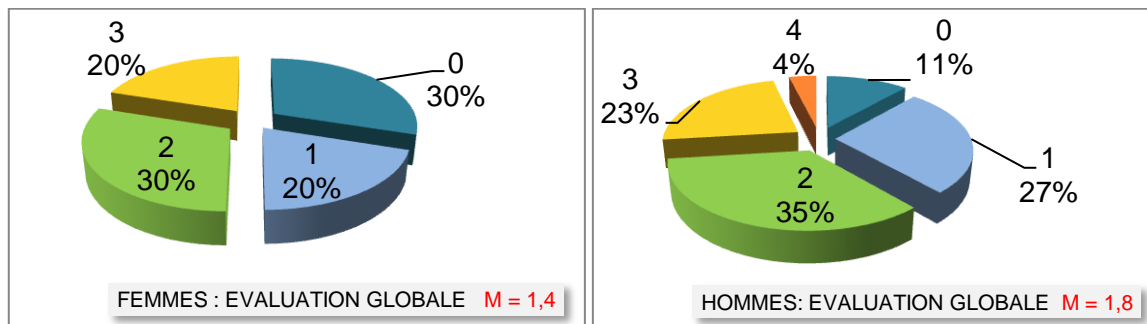
- La capacité à **faire appel aux ressources extérieures**, notamment à adresser le patient à des confrères plus spécialisés dès que nécessaire, est considérée **satisfaisante à très satisfaisante pour 40% des femmes**, mais très insuffisante pour 27% d'entre elles. **Les hommes** sont, sur ce point encore, davantage positifs avec **72% d'entre eux la jugeant satisfaisante à très satisfaisante** contre 20% assez peu à pas satisfaisante.

✓ OBTENTION D'UNE AMÉLIORATION CLINIQUE SATISFAISANTE



- C'est sur le **plan des capacités d'améliorations thérapeutiques** que les femmes, et les hommes dans une moindre mesure, évaluent **plutôt voire très médiocrement** leur médecin traitant : **80% d'entre elles** jugent l'amélioration clinique **très insuffisante**, alors que **45% des hommes** la considèrent **correcte à très satisfaisante** et **55% insuffisante à très insuffisante**.

✓ ÉVALUATION GLOBALE PAR LE PATIENT DE LA PRISE EN CHARGE PAR SON MÉDECIN TRAITANT DE SES DYSFONCTIONS SEXUELLES



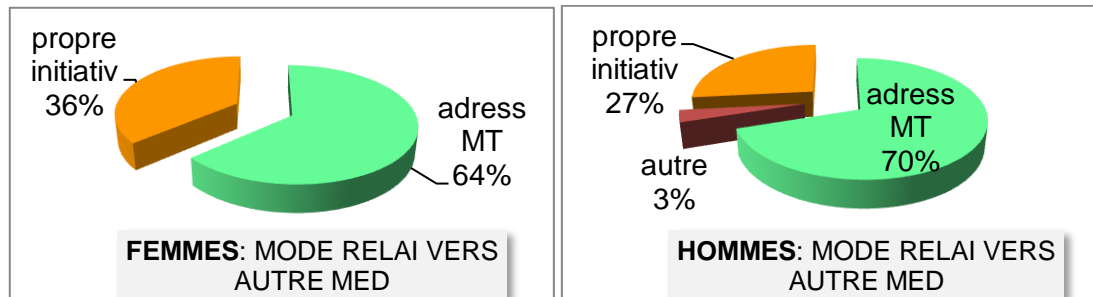
- **L'appréciation globale** formulée à l'issue des 5 questions précédentes révèle **que la moitié des femmes s'estiment moyennement satisfaites à satisfaites de leur prise en charge**, le reste se répartissant entre **peu satisfaites (20%)** ou **très peu satisfaites (30%)** ; la moyenne chiffrée réalisée sur l'ensemble du groupe féminin est de **1,4 / 4**.
- Les **hommes** sont dans l'ensemble **plus satisfaits** que les femmes, **62% d'entre eux s'estiment assez satisfaits à très satisfaits**, seulement **11% très peu satisfaits**, le tout pour une moyenne de **1,8 / 4**. NB : Les moyennes par rubrique et par sexe figurent sur les graphiques correspondants.

TABLEAU DE SYNTHÈSE ÉVALUATION PAR LES PATIENTS DE LA PRISE EN CHARGE DE LEUR DYSFONCTION SEXUELLE PAR LEUR MÉDECIN TRAITANT	FEMMES	HOMMES
AISANCE, CAPACITE A RASSURER SON PATIENT	3,1	2,8
CLARTÉ ET PÉDAGOGIE, EXPLICATIONS	1,8	2,3
ORGANISATION, MÉTHODE ET SUIVI PRISE EN CHARGE	1,3	1,7
CAPACITE DE DELEGATION AUX CORRESPONDANTS	2,3	2,9
AMÉLIORATION CLINIQUE SATISFAISANTE	0,3	1,5
ÉVALUATION GLOBALE DE LA PRISE EN CHARGE MT	1,4	1,8

MISE EN PLACE D'UN RELAI À LA SUITE DU MÉDECIN TRAITANT

➤ MODALITES DE LA PRISE DE RELAI PAR UN AUTRE MÉDECIN

- Le patient est adressé par son médecin-traitant à un confrère.
- Le médecin-traitant n'a pas envisagé de relai ou bien le patient ne souhaite pas se tourner vers le médecin proposé par son MT : il décide de trouver lui-même un médecin avec qui poursuivre la prise en charge de ses dysfonctions sexuelles.
- Autre possibilité, qui sera explicitée par le patient.

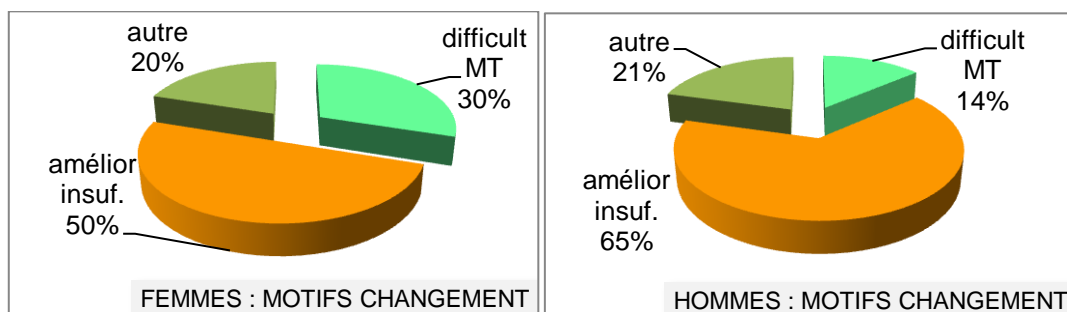


Ainsi, **64%** des **patientes** et **70%** des **patients** poursuivent une prise en charge en **continuité avec celle de leur médecin traitant**, qui les a lui-même adressés à un confrère.

✓ LES MOTIFS DE CE CHANGEMENT DE MÉDECIN

23

- Médecin et patient constatent ensemble que, malgré un traitement correctement conduit, l'insuffisance de l'amélioration clinique nécessite de passer la main à un médecin spécialisé dans ce domaine, dans l'intérêt du patient.
- Le patient, qui a rencontré des difficultés d'ordre divers avec son MT, décide de son propre chef d'avoir recours à une nouvelle prise en charge sans en référer à ce dernier.
- Autre possibilité, que le patient explicite.



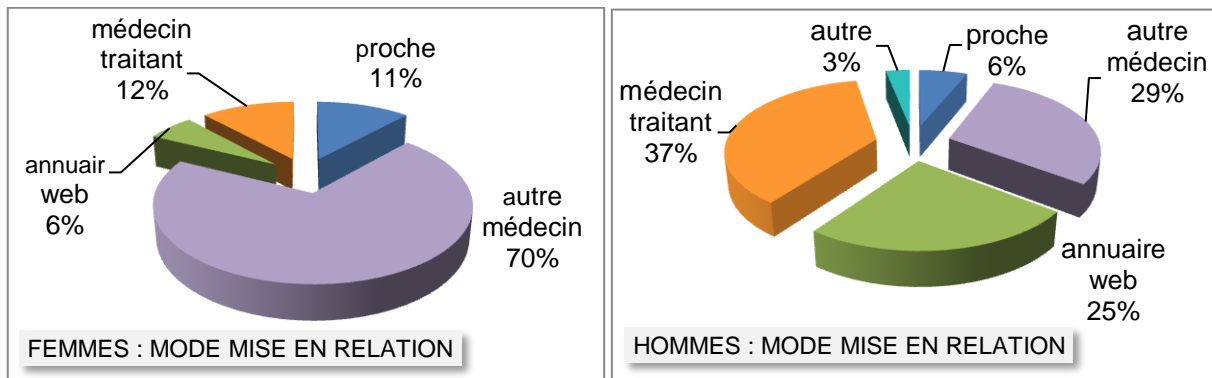
- ✓ **En ce qui concerne les hommes**, les graphiques font apparaître que le **changement est majoritairement lié à une amélioration clinique insuffisante (65%) ou à une autre cause (21%)**, bien plus qu'à l'existence d'une difficulté rencontrée avec le MT (14%).
- ✓ Par opposition, **les femmes semblent éprouver davantage de difficultés liées au MT (30%)**, mais le motif **prépondérant** reste le **manque d'amélioration clinique (50%)** à côté d'autres causes.

LE PATIENT ET LE MÉDECIN SEXOLOGUE

➤ MODE DE MISE EN RELATION

Voici les possibilités explorées par le questionnaire :

- Adressé par son médecin traitant
- Adressé ou conseillé par un autre médecin ou professionnel de santé
- Conseillé par un proche, parent, ami, collègue de travail
- Coordonnées recherchées sur un annuaire ou sur un site web
- Autre cas



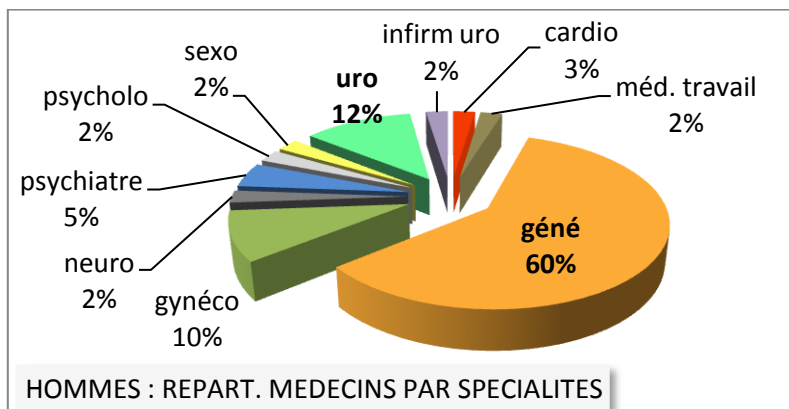
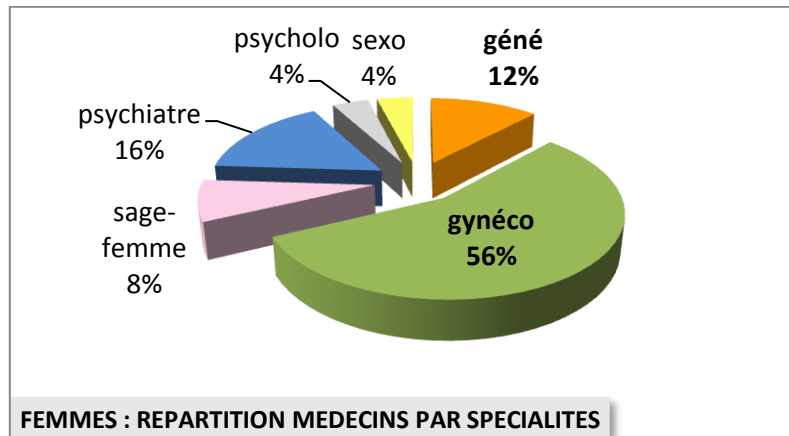
Les schémas *diffèrent en fonction du sexe* : **majoritairement (70%)** par l'intermédiaire d'un médecin **autre que le médecin traitant chez les femmes**, qui ont d'autre part **peu recours au web (6%)**.

Chez les **hommes** en revanche, le recrutement s'établit de manière équilibrée entre le **médecin traitant (37%)**, **un autre médecin (29%)**, et **l'annuaire ou le web (25%)**.

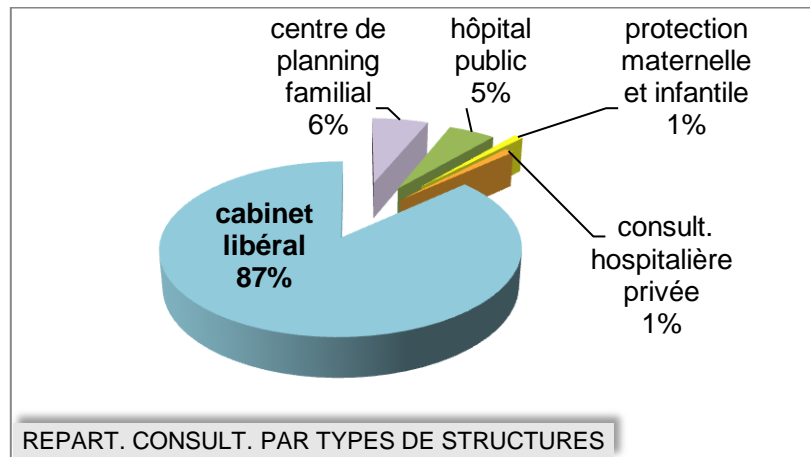
➤ VENTILATION PAR SPÉCIALITÉ DES MÉDECINS AYANT ADRESSÉ UN PATIENT AU MÉDECIN SEXOLOGUE

Ce sont d'abord des spécialistes de la **femme, gynécologues (56%) et sage-femmes (8%)** qui orientent celles-ci.

Pour les **hommes**, les **médecins généralistes (60%)** y prennent une part prépondérante.



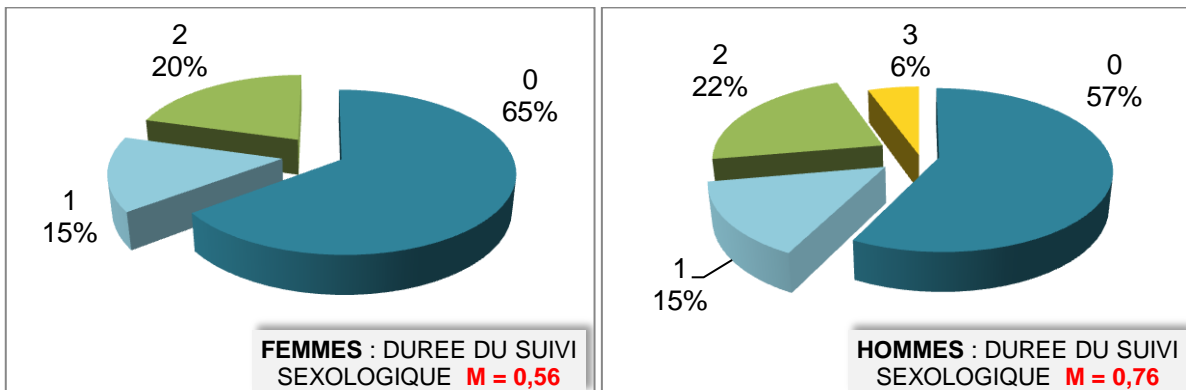
➤ DISTRIBUTION DES CONSULTATIONS DE SEXOLOGIE MÉDICALE PAR TYPES DE STRUCTURES



La grande majorité des consultations (87%) ont eu lieu en cabinet libéral.

Toutefois tous les types de structures sont représentés : **secteur public hospitalier (5%)**, secteur **privé hospitalier (1%)**, centre de **protection maternelle et infantile (1%)** et centre de **planning familial (6%)**. Aucune différence de répartition selon le sexe.

➤ DURÉE DE LA PRISE EN CHARGE CHEZ LE SEXOLOGUE



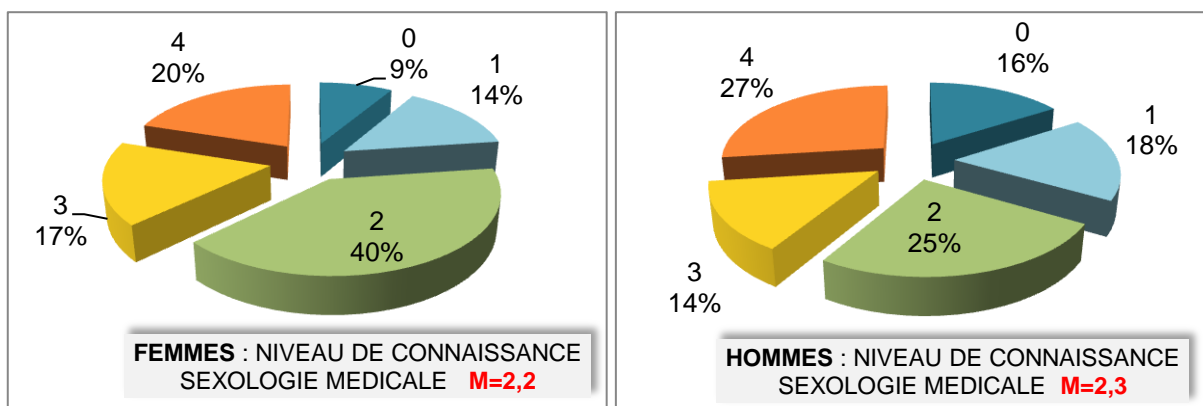
0	Inférieur à six mois
1	De six mois à moins d'un an
2	De un ans à moins de cinq ans
3	Cinq ans ou plus

Les durées de **prises en charge** chez le médecin sexologue sont **majoritairement courtes (inférieures à 6 mois pour 65% des femmes et pour 57% des hommes)**.

Mais environ **20% des patients des deux sexes** présentent une durée de suivi comprise entre **un et cinq ans** et **6% des hommes** une durée **d'au moins 5 ans**.

La durée moyenne de suivi pour les deux sexes est inférieure à un an, avec une durée un plus longue pour les hommes.

➤ NIVEAU DE CONNAISSANCE DE LA SEXOLOGIE MÉDICALE PAR LES PATIENTS AVANT D'AVOIR CONSULTÉ



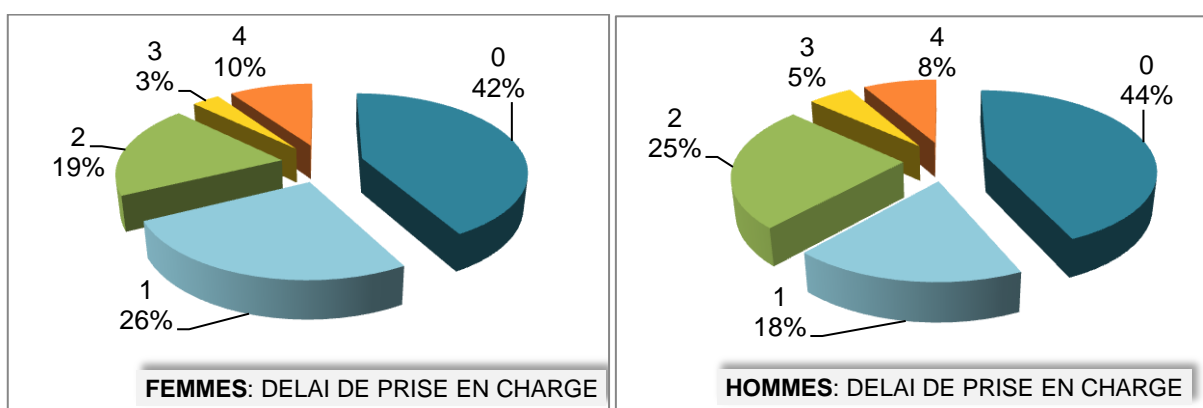
INDICE	QUALIFICATIF
0	TRÈS PEU SATISFAISANT
1	PEU SATISFAISANT
2	MOYEN
3	BON
4	EXCELLENT

77% des femmes disent avoir eu un niveau de connaissance au minimum moyen, et 37% un niveau bon ou très bon.

Chez les hommes, ces valeurs passent respectivement à 66% et 41%.

On constate une répartition équitable des différents niveaux de connaissance, les graphiques des hommes (valeur moyenne de 2,2) et des femmes (valeur moyenne de 2,3) étant d'apparence très similaire.

➤ INTERVALLE DE TEMPS SÉPARANT LA PREMIÈRE CONSULTATION POUR DYSFONCTION SEXUELLE ET LE DÉBUT DE PRISE EN CHARGE PAR UN MÉDECIN SEXOLOGUE



Moyenne du délai femmes : 1,13

Moyenne du délai hommes : 1,17

0	Inférieur à six mois
1	De six mois à moins de deux ans
2	De deux ans à moins de cinq ans
3	De cinq à moins de dix ans
4	Dix ans ou plus

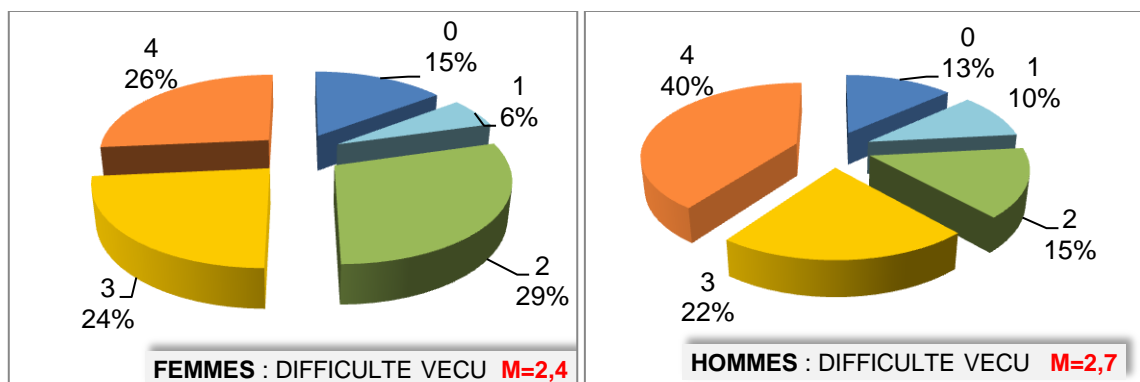
- ✓ **42% des femmes et 44% des hommes** ont pu bénéficier d'une prise en charge par un **médecin sexologue moins de six mois** après la toute première consultation médicale en rapport avec leur dysfonction.
- ✓ Au contraire, **10% des femmes et 8% des hommes** attendront au minimum **dix ans** avant de débiter cette prise en charge.

LES PATIENTS EXPRIMENT COMMENT ILS ONT VÉCU LEUR PARCOURS MÉDICAL

- ✓ Ils ont donné leur avis à propos de **cinq aspects de ce parcours** destiné à soulager ou faire disparaître leurs difficultés sexuelles.
- ✓ Il s'agit en premier lieu de leur **ressenti** sur un plan affectif et émotionnel, lié au domaine très particulier et intime de ces difficultés, au regard porté par les autres et notamment celui des divers médecins qu'il a pu consulter, à la longueur du parcours et à ses incertitudes comme à ses échecs, ainsi qu'à la souffrance associée plus directement à la dysfonction elle-même.
- ✓ Le deuxième aspect exploré réside dans la manière dont **ils se sont sentis accueillis**, rassurés et soutenus par les différents interlocuteurs, médecins et autres, qu'ils ont cotoyés ou croisés.
- ✓ Leur **facilité de repérage** au milieu de ce foisonnement de spécialités médicales constituait l'objet de la troisième question.
- ✓ **L'accessibilité aux soins de santé sexuelle** fait l'objet des deux derniers points : les spécialistes en ce domaine sont-ils facilement **identifiables** et **les rendez-vous** peuvent-ils s'obtenir dans un délai raisonnable ?
- ✓ Par ailleurs, **leur coût** est-il compatible avec leurs ressources ?

DIFFICULTÉ DU VÉCU SUR L'ENSEMBLE DU PARCOURS

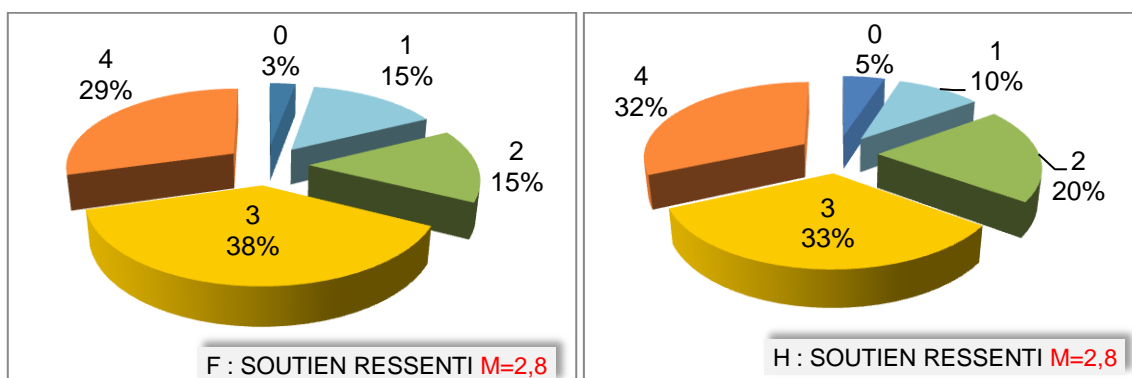
- ✓ Notons que **50%** des **femmes** et **62%** des **hommes** admettent avoir vécu un parcours **difficile** ou **très difficile**.
- ✓ A l'inverse, **21%** des **femmes** et **23%** des **hommes** se situent dans la fourchette "**pas du tout** ou **assez peu difficile**".
- ✓ Il est donc intéressant de constater une **grande hétérogénéité** en terme de difficulté de ces vécus.



INDICE	QUALIFICATIF
0	TRES PEU DIFFICILE
1	PEU DIFFICILE
2	ASSEZ DIFFICILE
3	DIFFICILE
4	TRES DIFFICILE

➤ SOUTIEN RESSENTI DE LA PART DES MÉDECINS ET DU PERSONNEL SOIGNANT

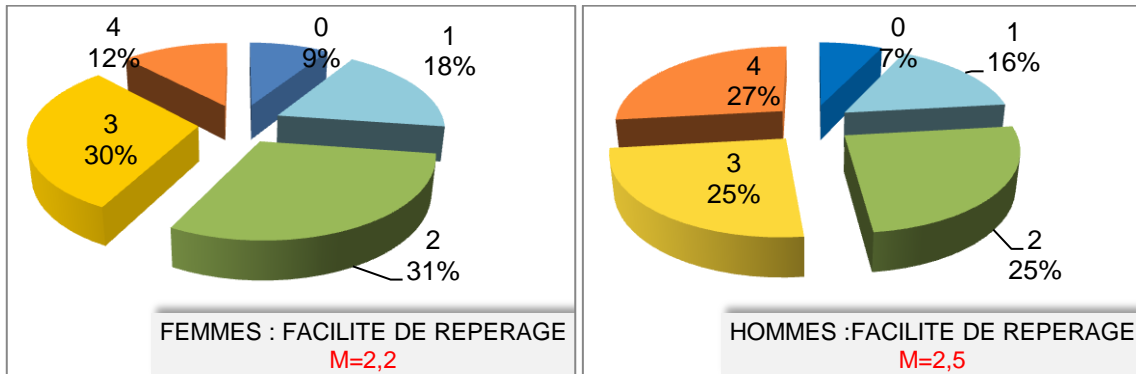
- ✓ Ainsi, **67%** des **femmes** et **65%** des **hommes** disent avoir reçu un **soutien satisfaisant** à **très satisfaisant** ;
- ✓ à l'inverse, **18%** des **femmes** et **15%** des **hommes** le qualifie de **peu ou très peu satisfaisant**.
- ✓ Les répartitions sont très semblables dans les deux sexes, et **les moyennes égales**.
- ✓



INDICE	QUALIFICATIF
0	TRES PEU SATISFAISANT
1	PEU SATISFAISANT
2	MOYENNEMENT SATISFAISANT
3	BON
4	EXCELLENT

➤ FACILITÉ DE RÉPÉRAGE ENTRE LES DIVERSES SPÉCIALITÉS

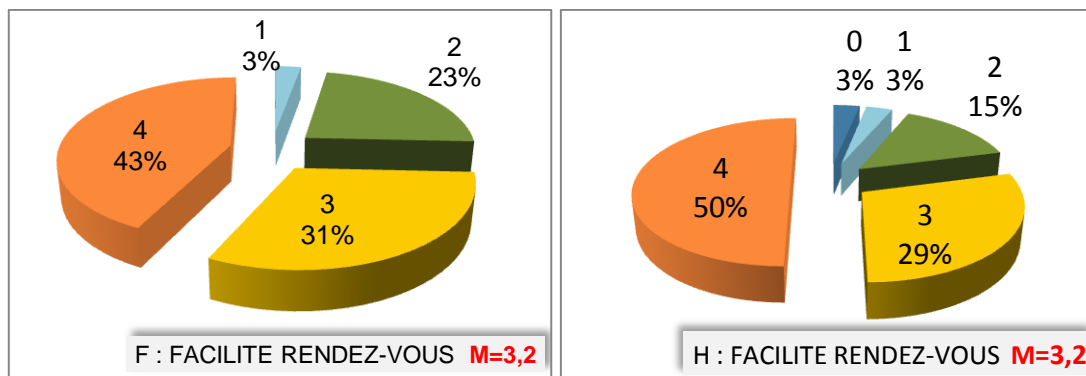
Elle est **bien présente** pour **42%** des **femmes (facile à très facile)** et pour **52%** des **hommes**, mais par ailleurs jugée **très insuffisante** chez **27%** des **femmes** et chez **23%** des **hommes**.



INDICE	QUALIFICATIF
0	TRÈS PEU SATISFAISANTE
1	PEU SATISFAISANTE
2	MOYENNEMENT SATISFAISANTE
3	SATISFAISANTE
4	EXCELLENTE

➤ FACILITÉ D'OBTENTION DES RENDEZ-VOUS

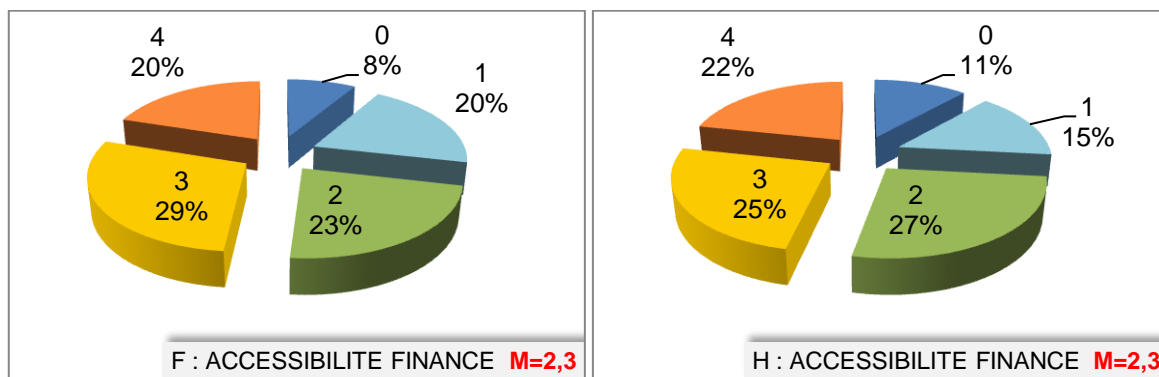
Les rendez-vous sont jugés **faciles** ou **très faciles** à obtenir par **74%** des **femmes** et **79%** des **hommes** ; le groupe "**peu facile**" concerne **3%** des **femmes** et **3%** des **hommes**. Enfin seuls **3%** des **hommes** estiment qu'il existe une **difficulté importante** à cet égard.



INDICE	QUALIFICATIF
0	TRÈS DIFFICILE
1	ASSEZ DIFFICILE
2	MOYENNEMENT FACILE
3	FACILE
4	TRÈS FACILE

➤ ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE DU PARCOURS MÉDICAL

Celle-ci apparaît **satisfaisante à très satisfaisante à 49% des femmes et 47% des hommes** de l'étude. En revanche, **28% des femmes et 26% des hommes jugent ces soins peu ou très peu abordables**. Enfin, la valeur moyenne **M=2,3** identique dans les deux sexes, ne varie pratiquement pas en fonction de la tranche d'âge considérée.



INDICE	QUALIFICATIF
0	TRÈS PEU SATISFAISANTE
1	PEU SATISFAISANTE
2	MOYENNEMENT SATISFAISANTE
3	SATISFAISANTE
4	EXCELLENTE

DISCUSSION

RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Afin de nous documenter sur le thème du parcours médical en sexologie, nous avons débuté par une recherche bibliographique sur la base de données PUBMED.

Les revues traitant des pathologies sexuelles sont nombreuses, en priorité celles des sociétés savantes de sexologie médicale, d'urologie, de gynécologie, de psychologie et de psychiatrie, de médecine générale et enfin de pratique infirmière. Nous avons constaté rapidement que les articles abordaient principalement les aspects physiopathologiques, épidémiologiques, psychologiques, génétiques, pharmacologiques, thérapeutiques et enfin éthiques, mais pas directement le thème qui nous intéressait.

Peut-être que la notion spécifique du parcours médical n'a pas été identifiée en tant que telle par les auteurs. Nous pensons qu'il en irait de même si nous nous étions intéressés aux parcours médicaux des patients de toute autre spécialité médicale ou chirurgicale, probablement pour des raisons similaires.

Toujours en matière de ressources bibliographiques, nous nous sommes procurés un accès en ligne à deux grandes revues de sexologie, l'une française intitulée "Sexologies", l'autre, "The Journal of Sexual Medicine," publiée aux USA ; malgré la grande variété des thèmes abordés et la spécialisation poussée de ces deux revues, nous n'avons pas davantage retrouvé d'article dans ce sens.

Les archives bibliographiques disponibles en ligne de l'AIUS (Association Interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie) n'a pas donné davantage de résultats, pas plus que la consultation des collections en ligne de trois autres revues françaises généralistes reconnues, "Prescrire" , "La Revue du Praticien", et enfin "La Presse Médicale" (Editions ELSEVIER-MASSON).

32

A PROPOS DE LA MISE EN OEUVRE DE L'ETUDE, INTERET ET LIMITES

Afin de contourner la difficulté du recrutement à grande échelle en population générale, nous avons envisagé dans un premier temps de *nous adresser directement aux individus bénéficiant déjà d'une prise en charge de leurs dysfonctions sexuelles, c'est à dire aux patients des consultations de médecine générale, médecine sexuelle, psychiatrie, gynécologie, urologie et andrologie, endocrinologie, etc.*

Un obstacle important allait toutefois apparaître, celui du mode de sélection des patients à inclure au sein des patientèles des différents praticiens, mais aussi celui de la multiplication des démarches pour les différentes spécialités énumérées ci-dessus : nous avons donc finalement décidé de recentrer notre étude sur les seuls patients des médecins-sexologues de la Région Nord-Pas-de-Calais.

L'étude allait sans doute perdre en termes de puissance statistique et introduire une spécificité inévitable en se focalisant sur cette seule spécialité, mais gagner beaucoup en matière de faisabilité dans le cadre d'une thèse ; par ailleurs, les médecins sexologues de la région paraissaient intéressée par l'idée d'une étude, bien sûr de dimension modeste, mais qui donnerait certaines indications sur les caractéristiques de leur patientèle spécifique.

Nous avons d'autre part opté pour l'utilisation d'un questionnaire remis au patient par son médecin à l'occasion d'une consultation et accompagné de quelques explications de ce dernier sur l'objet de l'enquête et sur l'utilisation du formulaire : ce moyen de recueil nous a paru simple de mise en œuvre, et susceptible

de limiter au maximum le biais que pourrait introduire un entretien en face à face ou même téléphonique, car aborder le thème intime de la sexualité et de ses difficultés avec un interlocuteur inconnu semble une gageure.

Au-delà de la plus grande neutralité du cadre de l'enquête évoquée ci-dessus, le patient serait à même de remplir le questionnaire en toute tranquillité, échappant au risque de voir certaines réponses induites par un enquêteur extérieur et non professionnel ou par la situation de stress et de temps minuté ; la méthode garantit d'autre part au maximum le respect de l'anonymat des patients, puisque la personne destinataire des questionnaires complétés et qui les exploiterait ne disposerait d'aucune indication susceptible d'identifier le médecin et encore moins le patient.

Le choix de la forme écrite permet en outre au patient de se relire, d'affiner ses réponses et de réaliser une synthèse des divers points abordés, avec l'effet bénéfique que cette démarche peut comporter.

Enfin, la surcharge de travail occasionnée aux médecins prenant part à l'enquête resterait raisonnable, une courte explication auprès du patient suffisant la plupart du temps lors de la remise du questionnaire .

En contrepartie pouvaient se manifester certains défauts : l'absence de référent vers lequel le patient pourrait obtenir des précisions en cas de difficulté lors de la "rédaction" du questionnaire, puisque le principe du respect d'un anonymat strict ne nous permettait pas de rentrer en relation avec eux, et que d'autre part le médecin-sexologue n'aurait pas vocation à le faire ; ensuite, la nécessité pour le patient de faire l'effort de compléter un questionnaire assez long, en dehors du cadre plus rassurant du cabinet de son médecin, puis d'aller enfin le poster à l'aide de l'enveloppe affranchie qui lui aurait été fournie.

Dans le meilleur des cas, les résultats de l'étude ne seraient donc applicables qu'aux patients du Nord Pas-de-Calais consultant un médecin-sexologue à un certain point de leur parcours.

Il existerait un biais de recrutement lié à une ***participation très inégale des sexologues inclus dans l'étude*** en fonction de leur mode d'exercice, libéral ou public, les praticiens libéraux étant certainement sur-représentés par rapport à leurs collègues du secteur public, moins nombreux et surtout moins accessibles.

33

La dernière difficulté prévisible allait résider dans la ***très petite taille de l'effectif des médecins sexologues***, comparé à celui de la plupart des autres spécialités médicales, et l'on pouvait craindre en retour de ne pouvoir s'adresser qu'à un nombre limité de patients, l'intérêt de l'étude restant alors limité d'un point de vue de sa puissance statistique.

Cet obstacle aurait pu être contourné à condition de mener l'étude sur un temps suffisamment long, ce que nous n'allions malheureusement pouvoir assurer du fait de contraintes personnelles : la période globale de diffusion puis de recueil des questionnaires n'allait finalement durer que ***trois mois***.

Nous nous sommes ensuite interrogés sur la nature exacte ***des biais*** que pouvait introduire cette limitation de l'étude aux seuls patients des sexologues, si l'on souhaitait "l'exporter" ou l'utiliser hors de sa population d'origine :

"Quels sont les points éventuels qui permettraient de distinguer objectivement un patient consultant un médecin sexologue, de celui s'adressant pour des motifs comparables à un généraliste, ou à un urologue, une gynécologue, etc ?"

Probablement, pour la fraction de patients qui le consultent d'emblée, une meilleure connaissance du système médical et de cette spécialité assez peu connue en particulier, dans un contexte d'exigence plus poussée en matière de soins ; ceci correspond assez bien au profil des patients de notre échantillon, dont le niveau d'études est globalement élevé.

Pour les autres, la nuance ne portera que sur le stade de leur prise en charge, le médecin traitant ou la gynécologue assurant leur rôle de premier recours, traitant ce qui peut l'être à leur niveau, et adressant par la suite leur patient à un médecin sexologue dans le cadre seulement de tableaux cliniques plus complexes

ou plus sévères, ce qui justifiera alors pleinement ce recours à davantage de spécialisation, le médecin intervenant en première ligne étant quant à lui assez compétent pour gérer les tableaux les plus simples.

QUESTIONNAIRE : SUR LA FORME ET SUR LE FOND

"Intéressant, très complet, mais **affreusement trop long** ; essayons tout de même...", a été le commentaire indulgent d'une des médecins-sexologues à qui nous proposons de distribuer le questionnaire auprès de ses patients, dans sa version la plus courte !

Voici les principales carences retrouvées dans notre questionnaire à l'issue, au fil des retours :

- ❖ Oubli de la mention des *motifs ayant conduit certains patients à ne pas recourir à une prise en charge auprès de leur médecin traitant*.
- ❖ Absence totale de questions relatives aux *antécédents médicaux, somatiques ou psychiatriques*, pourtant intimement liés dans beaucoup de cas, aux dysfonctions sexuelles.
- ❖ Omission de mentionner les *enfants* ; et pourtant cette information sur leur existence – ou sur leur absence, parfois – en dit long sur cette nouvelle dimension – y compris sur le plan sexuel – que va revêtir la vie d'un individu, et celle d'un couple, même après une séparation, et cela bien que sexualité et procréation soient maintenant moins étroitement liés depuis l'avènement de la contraception.
- ❖ Absence de question explorant *l'attitude du conjoint*, ou du partenaire, *vis-à-vis de la démarche thérapeutique* du patient ; celui-ci a-t-il informé celui-là de ses troubles, de sa volonté de guérir, a-t-il reçu en retour quelque encouragement de sa part, ou même la proposition de son conjoint de s'associer dans une thérapie de couple : c'est toujours un couple qui est malade, même si l'un des deux partenaires l'est peut-être de manière plus bruyante, ou plus sévère, que l'autre...
- ❖ Imprécision sur la notion de *prise en charge effective* des dysfonctions sexuelles, notamment par le médecin traitant : à partir de quel degré d'intervention du médecin peut-on parler de prise en charge effective ? Est-ce une question de durée, d'amélioration clinique effective, où bien la réalisation par le médecin traitant d'un "simple" dépistage débouchant sans délai sur une prise en charge effective par un médecin relai spécialisé – par exemple un médecin-sexologue – peut-elle être considérée comme une prise en charge à part entière ? Nous pensons que c'est effectivement le cas, même si l'étape thérapeutique à proprement parler devient du ressort d'un autre médecin.
- ❖ L'ensemble de ces *critiques* nous a incité à assurer la conception d'une *nouvelle version de ce questionnaire*, utilisée ultérieurement auprès de patients de la Région Parisienne, afin de comparer les deux outils et, bien sûr, d'explorer cette même thématique au sein d'une région différente.

DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ÉTUDE

LA DISTRIBUTION DES PATIENTS SELON LEUR SEXE

Il s'agit là du premier résultat d'apparence un peu surprenante :

FEMMES 35%	IC à 95% FEMMMES [25.91-45.26]	HOMMES 65%	IC à 95% HOMMES [54.74-74.09]
------------	-----------------------------------	------------	----------------------------------

Première hypothèse : l'existence d'une répartition analogue spontanée au sein de la population du Nord-Pas-de-Calais, hypothèse de pure forme bien sûr, et que viennent invalider les chiffres du dernier recensement de 2010, Région Nord-Pas-de-Calais : 1.948.843 hommes vs 2.089.314 femmes (Source : INSEE 2010).

Deuxième hypothèse: " La prévalence des dysfonctions sexuelles est plus élevée chez les hommes que chez les femmes."

Nous nous sommes donc référés aux informations disponibles à ce sujet dans l'article de Sharman LEVINSON, "*La difficulté de la fonction sexuelle*", extrait de l'étude de 2006 de Nathalie BAJOS et Michel BOZON, parue sous le titre "La sexualité en France, pratiques, genre et santé".

Ainsi, l'auteur de l'article rapporte que " *Au total, 11,7% des femmes et 9% des hommes déclarent être souvent confrontés à au moins l'une des difficultés survenues au cours de l'année passée*".

Par ailleurs, ce même article donne le détail des fréquences de survenue des principaux troubles, par tranche d'âge et par sexe ; nous prenons donc le parti de ne retenir que le niveau de fréquence qualifié de "souvent" par l'auteur, et ainsi susceptible de correspondre à un trouble véritablement vécu comme une pathologie par le sujet.

- Les quatre niveaux de fréquence utilisées sont "souvent", "parfois", "rarement", "jamais".
- Les tranches d'âge de l'étude correspondent à : 18-24 ans ; 25-34 ans ; 35-39 ans ; 40-49 ans ; 50-59 ans ; 60-69 ans.
- Les dysfonctions explorées sont les suivantes :
 - ✓ Hommes : difficultés d'érection, éjaculation précoce, absence ou insuffisance de désir.
 - ✓ Femmes : rapports douloureux, absence ou insuffisance de désir, difficultés d'orgasme.

Nous décidons là encore de ne considérer que la valeur la plus élevée des pourcentages associés à chacun des trois troubles, au risque de minimiser la fraction de population affectée lorsque les différents troubles ne sont pas associés chez une même personne.

Nous obtenons alors le tableau suivant :

ÂGE	18-24 A	25-34 A	35-39 A	40-49 A	50-59 A	60-69 A
HOMMES	5,7 EJ PRE	6,0 EJ PRE	4,9 EJ PRE	5,2 EJ PRE	9,9 EJ PRE	6,1 EJ PRE
FEMMES	11,4 ORG	6,8 DESIR	5,2 DESIR	5,6 DESIR	10,7 DESIR	13,9 ORGAS

EJ PRE=éjaculation précoce ; ORG=troubles de l'orgasme ; DESIR=troubles du désir

Prenons maintenant les valeurs moyennes de prévalence de chaque trouble, puis celle des trois troubles, sur la totalité de l'intervalle 18-69 ans, pour la fréquence "souvent" :

HOMMES	DIFF. ERECTION	EJAC. PRECOCE	INSUF. DESIR	MOYENNE
	2,5	6,5	1,9	3,6
FEMMES	RAPP. DOULOURE	DIFF. ORGASME	INSUF. DESIR	MOYENNE
	2,0	7,3	6,8	5,4

Ainsi, que l'on se base sur cette conclusion de l'auteur " *Au total, 11,7% des femmes et 9,0% des hommes...*" ou sur les valeurs moyennes des prévalence globales des troubles, à la fois en termes de temps (sur toute une vie) ou de type de trouble (on effectue la moyenne des durées moyennes des trois troubles retenus pour chaque sexe), ou encore que l'on raisonne par tranche d'âge en se fiant au trouble le mieux représenté : **les femmes apparaissent dans les trois cas de figures et sur toutes les tranches d'âge, plus nombreuses que les hommes à être affectées par une dysfonction sexuelle.**

Nous rechercherons donc ailleurs l'origine cette dissymétrie des fréquences hommes/femmes.

Une troisième explication pouvait résider dans un taux différent de participation à l'enquête, en faveur des hommes : hypothèse peu probable, les femmes se montrant globalement plus enclines à se consacrer à un comportement de type altruiste (Eagly A. H. 2009, "The his and hers of prosocial behavior : An examination of the social psychology of gender", *American Psychologist*, 64 (8), 644-658) et réservant davantage de temps à la recherche d'informations susceptibles de les aider à résoudre leur difficultés sexuelles, comme nous le montrera plus loin notre enquête.

Quatrième hypothèse : les femmes étant au moins aussi souvent sujettes aux dysfonctions sexuelles que les hommes, *elles consulteraient toutefois moins qu'eux*, du fait d'un vécu de ces dysfonctions supposé moins douloureux, ou d'une plus grande tolérance à la souffrance ou à la frustration notamment de nature sexuelle, ou enfin à une moindre tendance spontanée à assurer un suivi satisfaisant de leur santé.

Ces explications iraient à l'encontre de constatations quotidiennes, qui vont dans le sens d'une meilleure prise en compte par les femmes de la plupart des activités de soins, que ce soient d'esthétique, de bien être, ou médicaux. Il suffit de se rendre dans une salle d'attente de cabinet médical pour y constater la composition très majoritairement féminine de la patientèle.

Ici encore, l'étude citée précédemment nous apporte un éclairage intéressant sur les pourcentages respectifs d'hommes et de femmes ayant consulté pour des troubles sexuels survenant " parfois ou souvent " dans l'année écoulée ; ces valeurs varient bien sûr en fonction du type de trouble élémentaire, de leur possible association, cette dernière majorant de façon importante le recours à la consultation.

	HOMMES : FREQUENCE DE CONSULTATION POUR DIVERSES DYSFONCTIONS SURVENANT "SOUVENT OU PARFOIS"							
DYSFONCTION	DE+EP+ID	DE+EP	DE+ID	EP+ID	DE	EP	ID	TOTAL
FREQ. CONSULT	18%	14%	19%	2%	8%	1,3%	2%	5,1%
EFFECTIF TOT.	184	133	118	262	117	1029	226	2069
EFF. CONSULT.	33	19	22	5	9	13	5	106

	FEMMES : FREQUENCE DE CONSULTATION POUR DIVERSES DYSFONCTIONS SURVENANT "SOUVENT OU PARFOIS"							
DYSFONCTION	DL+ID+DO	DL+ID	DL+DO	ID+DO	DL	ID	DO	TOTAL
FREQ CONSULT	21%	9%	13%	6%	13%	4%	2%	8,1%
EFF. TOTAL	364	122	130	707	219	442	503	2487
EFF. CONSULT	76	11	17	42	28	18	10	202

Légende : DE=dysfonction érectile ; EP= éjaculation précoce ; ID= insuffisance de désir ; DL= rapports douloureux ; DO= difficultés d'orgasme : DYSF= type de dysfonction ou de combinaison de dysfonctions ; FREQ= fréquence de consultation pour la survenue, souvent ou parfois, de cette association ;

EFF TOT= effectif des patients présentant une certaine dysfonction ; EFF CONSUL= effectif des patients ayant consulté pour un type de dysfonction.

A partir de ces deux tableaux, nous avons déterminé pour chaque sexe la fréquence globale de consultation, à partir des moyennes pondérées des taux de consultation pour chacun des 7 groupes d'associations de pathologies ; la moyenne générale de taux de consultation s'élève à **5,1% pour les hommes et à 8,1% pour les femmes.**

Dans le même ordre d'idée, et en ne considérant cette fois-ci que les tableaux d'associations triples de dysfonctions élémentaires, l'auteur de l'article conclut que **18% des hommes et 21% des femmes qui cumulent "souvent ou parfois" les trois difficultés déclarent avoir consulté un professionnel à cette occasion ; lorsque ces mêmes tableaux surviennent "souvent", les chiffres passent respectivement à 38% (pour les hommes) et 59% (pour les femmes).**

A noter que les derniers chiffres issus des deux tableaux ci-dessus, ainsi que ceux cités au paragraphe précédent, concernent une moyenne sur l'ensemble des tranches d'âges couvrant l'étude, de 18 à 69 ans ; nous ne possédons pas d'information détaillée sur le taux de consultation par tranche d'âge.

Ainsi, les hypothèses de travail précédentes sont invalidées : les femmes sont effectivement un peu plus sujettes aux dysfonctions sexuelles que les hommes, mais en outre leur taux de consultation est meilleur ; ces deux éléments devraient ainsi se conjuguer pour déterminer une représentation des femmes supérieure à 50% dans notre échantillon de patients.

Cinquième hypothèse : Le mode de recrutement des patients dans cette étude, qui se limite pour des raisons déjà exposées en début de chapitre aux patientèles des médecins sexologues, **tend à favoriser les hommes** (comme c'est par exemple le cas de manière classique pour le médecin généraliste, qui reçoit beaucoup plus d'hommes que de femmes en première consultation pour dysfonctions sexuelles, alors que les femmes consultent de préférence leur gynécologue en première intention).

Ici encore, l'étude précédente va nous apporter des éléments de réponse : revenons aux tableaux détaillant la fréquence de recours à une consultation des patients hommes et femmes pour chaque association de pathologies simples, mais avec cette fois-ci la mention de la spécialité du médecin sollicité (A noter que le tableau en question ne détaille pas s'il s'agit d'une première, deuxième, ... n ième consultation, au cours d'une première, deuxième,... p ième prise en charge) :

HOMMES : FREQUENCE DE CONSULTATION D'UN MEDECIN SEXOLOGUE POUR DIVERSES DYSFONCTIONS SURVENANT SOUVENT OU PARFOIS								
DYSFONCT.	DE+EP+ID	DE+EP	DE+ID	EP+ID	DE	EP	ID	TOTAL
FREQUENCE	4,4%	3,9%	4,5%	0,8%	0,3%	0,4%	0%	1,2%
EFF. TOTAL	184	133	118	262	117	1029	226	2069
EFF. CONSUL	8	5	5	2	0	4	0	24

FEMMES : FREQUENCE DE CONSULTATION D'UN MEDECIN SEXOLOGUE POUR DIVERSES DYSFONCTIONS SURVENANT SOUVENT OU PARFOIS								
DYSFONCT.	DL+ID+DO	DL+ID	DL+DO	ID+DO	DL	ID	DO	TOTAL
FREQUENCE	1,8%	0,4%	0%	0,4%	0%	0,4%	0,2%	0,5%
EFF. TOT	364	122	130	707	219	442	503	2487
EFF. CONSUL	7	0	0	3	0	2	1	13

Légende : DE=dysfonction érectile ; EP= éjaculation précoce ; ID= insuffisance de désir ; DL= rapports douloureux ; DO= difficultés d'orgasme : DYSF= type de dysfonction ou de combinaison de dysfonctions ; FREQ= fréquence de consultation pour la survenue, souvent ou parfois, de cette association ; EFF TOT= effectif des patients présentant une certaine dysfonction ; EFF CONSUL= effectif des patients ayant consulté pour un type de dysfonction

Les deux tableaux font apparaître que le taux de consultation **chez un sexologue**, pour une dysfonction sexuelle isolée ou multiple, survenant "*souvent ou parfois*", est sensiblement égale à **1,2% chez les hommes** et de **0,5% chez les femmes**.

Ces chiffres sont obtenus à partir de données présentant un risque d'erreur $p=0,05$, ils sont valables à l'échelle de la France entière, et ne préjugent pas des variations locales que l'on peut toutefois présumer significatives en fonction des caractéristiques socio-économiques, démographiques et culturelles de chaque région.

Ils ont toutefois le mérite d'apporter un début d'explication au pourcentage de répartition H / F de notre échantillon de patients (65% vs 35%), pourcentage dont les valeurs sont finalement assez proches de ceux que laisseraient prévoir les données obtenues ci-dessus :

POURCENTAGE DE CHAQUE SEXE DANS L'ECHANTILLON	
FEMMES : $0,5 (1,2 + 0,5) = 0,29$	29%
HOMMES : $1,2 // (1,2 + 0,5) = 0,71$	71%

DISTRIBUTION DES PATIENTS SELON LEUR ÂGE :

ÂGE	MOYENNE	IC 95%	ECART TYPE	MAX	MIN
FEMMES	34.171	[30.835 ; 37.508]	9.712	60	20
HOMMES	48.154	[45.31 ; 50.998]	11.479	68	20
GLOBAL	43.26	[40.731 ; 45.789]	12.747	68	20

Les 3 tranches d'âge retenues sont : 20-35 ans, 36-50 ans, 51-68 ans, ce découpage correspond à des phases bien individualisées de la vie sexuelle des patients :

- ❖ la première correspond à un apprentissage puis une à une stabilisation de l'activité sexuelle, la prévalence associée des dysfonctions étant importante ;
- ❖ la seconde phase se caractérise par une période de stabilité et de maturité durant laquelle les dysfonctions ont régressé ;
- ❖ enfin, la troisième phase marque une période de déclin physiologique et de retour des pathologies associées, mais cette fois de type dégénératif.
- ❖ La répartition globale, calculée sans distinction de sexe, se fait équitablement par tiers, mais cette apparente homogénéité masque en fait des contributions bien différentes des deux sexes à chaque tranche d'âge, ainsi :
- ❖ les femmes consultent majoritairement avant 35 ans (63%), de manière intermédiaire entre 36 et 50 ans (31%), et très peu au-delà de 50 ans (6%),
- ❖ alors qu'à l'inverse les hommes consulteront assez peu au cours de la première tranche (14%), moyennement sur la deuxième (37%) et de manière très importante durant la troisième (49%).

Ces différences de comportement liées au sexe ne peuvent être imputables à la spécificité de recrutement exclusif de patients de médecins-sexologues, puisqu'elles apparaissent sur les valeurs relatives au sein de chaque sous-population hommes / femmes.

Par ailleurs, les informations déjà exposées au chapitre précédent et issues de l'étude de Nathalie BAJOS et de Michel BOZON nous indiquent une prévalence des dysfonctions sexuelles globalement plus élevées chez les jeunes femmes que chez leurs compagnons de la même tranche d'âge, et par ailleurs un recours aux médecins globalement plus important pour les femmes que pour les hommes sur la totalité de la plage d'âges de l'étude (18-69 ans), sans toutefois donner de précision pour chaque tranche d'âge.

Nous avons d'autre part vu que la prévalence des pathologies sexuelles augmentait pour les deux sexes au cours de la troisième partie de la vie, information qui va à l'encontre du constat d'un taux de consultation féminin très bas au-delà de cinquante ans. Les mêmes considérations ne permettent pas mieux de rendre compte de la fréquence modeste de consultation chez les hommes de la tranche 20-35 ans.

Notre première hypothèse suppose donc que, même si à l'échelle de la vie entière la fréquence de recours aux soins médicaux est globalement plus élevé chez les femmes que chez les hommes,

les attitudes en fonction des différentes tranches d'âge diffèrent beaucoup selon le sexe :

- ✓ Chez les femmes les plus jeunes, on retrouve **l'existence assumée d'une inquiétude** et d'un besoin de réassurance et de prise en charge **vis-à-vis de leur sexualité**,
 - ✓ vient ensuite une normalisation et une **stabilisation** dans la tranche d'âge suivante (maturité sexuelle) dans le cadre d'une relation sexuelle pérenne et d'une adaptation réciproque au sein du couple,
 - ✓ enfin survient une phase de **tendance à la résignation** ou à l'indifférence à partir de la cinquantaine avec la survenue de la ménopause et des diverses manifestations du déclin de la fonction génitale, les dysfonctions sexuelles ne faisant alors que très peu l'objet d'un recours médical **malgré** l'augmentation de leur fréquence.
-
- ✓ Chez l'homme jeune (20-35 ans), on peut supposer l'existence, soit d'une **attitude plus sereine** vis-à-vis de l'apparition des dysfonctions sexuelles (ce qui paraît *assez peu plausible*), ou alors au contraire l'expression d'un **certain déni ou de passivité** vis-à-vis de ces mêmes troubles.
 - ✓ Arrive ensuite la phase de maturité et de stabilité sexuelle au cours de la période suivante (35-50 ans) avec une attitude de l'homme plus active au regard de troubles pouvant soit perdurer soit survenir de novo.
 - ✓ Débute enfin une période de **déclin sexuel très progressif** aux environs de la cinquantaine avec augmentation de la fréquence des différentes dysfonctions et manifestation d'une **attitude beaucoup plus active (ou réactive)** en termes de recours à divers moyens (dont bien sûr médicaux) susceptibles de maintenir ses compétences sexuelles.
 - ✓ A noter que classiquement la période de la **cinquantaine**, contemporaine du départ des derniers enfants hors du foyer familial et de la transformation involutive, plus ou moins brutale selon le sexe, de la sexualité de l'individu, est marquée par une **mise à l'épreuve de beaucoup de couples** à laquelle certains ne résistent pas.

LE LIEU D'HABITATION, ENTRE GRANDE VILLE ET MILIEU RURAL

HABITAT	% RURAL	IC 95%	% URBAIN	IC 95%
FEMMES	26	[13.51-44.65]	74	[55.35-86.49]
HOMMES	37	[25.02-49.65]	63	[50.35-74.98]
GLOBAL	33	[23.98-43.37]	67	[56.63-76.02]

Les patients sont issus majoritairement du milieu urbain (67%), le reste (33%) provenant du milieu rural ou semi-rural.

Les patientes viennent proportionnellement davantage des villes (74%) que les hommes (63%), et cette particularité est à mettre en perspective avec un niveau d'études féminin plus élevé que chez les hommes.

La sous-représentation du monde rural n'est qu'apparente, puisqu'en 2009, 78% des ménages du Nord-Pas-de-Calais résident dans l'espace urbain, 17% dans le périurbain et seulement 5% dans l'espace hors influence urbaine (Source : INSEE, revue Profils n° 130, Mai 2013). On peut même affirmer, à la vue de ces chiffres (22% de population péri-urbaine ou rurale fournissant 33% de la patientèle totale de sexologie) que **la contribution relative des zones rurales ou semi-rurales est de 50% supérieure à celle des territoires urbains**, alors même que la localisation des cabinets de médecins sexologues est majoritairement urbaine et donc moins accessible aux populations rurales.

Rappelons par ailleurs que de toutes les catégories professionnelles, **les métiers de l'agriculture – hommes et femmes - sont ceux corrélés à la plus forte prévalence de dysfonctions sexuelles**, avant mêmes la catégorie des "cadres et professions intellectuelles" (Sharman LEVINSON, in "Les difficultés de la sexualité", Enquête sur la sexualité en France, sous la direction de Nathalie BAJOS, Michel BOZON et al., Ed. La Découverte 2008).

40

NIVEAU D'ÉTUDES

niv. ETUDES	F %	IC 95%	H %	IC 95%	GLOBAL	IC 95%
Brevet	3	[0.07-15.33]	32	[20.91-44.82]	22	[14.19-31.4]
bac	9	[1.86-23.68]	17	[9.45-29.52]	14	[8.4-23.37]
université	88	[72.55-96.7]	51	[38.01-63.48]	64	[53.48-73.24]

On constate que le niveau global des consultants est plutôt élevé, 64% d'entre eux ayant atteint un niveau universitaire, cette tendance étant plus marquée pour les femmes (88% post bac) que pour les hommes (52% post bac).

Pour comparaison, la moyenne nationale H+F du niveau universitaire s'élève à 22,5% (Source : ERFS 2006, RP 2007, EEC T4 2006, Revue INSEE Première n°1336 Fev 2011).

On sait par ailleurs qu'un niveau d'études élevé est corrélé à une prévalence plus forte des dysfonctions sexuelles, de même qu'à une meilleure utilisation des ressources médicales disponibles, dont les médecins sexologues font partie.

Le niveau global d'études atteint par les participants de cette enquête semble se situer bien au-delà de son niveau général, au plan national.

STATUT CONJUGAL

ST. CONJUG	F %	IC 95%	H %	IC 95%	GLOBAL	IC 95%
divorcé sépar.	3	[0.07-14.92]	23	[14.12-35.98]	16	[0.07-15.33]
marié pacsé	80	[62.54-90.94]	66	[52.61-76.75]	71	[80.32-99.28]
célibataire	17	[7.17-34.3]	11	[4.88-21.84]	13	[0.07-15.33]

Les patients vivent globalement en couples stables à 71%, avec une fraction relativement importante de divorcés et séparés (tendance accrue chez les hommes dont nous avons constaté que la moyenne d'âge était déplacée vers la tranche 51-68 ans, celle-ci étant davantage marquée par les séparations), ainsi qu'une petite proportion de célibataires, plus importante dans le groupe des femmes dont la moyenne d'âge plus basse favorise une meilleure représentation de ces dernières.

Pour mémoire, le **taux national** d'individus de plus de 18 ans vivant en couple est estimé par l'INSEE à **64,0%**, et à **55,0% en Nord-Pas-de-Calais** pour la tranche d'âge 18-39 ans (Chiffres 2006-2007, les variations régionales pouvant être importantes, le Nord-Pas-de-Calais faisant partie des régions où la proportion de couples est importante. Source : INSEE, Champ : France métropolitaine, ménages, âge au 1/1/2007 ANNEXE 2 : INSEE Première n°1336 Fev 2011).

Il semble donc que le taux des consultants de l'étude vivant en couple soit supérieur à celui des individus en population générale et vivant en couple dans la même région.

ORIENTATION SEXUELLE

OR.SEXUELLE	F %	IC 95%	H %	IC 95%	GLOBAL	IC 95%
BI.	3	[0.07-15.33]	0	[0-5.69]	1	[0.03-5.61]
HETERO	94	[80.32-99.28]	98	[91.47-99.96]	97	[91.23-99.36]
HOMO	3	[0.07-15.33]	2	[0.04-8.53]	2	[0.25-7.25]

Il ne semble pas exister, au sein de notre échantillon, de différence de répartition entre les diverses orientations sexuelles (hétéro, bi, homo-sexuels) en fonction du sexe de l'état civil, les variations observées entre hommes et femmes portant elles-mêmes sur des pourcentages très faibles.

Le taux global (H+F) des patients non hétérosexuels se chiffre à 3%. ***A noter toutefois que 3% des patients ont omis, ou n'ont pas souhaité, compléter cette rubrique.***

L'enquête sur "La sexualité en France , Pratiques, genre et santé" de Nathalie BAJOS et Michel BOZON nous renseigne sur ce point particulier, au chapitre 12 intitulé "Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives" (Nathalie BAJOS, Nathalie BELTZER, Agnès PRUDHOMME).

La proportion d'hommes majeurs ayant eu au moins une fois dans leur vie un rapport de type homosexuel, est de 4,0% (IC 95%), cette proportion étant presque identique s'agissant des femmes (3,9%).

En revanche, le taux d'hommes se définissant comme homosexuels n'est plus que de 1,1% (IC 95%), et de 1,1% également pour les bisexuels ; côté féminin, ces chiffres sont respectivement de 0,5% et 0,8%. La valeur cumulée des deux tendances, homo ou bisexuels déclarés hommes et femmes, est donc de l'ordre de 1,8% (IC 95%).

La composition de notre échantillon en termes d'orientation sexuelle est donc sensiblement comparable à celle de la population générale (resp. 3% vs 1,8%), les différences enregistrées n'étant pas significatives pour des pourcentages aussi faible et avec un IC de 95%.

Nous pouvons donc estimer que la part des patients homo ou bisexuels de notre échantillon n'est pas sur-représentée comparativement à celle des patients se déclarant hétérosexuels.

Il paraît toutefois prudent de se rappeler, à propos des évaluations des prévalences homo et bi -sexuelles, que "s'agissant d'une tendance socialement dévalorisée, les enquêtes fournissent des estimations minimales" (Idem, BAJOS/BOZON, page 246), et que donc tous les résultats obtenus en ce domaine n'ont pas prétention à se vouloir exacts, mais à simplement exprimer une tendance.

Cette dernière remarque vaut probablement aussi pour nombre de questions abordées par notre étude, les dysfonctions sexuelles demeurant encore un sujet tabou comme l'expriment généralement les patients de notre enquête.

PATHOLOGIES SEXUELLES RECENSÉES

Pour le détail de la ventilation des diverses dysfonctions, avec fréquences et intervalles de confiance, voir section "RÉSULTATS" et annexe "ANALYSE INFORMATIQUE".

Remarquons d'abord qu' à l'exception des conjugopathies qui n'ont pas été retenues comme dysfonction au sens strict dans l'étude BAJOS/BOZON de 2006, les troubles de la sexualité considérés comme majeurs (troubles du désir, rapports douloureux et dysorgasmie chez les femmes, troubles du désir, troubles de l'érection et de l'éjaculation chez les hommes), coïncident avec ceux que nous avons nous-mêmes sélectionnés, validant à posteriori notre choix.

42

Les prévalences respectives des troubles explorés dans notre étude soulèvent deux points :

Tout d'abord l'absence totale de rapports douloureux rapportés chez l'homme, fait qui semble un peu surprenant, même si classiquement, la terminologie de **dyspareunie** semble s'appliquer de manière exclusive à la femme, hypothèse pourtant en contradiction avec son éthymologie.

Par ailleurs les **taux de retentissement** des dysfonctions **chez le ou la partenaire** fournis par notre nous interpellent : les dysfonctions féminines n'auraient de retentissement qu'environ une fois sur trois chez l'homme (37%) lors des rapports, alors que les dysfonctions masculines ne perturberaient qu'une femme sur six (16%) dans les mêmes circonstances.

Ces divers résultats paraissent très modérés, et notamment s'agissant de ceux observés par l'homme chez sa compagne : il paraît en effet douteux que cinq partenaires sur six d'hommes présentant majoritairement dans notre étude des troubles de l'érection (66%) ou de l'éjaculation (41%) n'en soient pas affectées.

Une première hypothèse susceptible de nous apporter une explication, ferait supposer l'adoption par la femme **d'une attitude de dissimulation relative ou de feinte** vis-à-vis de sa propre frustration, qui ne serait donc pas exprimée afin de ménager la sensibilité de son compagnon.

L'autre hypothèse consisterait à admettre que **l'homme soit peu attentif** au comportement et au ressenti de sa compagne durant le coït, absorbé par ses propres difficultés sexuelles, ou que consciemment ou non **il évite de faire le constat de l'insatisfaction de celle-ci**, afin de protéger son amour-propre dans cette situation vécue comme un échec.

La situation inverse serait davantage plausible (homme affecté une fois sur trois seulement par les troubles de sa compagne) dans la mesure où la physiologie masculine au cours du coït, de même que son

tempérament, s'accommoderaient peut-être plus facilement de la survenue de douleurs, de troubles de l'orgasme ou du désir chez sa partenaire, **surtout** si celle-ci les tait à son partenaire.

Une euxième hypothèse consiste à **admettre la réalité objective de ces chiffres**, témoignant d'un certain détachement ou d'une certaine tolérance du ou de la partenaire vis-à-vis des difficultés de l'autre, **hypothèse que semble confirmer l'étude de Nathalie BAJOS et de Michel BOZON.**

LA FRÉQUENCE DES TROUBLES

FRQ TROUBL	F %	IC 95%	H %	IC 95%	GLOBAL	IC 95%
Très rare	0	0	0	0	0	0
rare	4	[0.09-18.35]	0	[0-5.96]	1	[0.03-6.17]
Assez fréquent	7	[0.88-23.5]	17	[8.7-28.98]	14	[7.55-23]
Fréquent	29	[13.95-48.87]	25	[15.11-38.12]	26	[17.61-36.78]
Très fréquent	61	[40.73-77.87]	58	[44.91-70.68]	59	[48.08-69.3]

Le résultat principal, résumé par l'existence **d'une fraction de 60% des patients touchés très fréquemment par leur dysfonction sexuelle**, n'appelle pas de commentaire particulier, dénotant seulement l'association compréhensible entre fréquence de survenue d'une dysfonction et le fait que celle-ci soit véritablement vécue comme une pathologie.

LE RETENTISSEMENT DANS LA VIE QUOTIDIENNE

43

RETENTISSEM	F %	IC 95%	H %	IC 95%	GLOBAL	IC 95%
Minime	3	[0.08-17.22]	3	[0.41-11.71]	3	[0.7-9.54]
Peu important	10	[2.11-26.53]	8	[3.16-19.41]	9	[4.24-17.43]
assez important	17	[6.3-35.45]	20	[11.39-33.2]	19	[11.83-29.1]
Important	37	[20.54-56.09]	32	[20.97-45.76]	34	[24.24-44.6]
Très important	33	[17.94-52.86]	36	[23.87-49.2]	35	[25.24-45.74]

Nous reprenons l'élément essentiel de ce chapitre : **Soixante-dix pour cent environ des patients déclarent percevoir un retentissement important ou très important de leur dysfonction sexuelle dans leur vie quotidienne, que ce soit sur le plan de leur équilibre psychologique ou sur celui de leur relation de couple.**

Ceci souligne encore davantage le **décalage important existant** entre le caractère relativement bénin des troubles courants de la sexualité considérés d'un point de vue strictement somatique d'une part (si ce n'est qu'ils peuvent être également révélateurs de pathologies sous-jacentes potentiellement graves, tels que la maladie athéromateuse ou le le diabète), et d'autre part leurs conséquences psychologiques déstabilisantes et parfois dévastatrices, mettant en péril l'équilibre psychologique, social et relationnel de l'individu qui en est affecté.

Ceci contribue à mettre en lumière le **rôle symbolique central** que revêt la sexualité dans l'espèce humaine pour la construction psychique de la personne, pour son existence en tant qu'être social et sexué, doué à la fois de désir, de capacité de séduction et d'aptitude à s'affirmer en tant que femme ou en tant qu'homme détenteur d'un certain statut et de pouvoir au sein du groupe social.

Et la sexualité étant un **puissant facteur de liens à l'autre**, plus couramment celui de l'autre sexe en termes de rapports amoureux, mais également de liens et de reconnaissance parmi les individus du même sexe, les difficultés sexuelles sont pourvoyeuses de relâchement de ce lien à l'autre et à soi-même et de perte de repères, expliquant la nature parfois tragique de ruptures qualifiées de sentimentales.

Certaines études n'hésitent d'ailleurs pas à affirmer que **la situation de divorce** pourrait couramment engendrer **un état d'anxiété et de douleur morale** encore plus important que celui produit par l'annonce d'une maladie grave telle que le cancer.

LA DURÉE D'ÉVOLUTION DES TROUBLES

DUREE	F %	IC 95%	H %	IC 95%	GLOBAL	IC 95%
Inf à 6 mois	0	[0-11.57]	8	[2.96-18.27]	5	[2-12.68]
6mois ; inf 2ans	20	[8.4-39.13]	19	[10.64-31.29]	19	[12.17-29.13]
2ans ; inf 5ans	37	[20.54-56.09]	30	[19.57-43.18]	32	[23.15-42.85]
5ans ; inf 10a	20	[8.4-39.13]	21	[11.86-33.04]	20	[13.05-30.31]
10 ans ou plus	23	[10.64-42.7]	22	[13.1-34.78]	23	[14.82-32.65]

Reprenons ici encore l'information la plus saillante : **42% des hommes et 43% des femmes ont présenté une durée d'évolution des troubles supérieure à 5 ans ; 23% des femmes et 21% des hommes ont connu des troubles pendant plus de 10 ans.**

Ainsi, les troubles sexuels peuvent-ils, à cet égard, être qualifiés de **maladies chroniques**, cette durée étant autant la conséquence d'un retard de prise en charge lié à la forte charge émotionnelle et narcissique qui leur est associée, qu'à la complexité de phénomènes de nature à la fois psychologique et somatique très souvent intriqués. En outre, les troubles sexuels sont souvent associés à la plupart des grandes pathologies chroniques, somatiques (diabète, maladie athéromateuse, maladies dysimmunitaires) ou psychiatriques (dépression, trouble bipolaire, schizophrénie), rendant leurs prises en charge difficiles.

LE PARCOURS DES PATIENTS, PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET DÉMARCHES COMPLÉMENTAIRES

LES PATIENTS CONSULTENT-ILS PLUSIEURS MÉDECINS POUR LEURS TROUBLES SEXUELS ?

NB MEDECINS	FEMMES	HOMMES	GLOBAL
Moyenne	2.343	2.369	2.36
Ecart type	1.349	1.084	1.177
IC 95%	[1.879 ; 2.806]	[2.101 ; 2.638]	[2.127 ; 2.593]
Mini/maxi	1/5	1/5	1/5

NB MEDECINS	% FEMMES	IC 95% FEMMES	% HOMMES	IC 95% HOMMES	% GLOBAL	IC 95% GLOBAL
1	37	[21.99-55.05]	25	[15.13-37.13]	29	[20.58-39.06]
2	23	[11.04-40.55]	32	[21.54-45.18]	29	[20.58-39.06]
3	17	[7.17-34.3]	28	[17.65-40.39]	24	[16.27-33.77]
4	14	[5.38-31.04]	12	[5.84-23.36]	13	[7.38-21.56]
5	9	[1.8-23.06]	3	[0.37-10.68]	5	[1.86-11.83]

Le **nombre moyen** de médecins consultés, y compris le sexologue qui prend en charge le patient au moment de l'enquête, est quasi identique dans les deux sexes (**F=2,34 ,vs H=2,37**) c'est dire **qu'en moyenne**, chaque patient aura, dans la majorité des cas, consulté un seul médecin avant le sexologue, et parfois seulement un deuxième.

Remarquons qu'hommes et femmes adoptent une distribution sensiblement différente dans le tableau ci-dessus, avec une fréquence initiale maximale de 37%, décroissante du parcours à 1 médecin jusqu'à celui à 5, alors que l'homme passe par un maximum de fréquence (32%) à l'étape 2, pour décroître ensuite de manière continue jusqu'à une fréquence de 3% (vs 9% pour les femmes).

Ce premier médecin correspond souvent au spécialiste "classique" de première ligne en matière de consultation de sexologie : normalement le gynécologue pour les femmes (mais en fait c'est le sexologue qui passe en tête, par ordre de fréquence), et le médecin généraliste pour l'homme.

Pour être plus précis, il s'agira donc du sexologue pour 40% des femmes, puis du gynécologue pour 28% d'entre elles, puis du médecin généraliste pour 23% ; le psychiatre (3%) et sage-femme (6%) viendront clore la liste.

Chez l'homme, la répartition est un peu différente, le médecin traitant, premier recours classique, est présent à 56%, suivi du sexologue à 30%, puis du psychiatre à 6%.

Notons au passage la **grande dispersion de cette distribution**, comme dans le cas des durées totales de parcours, ce qui paraît logique puisque les deux paramètres sont liés par une relation de type affine.

On retrouve également cette dispersion importante au regard de la plupart des paramètres étudiés, et notamment en fin d'étude s'agissant de la difficulté ressentie sur la globalité du parcours.

Ces dispersions des paramètres de l'étude témoignent de la **diversité des patients eux-mêmes**, de leur plus ou moins grande aptitude à s'orienter dans le système de santé, de leurs caractéristiques socio-économiques et psychologiques diverses, du caractère bénin ou non et de la **nature précise de leur pathologie** ainsi bien sûr que de **l'expérience et de la compétence des divers médecins** venant former la chaîne de ce parcours de soins.

Plus que le temps global de parcours, qui peut se révéler important notamment lors du suivi d'une pathologie chronique et donc susceptible de s'étendre sur des décennies **mais** sans difficulté particulière autre que celles découlant de la maladie, **c'est le nombre élevé des intervenants successifs du parcours qui pointera vers une difficulté de prise en charge de ce patient**, nécessitant ces multiples passages de relai (si relai effectif il y a). Ce sera le cas lors d'un diagnostic erroné ne permettant pas d'amélioration clinique, ou en présence d'un patient au profil psychologique particulier (cf. supra).

Ainsi, dans notre étude, figure le cas d'une patiente ayant consulté successivement cinq sexologues, et l'on peut douter dans ce cas de l'origine seulement sexuelle et/ou somatique d'une difficulté ayant donné lieu à cette succession de praticiens.

QUELLE PROPORTION DE PATIENTS SE SONT-ILS CONFIEÉS À L'ENTOURAGE ?

CONFIDENCE A L'ENTOURAGE	% FEMMES	IC 95% FEMMES	% HOMMES	IC 95% HOMMES	% GLOBAL	IC 95% GLOBAL
NON	9	[1.8-23.06]	16	[8.14-27.32]	13	[7.45-21.76]
OUI	91	[76.94-98.2]	84	[72.68-91.86]	87	[78.24-92.55]

Ainsi, **9% des femmes et 16% des hommes** ne se seront **jamais confiés à un proche** (et donc pas même à leur partenaire) à propos de leurs difficultés, avant d'avoir consulté un médecin.

La femme montre encore une fois sa plus grande faculté de communication par rapport à l'homme, quoiqu'ici dans une faible mesure.

La lecture inverse de ces résultats nous apprend que 91% des femmes et 84% des hommes, donc une très large proportion d'entre eux, parvient à se décharger de ce que certains vivent comme un fardeau, et l'on peut supposer que les 13% (en population globale) qui ont gardé pour eux le "secret" sont probablement ceux pour qui la difficulté morale liée à ces dysfonction est la plus forte.

DÉLAI OBSERVÉ PAR LES PATIENTS AVANT DE SE CONFIER À UN PROCHE

DELAI CONFIDENCE PROCHE	% FEMMES	IC 95% FEMMES	% HOMMES	IC 95% HOMMES	% GLOBAL	IC 95% GLOBAL
Inf à 6 mois	42	[25.07-60.74]	37	[24.47-51.95]	39	[28.63-50.46]
6mois ; inf 2ans	35	[19.83-54.62]	29	[17.91-44.02]	32	[22.11-43.03]
2ans ; inf 5ans	16	[6.09-34.47]	16	[7.48-29.14]	16	[9.04-25.95]
5ans ; inf 10a	3	[0.08-16.7]	6	[1.23-16.24]	5	[1.34-12.02]
10 ans ou plus	3	[0.08-16.7]	12	[4.87-24.56]	9	[3.79-17.34]

Rappels : Ainsi, **3% des femmes et 12% des hommes auront attendu au moins dix ans** pour se confier à un proche, contre **respectivement 42% et 27% qui l'auront fait au bout de six mois**, le délai moyen étant plus court chez la **femme (indice 0,90** soit moins de 6 mois) que chez **l'homme (indice 1,26** soit moins de 2 ans).

Par ailleurs, respectivement **21% des femmes et 23% des hommes auront consulté un médecin moins de 6 mois après l'apparition de leur trouble, mais 18% d'entre eux ne le feront qu'après 10 ans au moins.**

Les délais moyens de consultation sont proches dans les deux sexes : indice 1,73 pour les femmes et 1,66 pour les hommes, soit moins de deux dans les deux sexes.

On constate également au regard de ces deux chiffres de délai moyen mentionnés ci-dessus, qu'hommes et femmes, lorsqu'ils ont accepté de partager leur souci en matière de sexualité avec un proche – qui peut justement être leur partenaire – le font globalement avant de consulter un médecin.

L'homme reste plus longtemps discret sur ses difficultés sexuelles que la femme (cf chapitre précédent).

Il paraît légitime de s'interroger sur le **possible lien** entre **l'importance de ces délais** de prise en charge, et la **nature sexuelle** de ces troubles. Car il est en effet banal de remarquer en médecine *qu'il existe toujours un certain délai*, souvent long et parfois fatal, entre l'observation par le patient de symptômes d'apparition (douleurs dentaires, selles sanglantes, anomalies cutanées, fatigue...) et ce temps du partage (avec le conjoint par exemple) ou celui de la consultation. Cela ne mettant d'ailleurs en lumière qu'une *tendance générale de notre espèce à reporter tout ce qui est source d'effort ou de désagrément momentané*, quitte à devoir ensuite subir les conséquences nuisibles de ce retard ; en matière de dysfonction sexuelle, le prix fort est bien évidemment rarement le décès du patient, sinon des suites de troubles dépressifs graves parmi lesquelles le risque de commettre un suicide, ou encore de troubles cardio-vasculaires liés à une maladie athéromateuse et donc accompagnant une possible dysfonction érectile, etc...

Et, il faut bien le dire, la **forte charge émotionnelle** entourant le domaine de la sexualité ainsi que *l'image trop souvent normative et péremptoire* que la société nous en donne, sont sans doute à l'origine d'une part importante de cette difficulté manifeste de communiquer autour du sujet, lorsque le sexe "vient à faire mal" : ce que nous exprimant les patients lorsqu'ils nous parlent du **tabou** qui caractérise aujourd'hui encore, en bien des circonstances, ce domaine de la sexualité ; et le monde médical, malgré sa vocation première de soulager les maux, n'est donc pas toujours plus apte à s'en affranchir.

DÉLAI OBSERVÉ PAR LES PATIENTS AVANT DE SE CONFIER À UN MÉDECIN

DELAI CONFIDENCE MEDECIN	% FEMMES	IC 95% FEMMES	% HOMMES	IC 95% HOMMES	% GLOBAL	IC 95% GLOBAL
Inf à 6 mois	21	[9.63-39.4]	23	[13.54-35.8]	22	[14.66-32.33]
6mois ; inf 2ans	33	[18.55-51.9]	34	[23.04-47.78]	34	[24.78-44.62]
2ans ; inf 5ans	15	[5.72-32.67]	15	[7.38-26.67]	15	[8.67-24.07]
5ans ; inf 10a	12	[3.4-28.2]	10	[4.06-20.85]	11	[5.5-19.12]
10 ans ou plus	18	[7.62-36.08]	18	[9.76-30.4]	18	[11.18-27.66]

RAPPORT DES PATIENTS AVEC LEUR MÉDECIN TRAITANT S'AGISSANT DE L'ABORD ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LEUR DYSFONCTION SEXUELLE

Un peu plus d'un tiers des femmes (38%), et deux tiers environ des hommes (64%), se sont confiés à leur médecin traitant à propos de leurs difficultés sexuelles ; parmi eux, la totalité des femmes (100%) l'on fait de leur propre initiative ainsi que la très large majorité des hommes (82%), mais rien n'indique **ce que deviendraient ces proportions** si le médecin traitant prenait les devants en la matière.

Il paraît en effet troublant que la totalité des femmes qui se sont confiées à leur médecin traitant l'aient fait de leur propre initiative, et l'on peut légitimement s'interroger sur l'évolution possible du nombre absolu de confidences autour des difficultés sexuelles si le médecin traitant prenait plus souvent l'initiative d'aborder le sujet avec ses patientes. Cela vaut également pour les hommes mais dans une moindre mesure seulement, puisque les chiffres indiquent que l'échange intervient dans 18% des cas à l'initiative du médecin traitant.

Par ailleurs, l'étude montre que la très grande majorité des patients, aussi bien hommes (58/64 = 91%) que femmes (31/38 = 82%), qui se sont confiés à leur *médecin traitant*, ont débuté avec lui une prise en charge pour ces mêmes troubles ; *ce taux élevé est sans doute lié au moins en partie au fait que l'initiative en revenait principalement aux patients, surtout s'agissant des femmes, dénotant ainsi chez eux une attitude demandeuse, active et réfléchie, ayant une plus forte probabilité de déboucher sur une prise en charge.*

Parmi les patients pris en charge, **50% des femmes s'estimeront peu ou très peu satisfaites contre seulement 38% chez les hommes.** Dans les deux cas, cette insatisfaction tient en premier lieu à **l'insuffisance d'amélioration clinique (très insuffisante chez 80% des femmes et insuffisante à très insuffisante chez 55% des hommes, seuls 16% des hommes concluant à une bonne ou très bonne amélioration.**

La totalité de ces patients (100%) poursuivront leur prise en charge avec un autre spécialiste, parmi eux 64% des patientes et 70% des patients le feront en étant **adressés** par leur médecin traitant ; en revanche, 36% des patientes et 27% des patients auront recours **de leur propre chef** à une autre prise en charge, débutée sans en informer particulièrement leur médecin traitant.

Le motif principal de ce relai avec un autre médecin effectué par 100% des patients, est celui d'une *amélioration insuffisante chez 50% des femmes et 65% des hommes, une difficulté vécue auprès de leur médecin traitant par 30% des femmes et 14% des hommes* (la nature de cette difficulté n'étant pas précisée), enfin un *motif autre* chez 20% des patientes et 21% des patients.

Notons incidemment que notre étude met en évidence une **discordance** dans l'expression du niveau de satisfaction concernant **l'amélioration clinique** : ainsi, alors que cette dernière est jugée plus sévèrement par les femmes (indice moyen = 0,3) que par les hommes (indice moyen 1,5) lorsqu'elle est évoquée parmi d'autres caractéristiques de la prise en charge du médecin traitant, ce grief est davantage invoqué par les hommes (65%) que par les femmes (50%) lorsqu'il s'agit de motiver le changement de médecin.

A moins que ce décalage ne soit seulement l'expression *d'un mode de recueil imparfait de l'information* auprès des patients, ou ne soit à reconsidérer *après introduction des intervalles de confiance*, elle apparaîtrait d'autant plus difficile à interpréter que, pour la majorité des pathologies prévalentes, *les hommes peuvent maintenant bénéficier de moyens thérapeutiques (IPDE 5 et ISRS) assez performants, alors que les femmes ne disposent toujours pas de molécules améliorant significativement leurs troubles sexuels les plus courants.*

Un autre point d'interpellation est celui du **lien apparemment beaucoup plus favorable** établi entre le patient et son médecin traitant relativement à l'abord des difficultés sexuelles, **lorsqu'il s'agit des hommes comparativement aux femmes.**

Ce dernier point peut trouver une possible explication on considérant **la double asymétrie** susceptible d'opérer dans une consultation chez le médecin généraliste pour dysfonction sexuelle :

Celle, en premier lieu, **liée à la compétence médicale**, qui oppose le statut du médecin sensé détenir le savoir et la solution, à celui du patient qui lui ne sait pas, vient en position de demandeur sur une thématique pourtant intime et très sensible, et devra coûte que coûte s'en remettre à l'avis du médecin quelles que soient ses réticences, se retrouvant ainsi dans une position de fragilité.

La deuxième asymétrie **oppose éventuellement les sexes**, dans une situation qui met justement en jeu, et donc ici bien sûr seulement en paroles, la sexualité du patient ; nous faisons l'hypothèse que l'échange qui se fait entre le médecin et le patient autour des difficultés sexuelles de ce dernier réactive inconsciemment chez ce patient toute problématique sexuelle préexistante, et notamment celle qui motive sa consultation.

Nous savons par ailleurs que différents facteurs sociaux et culturels très anciens et bien enracinés (que l'on peut résumer par le terme de machisme) tendent malgré des progrès lents à placer la femme **dans une**

position de relative vulnérabilité vis-à-vis de l'homme dans le champ de la sexualité, et cela se retrouve certainement, ne serait-ce que sur un plan inconscient ou fantasmatique, dans le cadre de la relation thérapeutique d'une consultation. On peut d'ailleurs penser que cette position de relative vulnérabilité vaut d'ailleurs aussi bien pour la femme médecin que pour la patiente.

Ainsi, on peut supposer qu'une **consultation** ne sera bénéfique en termes d'amélioration clinique qu'à la condition qu'aucun des deux protagonistes, patient(e) ou médecin (homme ou femme) **ne porte à la fois les deux facteurs de vulnérabilité** précédemment exposés.

D'autre part, le cadre éthique de la consultation et sa visée thérapeutique, même s'ils tendent à atténuer ce ressenti de vulnérabilité de la femme vis-à-vis de l'homme médecin, ne l'en protège peut-être pas totalement sur le plan fantasmatique, ce d'autant plus que la consultation, et notamment dans ce domaine des troubles sexuels, l'expose **à se dévoiler** au sens propre comme au sens figuré.

Ainsi, la femme abordera bien moins volontiers cette thématique des dysfonctions sexuelles avec un médecin généraliste homme qu'avec un médecin généraliste femme ; l'homme, quant à lui, ne ressentira pas davantage de gêne ou de malaise auprès d'une femme médecin qu'auprès d'un homme médecin, car son appartenance au sexe "dominant" ou "machiste" le mettrait à l'abri du sentiment de honte auxquelles ses dysfonctions pourraient l'exposer.

Ce schéma hypothétique pourrait au moins partiellement rendre compte du plus faible taux de consultation des femmes chez leur médecin traitant en première intention au profit de leur médecin gynécologue, comme c'est effectivement le cas le plus courant.

La deuxième hypothèse permettant d'expliquer cette préférence des femmes pour le gynécologue serait de nature **"culturelle"**, le spécialiste de la femme sur le plan organique étant supposé l'être également sur le plan de sa sexualité. A remarquer toutefois qu'en dehors du recours au gynécologue-obstétricien, majoritairement homme, lors de la prise en charge d'une grossesse et de l'accouchement, le suivi gynécologique de routine s'effectue nettement plus souvent avec une femme (les gynécologues médicaux sont des femmes à 79,3% dans la Région du Nord-Pas-de-Calais : source DREES, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales).

Et remarquons incidemment, au vu des critiques formulées par les patientes en fin de questionnaire à propos de leurs gynécologues, que celles-ci paraissent plus souvent polarisées sur la normalité de l'examen somatique de leur patiente au détriment du **vécu** et de la **psychologie** de cette dernière **au cours des rapports**, ceux-ci étant d'ailleurs rarement abordés à l'initiative des gynécologues.

Écoutons simplement ce que les patientes nous disent à ce propos :

L12SUG : "Il faudrait que les gynécologues **soient un peu plus "psychologues"**, ce qui éviterait aux femmes (et aux hommes) rencontrant des difficultés de perdre confiance et de perdre du temps. L'absence de suivi gynécologique devrait être un signal d'alerte pour les médecins traitants"

L24SUG : "Pour une femme suivie par un gynécologue, **un questionnement basique et une bonne écoute** permettraient de mettre à jour nombre de problématiques. **Malheureusement, pour leur majorité, ces derniers ne s'intéressent absolument pas à la vie sexuelle de leurs patientes et à la qualité de celle-ci. Ils réalisent un examen purement médical**".

L27SUG : "Nous orienter vers des sexologues **car un gynécologue n'est pas forcément en mesure de nous aider pour les difficultés sexuelles** (désir, envie,...)".

L78SUG : "**Former les gynécologues, des interlocuteurs des femmes sur ces questions**".

Changeons maintenant de registre, et remarquons que cette étude est nécessairement **orientée** du fait du mode de recrutement **qui exclut par principe tous les patients pris en charge par et seulement par leur médecin traitant**, c'est-à-dire ceux dont on suppose à priori qu'ils sont satisfaits de cette même prise en charge et ce notamment sur le plan de l'amélioration des symptômes.

Ainsi, les résultats de notre étude ne doivent absolument pas être détachés de leur contexte strict, à savoir celui d'une population de patients souffrant de dysfonction sexuelle et ayant consulté au moins un sexologue à un point ou à un autre de leur parcours.

Nous allons donc dans ce chapitre réfléchir sur le devenir de l'ensemble des patients de médecine générale ayant présenté des troubles sexuels et ayant éventuellement été pris en charge par leur médecin traitant en l'absence de toute sélection initiale :

- cette population comprendra donc une **première** fraction de patients dont la prise en charge se limitera à celle de leur MT,
- une **deuxième** fraction qui, au-delà du médecin traitant, consulteront un ou plusieurs autres spécialistes à l'exclusion d'un médecin sexologue,
- un **troisième** contingent initialement pris en charge par leur MT, et consultant au décours un ou plusieurs autres spécialistes, dont au moins un médecin sexologue,
- le **quatrième** groupe se caractérisant par ceux des patients du médecin généraliste non pris en charge par ce dernier pour leur dysfonction sexuelle, mais suivis par un ou plusieurs spécialistes à l'exclusion d'un médecin sexologue,
- quant au **cinquième** et dernier groupe, il est identique au précédent à l'exception de l'existence d'une prise en charge par au moins un médecin sexologue sur l'ensemble du parcours.
- Notre étude voit seulement passer les patients des groupes 3 et 5 précédents.

Néanmoins, cette même étude a le mérite de nous enseigner :

- qu'une proportion probablement non négligeable de patients **n'aura pas été dépistée par leur médecin traitant**, et ce plus spécialement **parmi les femmes**.
- que par ailleurs, la fraction de patients bénéficiant d'une prise en charge de leur médecin traitant pour leur dysfonction sexuelle sera **intégralement réorientée** vers (ou ira consulter de son propre chef) un ou plusieurs autres spécialistes dont au moins un médecin sexologue ; le motif principal étant l'absence d'amélioration clinique nette et/ou d'organisation satisfaisante autour de cette prise en charge, mais dans une moindre mesure la survenue d'une difficulté vécue auprès du médecin traitant .

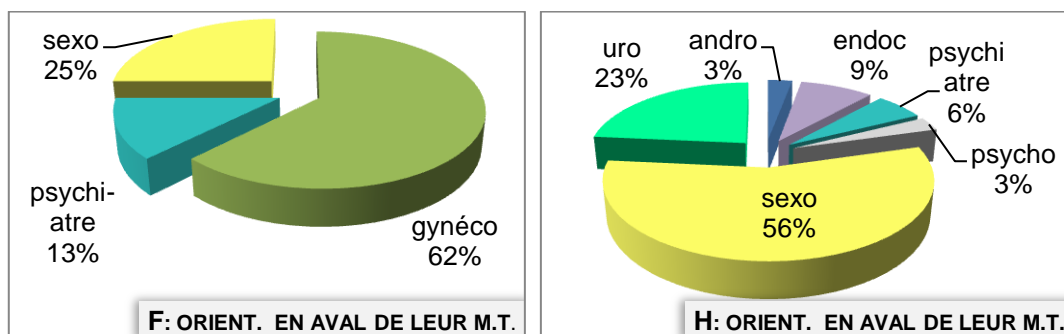
Tout ceci ne remet pas en cause, loin de là, les compétences du médecin traitant, mais souligne seulement ses limites dans un domaine délicat à plusieurs égards :

- ❖ **complexité des tableaux cliniques** à participation souvent psychosomatique, intrications étiologiques multiples,
- ❖ palette **thérapeutique** encore **incomplète**,
- ❖ **demande** parfois **pressante** ou irréaliste des patients,
- ❖ caractère très **lacunaire** de la **formation initiale** en ce domaine, et enfin
- ❖ contexte d'une discipline **sensible** dans l'éventail des spécialités médicales, du fait de sa **forte charge émotionnelle** et identitaire tant au niveau des patients qu'à celui du personnel médical.

Dans les autres domaines de la prise en charge, les patients s'estiment plutôt satisfaits, principalement en matière d'orientation vers un médecin-relai (sexologue, urologue, gynécologue, psychiatre), l'aptitude au suivi et à l'organisation de la prise en charge étant jugée plutôt défavorablement par les hommes (41% d'entre eux s'estimant peu à pas du tout satisfaits) mais surtout par les femmes (40% d'entre elles se trouvant très peu satisfaites).

Enfin, d'après les résultats de notre étude et comme conséquence directe du mode de recrutement utilisé, l'ensemble des patients ayant été pris en charge initialement par leur médecin traitant devront, dans un second temps, poursuivre leur parcours **auprès d'un médecin relai** :

- Pour les femmes, le gynécologue se place largement en tête (62%), puis vient le sexologue (25%), enfin le psychiatre (13%).



- Pour les hommes, l'orientation se fera en premier lieu vers un sexologue (56%), puis vers un urologue (23%) et son éventuelle sur spécialisation d'andrologie (3%), enfin vers un endocrinologue (9%) à égalité avec les spécialistes de santé mentale (psychiatre 6%, psychologue 3%).

Cette orientation, lorsqu'elle est mise en place ou du moins préconisée par le médecin traitant, prend en compte les éléments diagnostics constatés par ce dernier, l'orientation vers le sexologue correspondant à *l'option la plus ouverte* et /ou à *l'existence d'un bon lien du médecin traitant avec les praticiens de sexologie médicale*.

En revanche, cette même orientation se fera plus volontiers vers un **spécialiste d'organe**, urologue, andrologue, gynécologue ou endocrinologue, mais également psychiatre, **si l'étiologie suspectée** pointe vers l'une des spécialités en question.

Revenons maintenant à l'étude de Nathalie BAJOS, Michel BOZON et all., "La sexualité en France, pratiques, genre et santé" publiée en 2008. Celle-ci détaille la spécialité des divers médecins auxquels les individus souffrant de dysfonctions sexuelles ont recours, en fonction des principaux regroupements de pathologies.

HOMMES	TRIPLE	DE/EP	DE/ID	EP/ID	DE	EP	ID	TOT	Frq _c
GLB Nr	184	133	118	262	117	1029	226	2069	
GP frq	10.5	6.3	11.5	0.7	5.5	0.8	1.8	2.99%	53.3%
GP Nb	19.32	8.38	13.57	1.83	6.44	8.23	4.07	61.84	
SX frq	4.4	3.9	4.5	0.8	0.3	0.4	0	1.22%	21.7%
SX Nb	8.10	5.19	5.31	2.10	0.35	4.12	0.00	25.17	
PSY fq	0.9	0	0.3	0.2	0.4	0	0.8	0.23%	4.1%
PSY Nb	1.66	0.00	0.35	0.52	0.47	0.00	1.81	4.81	
UR frq	2.9	3.5	4.2	0	4.8	0.2	0	1.09%	19.4%
UR Nb	5.34	4.66	4.96	0.00	5.62	2.06	0.00	22.64	
ELS frq	0	0	0.9	0.2	0	0	0	0.08%	1.4%
ELS Nb	0.00	0.00	1.06	0.52	0.00	0.00	0.00	1.58	
tt frq	18.7	13.7	21.4	1.9	11.0	1.4	2.6	5.61%	
tt Nb	34.41	18.22	25.25	4.98	12.87	14.41	5.88	103.15	
NO frq	81.9	86.4	80.7	98.2	91.5	98.7	97.5	94.79	
NO Nb	150.70	114.91	95.23	257.28	107.06	1015.62	220.35	1961.15	

FEMMES	TRIPLE	RD/ID	RD/DO	ID/DO	RD	ID	DO	TOT	Frq _c
GLB Nr	364	122	130	707	219	442	503	2487	
GP frq	5.5	2.9	3.3	1.9	1.9	1.3	0.9	2.2%	25.6%
GP Nb	20.0	3.5	4.3	13.4	4.2	5.7	4.5	55.6	
SX frq	1.8	0.4	0.0	0.4	0.0	0.4	0.2	0.5%	5.8%
SX Nb	6.6	0.5	0.0	2.8	0.0	1.8	1.0	12.7	
PSY fq	1.6	0.5	1.2	0.8	0.0	0.8	0.0	0.7%	8.1%
PSY Nb	5.8	0.6	1.6	5.7	0.0	3.5	0.0	17.2	
GY frq	13.4	5.7	9.9	3.1	10.5	1.5	0.6	5.0%	58.1%
GY Nb	48.8	7.0	12.9	21.9	23.0	6.6	3.0	123.2	
ELS frq	0.5	0.0	1.5	0.1	0.3	0.0	0.1	0.2%	2.3%
ELS Nb	1.8	0.0	2.0	0.7	0.7	0.0	0.5	5.7	
tt frq	22.8	9.5	15.9	6.3	12.7	4.0	1.8	8.6%	100%
tt Nb	83	11.6	20.8	44.5	34.2	17.7	9.0	220.8	
NO frq	79.4	90.5	86.8	94.0	87.3	95.9	98.3		
NO Nb									

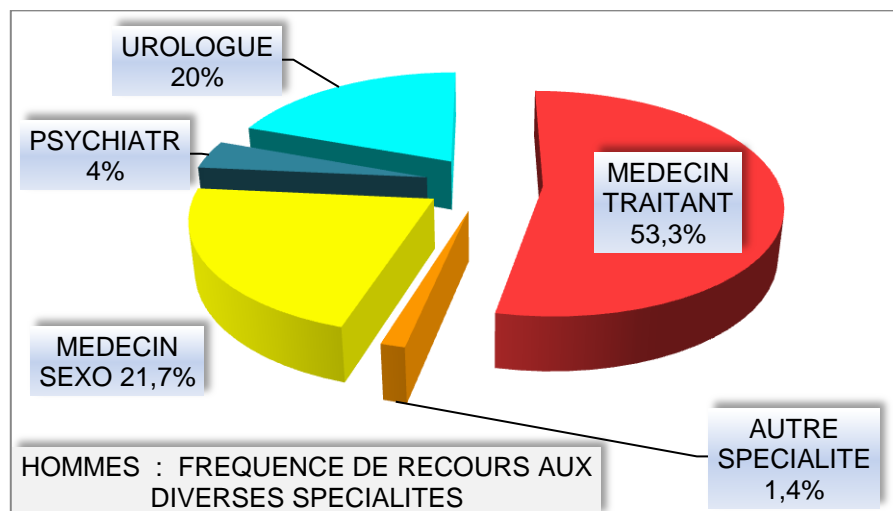
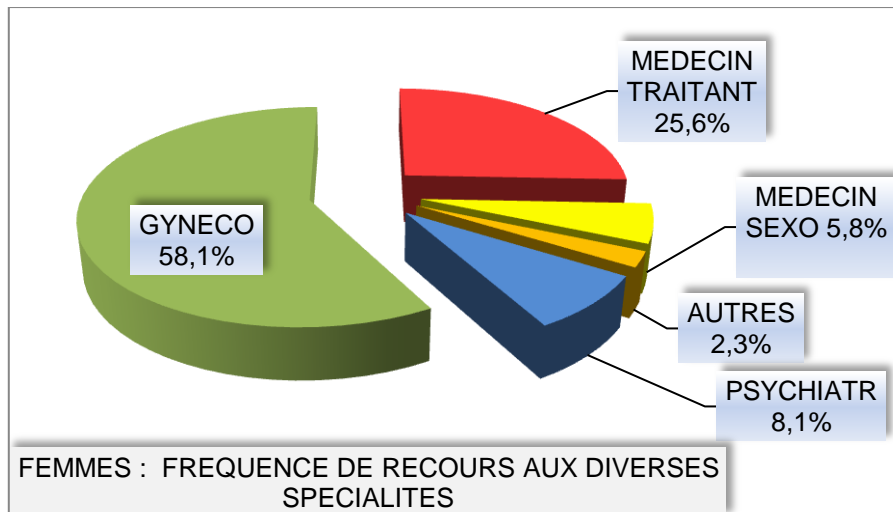
A partir de ces fréquences partielles, et après pondération avec les effectifs d'individus concernés, nous obtenons une moyenne globale de recours à telle ou telle spécialité, par sexe, et pour l'ensemble des dysfonctions survenant "souvent ou parfois" au cours de la dernière année.

Ainsi, pour les deux spécialités qui nous intéressent plus spécialement ici, sexologie médicale et médecine générale, nous retiendrons les résultats suivants :

	MED. GENERALE	SEXOLOGIE MED	FACT. CORRECT
HOMMES	3.0%	1.2%	2.5
FEMMES	2.2%	0.5%	4.4

Autrement dit, tous les résultats de notre étude introduisant une fréquence relative d'intervention des médecins généralistes et des médecins sexologues devraient, pour être transposables auprès d'une population non sélectionnée de patients porteurs de dysfonctions sexuelles, SUBIR UNE CORRECTION CORRESPONDANT A CES DEUX FACTEURS DE * 2.5 POUR LES HOMMES ET *4.4 POUR LES FEMMES.

Pour l'ensemble des professions concernées par cette prise en charge, la répartition par spécialités et par sexe, selon l'étude de Nathalie BAJOS et François BOZON, est la suivante :



Ces résultats indiquent le recours très large des femmes aux gynécologues (58,1%) en matière de prise en charge des dysfonctions sexuelles, les généralistes se positionnant loin derrière (25,6%), viennent ensuite les psychiatres (8,1%), et enfin les sexologues (5,8%), ceux-ci devant toutefois la catégorie des "autres spécialités" (2,3%).

Quant aux hommes, ceux-ci s'adressent majoritairement à leur médecin traitant (53,3%), puis à parts quasiment égales aux médecins sexologues (21,7%) et aux urologues (20%), suivis des psychiatres (4%) et enfin des autres spécialités (1,4%).

Les résultats issus de l'enquête BAJOS-BOZON sont globaux, ils ne détaillent pas la proportion respective des différentes spécialités en fonction du numéro d'ordre dans la chaîne des interventions successives des divers praticiens qui se sont relayés : il nous faut donc utiliser ce même traitement global.

La sommation des divers effectifs par spécialité et par sexe sur l'ensemble des 5 étapes recensées conduit au tableaux de fréquences suivants :

SPECIALITES	FEMMES	
SEXOLOGUE	41	52.6%
GYNECO	16	20.5%
GENERALISTE	9	11.5%
PSYCHIATRE	7	9.0%
AUTRES	5	6.4%
TOTAL	78	100%

SPECIALITES	HOMMES	
SEXOLOGUE	79	52.0%
GENERALISTE	37	24.3%
UROLOGUE	13	8.6%
PSYCHIATRE	10	6.6%
AUTRES	13	8.6%
TOTAL	152	100%

Comme prévisible, les chiffres issus de notre étude ne se superposent pas avec ceux de l'étude BAJOS-BOZON, puisqu'ils **accordent aux sexologues une première place largement en tête** aussi bien chez les femmes que chez les hommes, du fait du mode de recrutement de notre enquête auprès des patientèles de médecins-sexologues. Toutefois, les **ordres respectifs des autres spécialités se retrouvent identiques dans les deux études.**

LE PATIENT ET LE MEDECIN SEXOLOGUE

➤ MODE DE MISE EN RELATION

On constate sur les graphiques correspondants de la partie "Résultats" ou ci-dessus dans la partie "Discussion" que, de même **qu'hommes et femmes suivent des schémas très différents pour leur choix de premier correspondant**, dans notre étude comme dans celle de BAJOS, BOZON et al., de même leur mode de mise en relation avec le médecin sexologue vont se distinguer notablement.

Ainsi, chez les femmes, cette mise en relation avec le médecin sexologue obtenue de manière très large (70%) par le biais d'un "autre médecin spécialiste" - autre signifiant qu'il ne s'agit pas du médecin traitant – est liée avec le recours important des femmes au médecin gynécologue en première intention ; le médecin traitant n'étant cité que par 12% des femmes.

On retrouve la même logique chez les hommes, dont l'interlocuteur de choix en première intention est le médecin traitant ; il est donc logique que ce dernier arrive en tête (37%) dans le mode de mise en relation avec le médecin-sexologue, la fraction "autre médecin" occupant une part un peu plus modeste (29%) et correspondant à la grande diversité des spécialistes d'organes - pointant ainsi l'étiologie avérée ou suspectée - qui, peut-être plus chez les hommes que chez les femmes, marque cette consultation de deuxième intention : urologues en tête, du fait des fréquentes pathologies sexuelles associées à l'appareil urinaire, notamment prostate et testicules, médecins psychiatres dans le cas d'une étiologie souvent de leur ressort, cardiologues dont le champ de compétences englobe les conséquences de la maladie

athéromateuse, grande pourvoyeuse de troubles de l'érection, endocrinologues en cas de suspicion de troubles endocriniens et/ou métaboliques (hypogonadismes primaires ou secondaires, diabète), etc.

Les mêmes graphiques mettent en évidence un deuxième fait remarquable, celui du recours important des hommes aux annuaires et autres sites internet (25%), l'équivalent n'existant pas pour les femmes qui n'y font appel dans notre étude que pour 6% d'entre elles.

En quelque sorte image en miroir de cette dernière donnée, le recours des femmes "au bouche-à-oreille" (11% d'entre elles, et reflétant par ailleurs une plus grande facilité de la femme à parler et à partager des éléments de sa vie intime avec ses proches), recours donc plus important que du côté des hommes.

MODE DE RECRUTEMENT	FREQUENCE
Conseil d'un médecin	43%
Médecin traitant	28%
Annuaire, web	18%
Proche, connaissance	8%
Autres	2%
Non renseigné	1%
Total général	100%

Enfin, même si la part dévolue au web n'est pas négligeable, essentiellement pour les hommes, son rôle global est encore modeste (18% sur l'ensemble des patients sans distinction de sexe).

➤ **QUELS SONT LES SPECIALISTES ADRESSANT LE PLUS AU SEXOLOGUE :**

SPECIALISTES ADRESSANT AU SEXOLOGUE	FREQUENCE RELATIVE H + F
<i>généraliste</i>	42%
<i>gynécologue</i>	27%
<i>psychiatre</i>	9%
<i>urologue</i>	7%
<i>autres</i>	15%
<i>total général</i>	100%

➤ **REPARTITION DES MEDECINS SEXOLOGUES PARTICIPANT A NOTRE ETUDE EN FONCTION DE LEUR MODE D'EXERCICE :**

L'intérêt de l'étude réside surtout dans la mise en évidence, lors de notre recensement des divers médecins sexologues en exercice dans la région Nord-Pas-de-Calais, **de modes d'exercice diversifiés et relevant des secteurs à la fois public et privé** : cabinets libéraux, concentrés sur les grandes agglomérations et notamment sur Lille, consultations hospitalières publiques disséminées au sein des hôpitaux de taille moyenne (CHR d'Arras, CH de Dunkerque, etc) et recrutant à temps partiel des médecins sexologues vacataires exerçant par ailleurs au sein de leur propre cabinet libéral, grands hôpitaux (CHRU

de Lille) disposant de Praticiens Hospitaliers Plein Temps mais qui n'exercent la sexologie proprement dite qu'à temps partiel en sus de leur spécialité (Gynécologie sur le CHRU de Lille), ces mêmes PH pouvant également suivre une patientèle hospitalière privée.

On retrouve également des consultations publiques de sexologie médicale dans différents Centres de Santé publics (Départementaux) ou semi-publics (exemple du Centre Pasteur de Lille), ainsi que d'autres structures publiques territoriales telles que centres de protection maternelle et infantile (PMI), centres de Planning Familial parfois établis dans l'enceinte d'un hôpital (CHR d'Arras, annexe du service de Gynécologie-Obstétrique).

Les chiffres de la répartition par mode d'exercice issus de notre étude semblent accorder une part minimale aux consultations publiques (13%), mais ces chiffres sont très probablement inexacts du fait du mode de fonctionnement complexe de ces structures publiques dont les praticiens sont plus difficilement accessibles et mobilisables dans le cadre d'une étude telle que la notre, et donc notablement sous représentés par rapport à leur collègues du privé en termes de nombre de questionnaires distribués aux patients ; ***cela rend donc difficile l'évaluation réelle du contingent de patients recourant aux structures publiques, probablement de l'ordre de 20% au moins.***

Il est donc important de noter que de nombreuses structures publiques existent dans la région, susceptibles ***de dispenser à moindre coût des soins dans le domaine des dysfonctions sexuelles*** ; cette constatation est d'autant plus importante que les consultations privées ont très souvent recours à des ***dépassements d'honoraires***, justifiés par rapport au temps et au travail consacrés par ces spécialistes qui ne peuvent par ailleurs se prévaloir d'une cotation spécifique d'actes n'existant pas dans la nomenclature de la Sécurité Sociale ; mais certains publics fragilisés sur le plan économique risquent ainsi de se voir privés de soins médicaux dont ils peuvent avoir besoin : je pense notamment à la catégorie des étudiants, dont une étude récente a montré la précarisation économique croissante se traduisant par leur renoncement progressif à l'accès aux soins médicaux et dentaires de base : ces jeunes rognent sur leur budget de santé pour assurer le délicat équilibre entre leurs dépenses alimentaires, de logement et de transport.

56

Et même si, fait un peu surprenant, les patients de l'étude paraissent globalement estimer que ces soins de sexologie médicale sont ***relativement accessibles*** (moyennement accessibles, M=2,3, sans différence significative selon le sexe ou la tranche d'âge), ***il n'en demeure pas moins que 28% des femmes et 26% des hommes ayant participé à l'étude considèrent que, globalement, le parcours médical qu'ils ont suivi est peu ou très peu accessible sur le plan pécunier, les chiffres moyens masquant de grandes disparités individuelles.***

Pour illustration les diverses remarques portées en fin de questionnaire, déplorant l'existence de ces dépassements d'honoraires et, je cite une étudiante :

"J'aurais préféré que la sexologie soit plus prise au sérieux par certaines mutuelles de santé. Pour ma part, je ne suis remboursée qu'une toute petite part par ma sécurité sociale. Or lorsqu'on est étudiant(e) comme moi, ces consultations qui sont pourtant bénéfiques, s'avèrent trop coûteuses, et peut-être certains patients ne pourraient pas avoir les revenus nécessaires pour être suivis et "guéris" de leurs troubles sexuels".

Il apparaît donc regrettable et peu équitable que des jeunes gens, étudiants, apprentis, soient susceptibles de ne plus pouvoir accéder faute de ressources minimales, à ces soins médicaux essentiels – notamment en matière de santé sexuelle et de santé mentale – de même qu'à des conditions de vie décentes (alimentation et logement en particulier) auxquelles ils aspirent légitimement.

« **Les étudiants renoncent aux consultations médicales pour des raisons financières** »
« Des études montrent qu'ils sont 34% dans ce cas. 90% des étudiants avouent avoir recours à l'automédication et se débrouiller tant bien que mal avec les informations et produits disponibles sur internet pour se soigner sans frais ».

Source : FEDERATION DES ASSOCIATIONS GENERALES ETUDIANTES (FAGE), "Lutter contre la paupérisation des étudiants est un sujet tabou" **LE MONDE ECONOMIE 19.12.2011** "

Ceci pointe en tous cas l'importance **d'une véritable éducation et d'actions de prévention sexuelles** dispensée aux jeunes – et **pourquoi ne chargerait-on pas des médecins sexologues** d'assurer cette tâche dont ils sauraient sans doute s'acquitter mieux que quiconque ?

De même, il est indispensable que ces **diverses structures publiques et semi-publiques**, qui ont le mérite d'exister en nombre dans notre pays et de permettre l'accès à des **soins sexologiques et psychologiques abordables aux plus défavorisés** (dispensaires, centres de santé universitaires, BAPU, CMP, centres de Planning Familial), ne puissent plus rester **ignorés** ou sous-utilisés par ceux qui en ont le plus grand besoin : aux médecins donc, travailleurs sociaux et autres acteurs de terrain Santé Publique d'en assurer la plus large **publicité**.

➤ **QUELLE DUREE DE PRISE EN CHARGE CHEZ LE SEXOLOGUE :**

Constatons d'abord que cette prise en charge par le sexologue semble durer, en moyenne, moins longtemps que celle de l'ensemble des prises en charges, toutes spécialités confondues :

FEMMES	M = 0,56
HOMMES	M = 0,76

M représente la moyenne des différents indices de durée indiqués par les patients à propos de leur suivi chez le médecin sexologue, indices dont nous rappelons la signification :

INDICE DE SUIVI	DUREE DU SUIVI
0	Inférieur strictement à 6 mois
1	De six mois à moins d'un an
2	De un an à moins de 5 ans
3	Cinq ans ou plus

- Ainsi, pour les deux sexes, il s'agit **d'une durée moyenne de suivi comprise entre six mois et un an**, avec une valeur **plus forte pour les hommes que pour les femmes** ; seuls 6% des patients, exclusivement des hommes, ont présenté une durée de prise en charge supérieure ou égale à cinq ans.

- Pour la femme, la durée moyenne de prise en charge **sur l'ensemble des différentes étapes**, s'élève à 12,9 mois, elle est donc supérieure à la valeur précédente (elle-même inférieure à 12 mois).

- Pour l'homme, cette valeur moyenne, **toutes étapes confondues**, est égale à 17,3 mois, ici encore supérieure à la durée moyenne des consultations de sexologie, toutes inférieures à un an.

- Cette **brièveté relative** des prises en charge auprès des médecins sexologues trouve son origine principale, et cela de manière peu contestable, **dans le caractère inachevé** de celles-ci (l'enquête prend

place durant les suivis de sexologie qui, statistiquement, ne peuvent être tous sur le point de s'achever à la date de remise du questionnaire), comparativement à l'ensemble des prises en charge qui, à l'exception de ces dernières, se sont déroulées jusqu'à leur terme réel

- Une deuxième explication, beaucoup plus hypothétique, se baserait sur une amélioration continue de l'efficacité des prises en charge, et un effet cumulatif des bénéfiques diagnostics et thérapeutiques successifs : plus longue aurait été la durée totale des soins – et des investigations diverses permettant d'affiner le diagnostic - meilleure serait l'amélioration clinique susceptible d'intervenir ensuite, et donc plus brève serait la dernière prise en charge (remarquons que, du fait même du mode de recrutement des patients auprès d'un médecin sexologue, cette étape du parcours effectuée chez un sexologue, quel qu'en soit le numéro d'ordre, **est toujours la dernière étape du parcours au moment de l'étude**).

➤ *DE QUEL NIVEAU DE CONNAISSANCE RELATIF A LA SEXOLOGIE MEDICALE LES PATIENTS BENEFICIAIENT-ILS AVANT DE DÉBUTER LEUR PREMIERE PRISE EN CHARGE PAR UN MEDECIN SEXOLOGUE ?*

Le but affiché de cette question est compréhensible : essayer de tester la connaissance des patients en rapport avec une discipline peut-être assez mal connue du grand public, voire du monde médical lui-même. Mais la question en elle-même recouvre trop d'aspects disparates : objet de cette discipline, moyens utilisés, références théoriques, cadre de l'exercice professionnel, éléments en constituant son originalité par rapports à d'autres spécialités poursuivant en partie les mêmes objectifs thérapeutiques (médecine générale, urologie, gynécologie, psychiatrie, ces mêmes spécialités étant au demeurant pourvoyeuses de candidats potentiels à la formations de futurs médecins sexologues, à l'issue d'un cursus permettant d'accéder au DIU).

Pour compliquer un peu plus le tableau, il faut remarquer que cette discipline ne possède pas le statut de spécialité médicale que confère le DES des grandes spécialités médico-chirurgicales connues du grand public (médecin généraliste, médecin psychiatre, gynécologue, urologue, cardiologue, etc).

58

La réponse donnée par les patients aura donc à priori une signification très vague et donc sans grande valeur dans ces conditions, et l'on peut craindre qu'elle ne soit fournie par le patient que dans le but de ne pas décevoir les instigateurs de l'étude. Toutefois, la grande dispersion des réponses permet de tempérer ces réserves, excluant apparemment une solution de convenance de la part des patients interrogés.

Il s'agit donc d'un niveau de connaissance antérieur se situant dans le bas de la fourchette **"assez satisfaisant"**, réponse probablement un peu influencée par l'expérience concrète que chaque patient est en train de vivre depuis le début plus ou moins proche de sa prise en charge par un médecin sexologue.

L'information majeure ressortant de cette investigation est la grande dispersion des résultats témoignant d'un niveau de connaissance très hétérogène, encore plus marqué chez les hommes que chez les femmes.

➤ *LE PATIENT AYANT DECIDE DE TRAITER SES DYSFONCTIONS SEXUELLES DEVRA-T-IL ATTENDRE LONGTEMPS AVANT DE DEBUTER SA PRISE EN CHARGE AUPRES D' UN MEDECIN SEXOLOGUE ?*

Cette question peut s'entendre de deux manières assez différentes :

La première se propose d'évaluer la durée d'un parcours durant lequel vont rentrer successivement en scène les acteurs d'un **parcours thérapeutique qui s'ajuste et s'affine**, au gré des réseaux de confrères des divers praticien - de ville essentiellement. Le passage par la case "sexo" ne constitue ni une obligation, ni forcément un plus dans cette optique, c'est une simple éventualité dans le "pool" des divers spécialistes qui sont censés, et souvent à juste titre, aider le patient à "sortir" d'un mauvais pas. A chacun est reconnu à la fois **une certaine spécificité** liée à sa spécialité (le médecin traitant dans son rôle de premier recours de préférence vis-à-vis des hommes, ce rôle étant plutôt endossé par la gynécologue s'agissant des femmes, enfin l'urologue, le psychiatre, l'endocrinologue, ou le sexologue étant sollicité ultérieurement si la situation tarde à s'améliorer et/ou qu'un avis plus spécifique s'impose), mais en même temps une certaine **polyvalence** qui l'autorise, à sa propre place, à mettre en oeuvre la prise en charge **qu'il se sent capable** d'assumer honnêtement. Dans une telle perspective, on pourrait presque penser à une certaine **interchangeabilité** des divers acteurs.

Dans sa deuxième acception, bien différente, la question initiale reconnaît implicitement **un statut privilégié au médecin-sexologue** face à cette tâche de prendre en charge les dysfonctions sexuelles, partant de la constatation que le champ de la sexualité et de dérèglements est largement assez vaste pour justifier le fait qu'il soit – ou devienne - l'objet d'une **spécialité à part entière** ; que d'autre part, il est souvent **illusoire de vouloir à la fois bien faire, et tout faire** et que, pour ne parler que du médecin-généraliste, celui-ci doit déjà assurer suffisamment de fonctions dans des domaines très divers, en matière de dépistage, de prévention, de référent et d'accompagnant et, parfois aussi, de confident, quand surgit une maladie grave ou que la vie fait trop mal, et... supposé bien entendu faire appel à la richesse de son "carnet de correspondants" lorsqu'il convient de passer la main si le "tableau" se complique trop et devient du ressort du "spécialiste"...

Pour revenir aux résultats de l'enquête concernant ce délai, il apparaît que la fraction des **femmes** bénéficiant d'une prise en charge par un **médecin sexologue** dans les **deux premières années** suivant une toute première consultation pour difficultés sexuelles, est de **68%**, passant à **42%** si le délai est réduit à **moins de six mois**.

59

De même, les **hommes** consultant un **médecin sexologue** au plus tard **deux ans** après cette première consultation représentent **62%** de leur effectif total, et **44%** si l'on abaisse ce délai à **moins de six mois**.

Les délais moyens, presque identiques dans les deux sexes, se situent à un peu plus de deux ans, et à l'autre bout du spectre, se retrouvent **10% des femmes et 8% des hommes** qui ont attendu **au moins dix ans avant de consulter le médecin-sexologue**.

D'un point de vue global, on peut conclure que ce **délai de passage à une prise en charge spécialisée**, celle du sexologue, est dans l'ensemble relativement court, mais ceci ne doit pas faire ignorer ces quelques **dix pour cent** des hommes et des femmes qui devront **patienter au moins dix ans**.

Notons par ailleurs que **dix-huit pour cent des patients des deux sexes** ont déjà attendu **au moins dix ans** pour consentir à ce premier rendez-vous médical : ainsi, dans le cas de figure le plus défavorable où ces deux délais se cumulent chez le même patient, **c'est un délai d'au moins 20 ans** entre le début des troubles et le début de la prise en charge par le médecin sexologue ; et malheureusement, ce n'est pas pour autant qu'un tel patient verra ses dysfonctions disparaître du jour au lendemain, même s'il peut s'estimer "sur la bonne voie", car le retard en matière de prise en charge est souvent de mauvais pronostic.

COMMENT LES PATIENTS EVALUENT-ILS GLOBALEMENT LES DIVERS ASPECTS DE LEUR PARCOURS ?

En formulant les questions de cette rubrique, nous avons bien pris soin de préciser qu'il s'agissait d'apprécier les caractéristiques globales de L'ENSEMBLE DU PARCOURS, et PAS SEULEMENT celles de sa toute dernière étape constituée par la prise en charge chez le médecin-sexologue. Dans le cadre de l'étude que nous menons parallèlement en Région Parisienne et dont l'enquête auprès des patients est toujours en cours (à ce jour, une quarantaine de formulaires nous ont été retournés, depuis le 1^{er} juillet), nous avons pris le parti d'interroger les patients sur deux aspects supplémentaires de leur parcours :

- L'importance de la place accordée par le monde médical à ***l'aspect psychologique, humain et relationnel***, durant ce parcours de soins,
- Et la manière dont les patients, qui souvent ont déjà consulté plusieurs spécialistes différents, considèrent cette dernière approche de la médecine sexuelle : est-elle innovante, bien adaptée à ses objectifs et proposant une approche originale de la prise en charge des dysfonctions sexuelles ?

➤ DIFFICULTÉ DU VÉCU SUR L'ENSEMBLE DU PARCOURS

Rappelons au préalable que ces résultats présentent une grande hétérogénéité ; ainsi : **50% des femmes et 62% des hommes admettent avoir vécu un parcours difficile ou très difficile, alors qu'à l'inverse, 21% des femmes et 23% des hommes situent leur expérience dans la fourchette "pas du tout ou assez peu difficile"**.

Les graphiques représentant la répartition des individus en fonction du degré de difficulté de ce vécu, sont assez semblables dans les deux sexes, avec toutefois une valeur moyenne légèrement supérieure (M = 2,7) chez les hommes, dont 40% se situent dans la tranche de vécu "très difficile", contre seulement 26% chez les femmes, ces dernières présentant une valeur moyenne M = 2,4.

Il apparaît alors logique de déterminer tout d'abord si certains facteurs individuels influent sur ce paramètre, indépendamment du sexe :

- Le découpage en trois tranches d'âges (20-35 ans, 36-50 ans, 51-68 ans), pour les deux sexes, ne fait pas apparaître de modifications importantes sur les schémas des répartitions : autrement dit, globalement, les patients souffrent à peu près dans les mêmes proportions, qu'ils soient jeunes, d'âge intermédiaire ou plus âgés, les hommes comme les femmes.

- La difficulté moyenne paraît augmenter avec le nombre de médecins du parcours, c'est-à-dire d'une certaine manière avec la succession des échecs ou semi-échecs thérapeutiques, mais également avec l'allongement de la durée totale de prise en charge :

Nombre de médecins	Difficulté moyenne
1	2,2
2	2,6
3	2,7
4	3,2
5	NS : 2 patients
Moyenne globale	2,56

- Par contre, il ne semble pas y avoir de relation simple entre le degré de difficulté du parcours et le mode d'exercice des praticiens consultés, libéraux, hospitaliers ou autres, les résultats se contredisant selon l'étape du parcours concernée.

- Enfin, le **faible niveau d'étude** semble représenter un net **facteur d'aggravation** de la difficulté du vécu, notamment lorsque l'on passe du niveau "Brevet des Collèges ou moins" (moyenne M = 3,4) au niveau "Baccalauréat" (M = 2,3) ou au niveau "Universitaire" (M = 2,4) ; cet effet est particulièrement manifeste chez les femmes, où l'on passe d'une valeur moyenne maximale de 4 pour le niveau "Brevet des Collèges", à 2,7 pour un niveau "Baccalauréat" et enfin minimal pour les patientes de niveau "Universitaire".

Les hypothèses sont nombreuses pour rendre compte de ce double phénomène montrant que l'on vit plus difficilement les rigueurs de ce parcours médical avec un niveau d'études modeste, et cela d'autant plus que l'on est femme.

- ❖ Un niveau d'études modeste est assez fortement corrélé à des conditions professionnelles, matérielles, financières et culturelles moins favorables : la prise en charge pécuniaire des soins sera plus lourde à assumer, et de même les conditions "environnementales" de cette femme de milieu probablement "simple" seront plus difficiles à concilier avec les exigences de ce parcours de soins (fatigue d'une journée de travail, trajets, tâches ménagères, etc.).
- ❖ Ces mêmes patient(e)s éprouveront une plus grande difficulté à découvrir les ressources médicales les mieux adaptées à la prise en charge de leur dysfonction sexuelle, ainsi qu'à rester suffisamment critique par rapport à la qualité et à la rationalité des soins dispensés : un cadre supérieur osera plus facilement qu'une ouvrière questionner son médecin sur ses méthodes.
- ❖ Un niveau d'étude plus élevé implique peut-être, à contrario, une meilleure compréhension de ses troubles au moins sur un plan médical, et permettrait d'autre part une meilleure prise de recul par rapport à ces mêmes difficultés.

- Enfin, on peut conjecturer que la fonction sexuelle et son intégrité - et en corollaire la sexualité et son expression harmonieuse - peuvent constituer un **enjeu encore plus important** dans un milieu modeste, et encore davantage **pour la femme** dont l'importance identitaire et sociale vis-à-vis de l'homme, au sein du couple comme de manière plus large en société, se sent reconnue et valorisée **en premier lieu au travers de son attrait physique, et de l'attirance sexuelle qu'elle suscite autour d'elle**, la réciprocité paraissant moins évidente en ce qui concerne l'homme qui bénéficie d'un statut privilégié en la matière et reste donc moins sujet à une remise en cause par l'autre sexe.

Niveau d'ETUDES Hommes+Femmes	Niveau moyen de DIFFICULTE
BREVET	3,4
BAC	2,3
UNIVERSITE	2,4
Total général	2,57

Niveau d'ETUDES des FEMMES	Niveau moyen de DIFFICULTE
BREVET	4
BAC	2,7
UNIVERSITE	2,3
Total général	2,42

Niveau d'ETUDES des HOMMES	Niveau moyen de DIFFICULTE
BREVET	3,4
BAC	2,2

UNIVERSITE	2,4
Total général	2,66

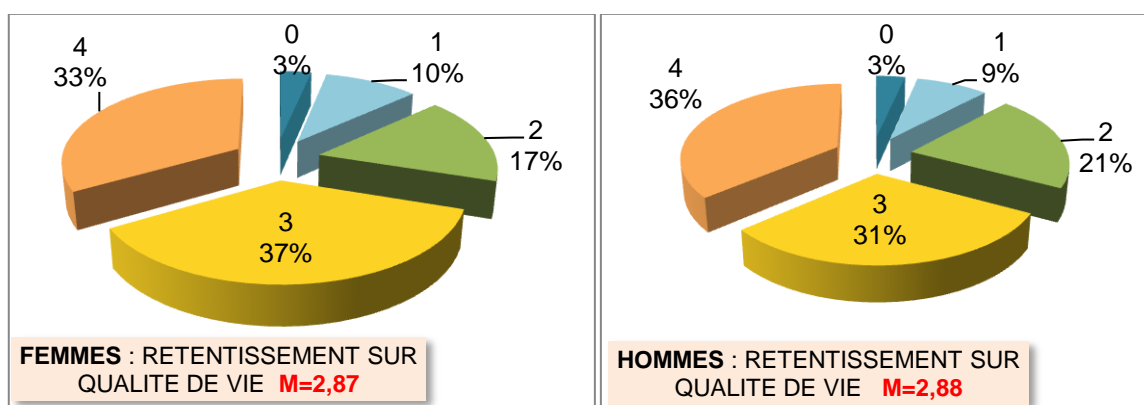
Toutefois, l'effectif très restreint (un individu) du sous-groupe des femmes de niveau "Brevet des Collèges" rend la valeur statistique de ce résultat extrêmement faible et la généralisation à la population mère impossible.

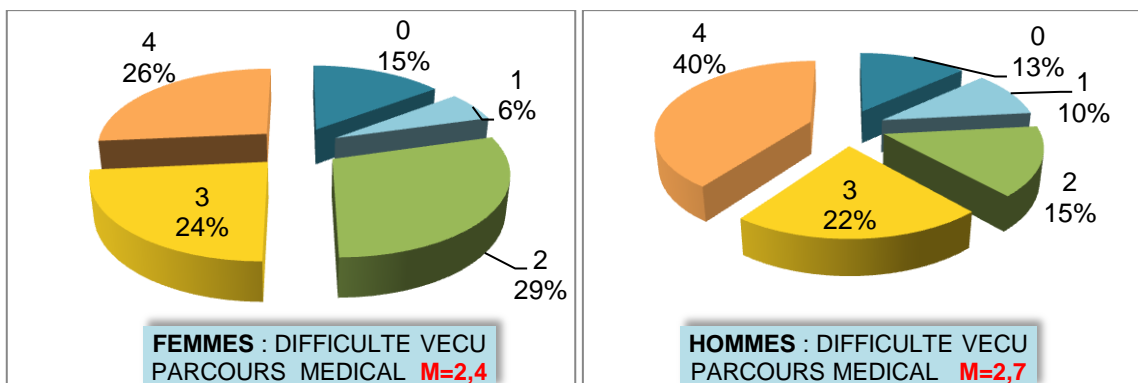
Par ailleurs, cette notion de **difficulté vécue** au long de ce parcours de soins sexologiques nous paraît importante dans ce sens où elle englobe à la fois la **difficulté médicale** objective de la dysfonction en cause, son **retentissement psychologique, symbolique et relationnel**, mais fait aussi intervenir la notion **d'accessibilité** sur les plans **pratique et pécunier** des ces soins, la **lisibilité** du système médical en ce domaine, enfin la **qualité** des soins dispensés comme la **compétence** tant sur le plan strictement **technique que relationnel**.

Ainsi, la **dispersion importante** –et à priori un peu **surprenante**– de nos résultats en la matière, pourrait bien n'être que le reflet de la **diversité des patients** sur divers plans :

- **médical et psychologique** (le retentissement et la difficulté ressentie par une jeune femme de 30 ans souffrant de phobie des rapports et de dyspareunie dans le cadre étiologique d'un trouble anxieux sociale invalidant, seront probablement plus importants que ceux découlant également d'une dyspareunie liée à une sécheresse vaginale chez une femme ménopausée de 55 ans),
- **socio-économique et professionnel**, nous avons déjà mentionné ces deux points comme étant des facteurs importants de cette difficulté de parcours.
- **MAIS AUSSI** du possible **caractère hétérogène des soins dispensés**, en raison de la diversité des parcours individuels de chaque médecin en matière de formation et de spécialisation, mais également de leurs conditions d'exercice et de la typologie particulière de chaque patientèle.

Remarquons enfin, en comparant les graphiques "Retentissement des troubles sur la qualité de vie" à ceux de la "Difficulté du vécu du parcours médical", qu'ils sont assez superposables, avec toutefois chez les femmes des proportions plus importantes des grades 3 et 4 s'agissant du "retentissement des troubles" comparativement à celles relatives à la "Difficulté du vécu du parcours médical", pour ces mêmes grades ; ainsi, la femme semble mieux que l'homme dissocier la notion de "difficulté de parcours médical" de celle de "retentissement des troubles", et particulièrement sur les niveaux 3 et 4 de l'échelle d'intensité.





➤ LES PATIENTS ESTIMENT-ILS AVOIR RECU UN SOUTIEN SATISFAISANT DE LA PART DES MEDECINS DURANT CE PARCOURS ?

Rappelons les principaux résultats : " Ainsi, **67% des femmes et 65% des hommes disent avoir reçu un soutien satisfaisant à très satisfaisant** ; à l'inverse, 18% des femmes et 15% des hommes le qualifie de peu ou très peu satisfaisant. Les répartitions sont très semblables dans les deux sexes, et **les moyennes égales**".

Le seul commentaire que nous nous permettrons à ce sujet, consiste à remarquer que les "18% de femmes et 15% d'hommes peu ou très peu satisfaits à cet égard" **n'auraient peut-être pas vécu tout-à-fait la même expérience de détresse et de sentiment d'abandon**, qui nous interpelle évidemment, **si la formation initiale des médecins valorisait encore davantage la dimension psychologique et relationnelle de la relation médecin-malade, autant qu'elle semble priser, et à juste titre, la performance technologique.**

➤ LES PATIENTS PARVIENNENT-ILS A SE REPERER SUFFISAMMENT DANS LE DOMAINE DE LA MEDECINE SEXUELLE ?

Si nous nous basons sur les résultats de l'enquête, la réponse serait plutôt rassurante, puisque **73% des femmes et 77% des hommes estiment "s'être assez bien, bien ou très bien repérés"** parmi les diverses spécialités et structures intervenant dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles, les moyennes respectives s'élevant à **2,2 et 2,5** et donc assez satisfaisantes.

Par ailleurs, la lecture des différents questionnaires qui nous sont revenus montre que dans une proportion non négligeable de cas, le patient désigne le médecin qu'il a consulté pour sa dysfonction sexuelle – et qui est sexologue, comme tous les médecins associés à notre étude - par le qualificatif de sa spécialité d'origine : psychiatre, ou urologue, ou gynécologue.

Seul le médecin sexologue titulaire d'un DES de médecine générale n'est jamais qualifié de généraliste, mais bien de sexologue, ce qui tendrait à suggérer que la médecine générale est peut-être encore loin d'apparaître comme une spécialité à part entière dans l'esprit de la majorité des patients.

Ainsi, certains patients intègreraient inconsciemment la notion, exacte d'un point de vue administratif, que la sexologie médicale est seulement une orientation ou une sur spécialisation, et non un DES.

➤ LES PATIENTS CONSIDÈRENT-ILS QU'UN RENDEZ-VOUS AUPRES DU MEDECIN SEXOLOGUE EST OBTENU DANS UN DELAI RAISONNABLE ?

Notre enquête permet de répondre par l'affirmative dans la quasi-totalité des cas (seuls 3% des femmes et 6% des hommes jugent ce délai excessif).

Toutefois, la question mérite d'être soulevée à la lumière des remarques suivantes :

- Un patient mécontent explique qu'un délai de deux mois pour obtenir un rendez-vous est "abusif", alors qu'un médecin sexologue interrogé considère ce même délai tout à fait raisonnable : l'appréciation dépend bien sûr de la situation de la personne qui la formule, médecin surchargé ou patient inquiet !

- Il est probable, comme nous le remarquons précédemment, que la médecine sexuelle ne constitue pas à proprement parler une **discipline "d'urgence"** comme peuvent l'être dans certains contextes la psychiatrie, la cardiologie ou la chirurgie.

L'urgence est néanmoins bien présente en **médecine sexuelle**, rarement sur le plan somatique, mais plutôt sur celui de la **souffrance psychique**, parfois **insoutenable** comme nous l'expriment certains patients.

Par contre, nous croyons que la médecine sexuelle ne dispose pas suffisamment des moyens qui lui permettraient de mener à bien sa mission, d'une part en l'absence de **formation initiale** suffisante au cours des études de médecine, et par ailleurs ne bénéficiant pas aujourd'hui d'un **statut réellement viable** sur le plan de l'exercice de cette spécialité.

En effet, comme déjà mentionné plus haut, l'absence de **cotation spécifique** de l'acte ou de la consultation de sexologie médicale ne permet pas aux médecins sexologues d'être rétribués à leur juste peine, – notamment ceux d'entre eux issus de la médecine générale et qui, comme leurs confrères urologues, psychiatres, gynécologues, etc, ne peuvent recourir à une cotation de leurs actes sous couvert de leur DES d'origine ; ainsi, les médecins généralistes auront-ils souvent recours à des **dépassement d'honoraires**, dont les patients les plus modestes pourront parfois difficilement supporter la charge.

Malgré un recours fréquent et compréhensible à cette dernière pratique, les médecins généralistes qui constituent pourtant la moitié du contingent des médecins sexologues, préfèrent souvent **limiter leur pratique** dans ce domaine particulièrement "chronophage", et l'offre en matière de consultations de sexologie médicale s'en trouvera réduite d'autant.

Notons par ailleurs que parmi les 32 médecins sexologues répertoriés sur la région du Nord-Pas-de-Calais, seuls 26 exercent effectivement dans ce domaine, les 6 autres n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus cette activité ; d'autre part, la très grande majorité des médecins sexologues en exercice, qu'ils soient médecins généralistes, urologues, gynécologues ou autres, ne le font qu'à temps (parfois très) partiel comparativement à leur activité principale en rapport avec leur DES.

Seule une petite fraction de médecins sexologues se consacrent entièrement à cette activité.

Dans ces conditions, **il apparaît assez probable que la demande de consultations en médecine sexuelle dépasse l'offre disponible**, malgré cette apparente facilité de prise de rendez-vous ressortant de l'enquête mais peut-être liée à la limitation des prises en charge de nouveaux patients.

Afin d'alimenter notre propos, voici un **tableau de synthèse** reprenant les toutes récentes données de démographie médicale relatives au Nord-Pas-de-Calais, et figurant dans un document de travail de la **DREES** (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé) réalisé par **Daniel SICARD**, intitulé **"Les médecins au 1^{er} janvier 2013"**, extrait de "SERIE STATISTIQUES n° 179, Avril 2013, et mettant en lumière le caractère quasi confidentiel, au

regard de ses effectifs, de la population des médecins sexologues, notamment si on les compare aux autres spécialités participant avec eux à la prise en charge des dysfonctions sexuelles.

EFFECTIFS COMPARATIFS DE QUATRE SPECIALITES MEDICO-CHIRURGICALES ET DE CEUX DE LA MEDECINE SEXUELLE EN REGION NORD-PAS-DE-CALAIS				
SPECIALITES	EFFECTIFS	% FEMMES	% TOTAL	Un sexologue pour :
MEDECINE GENERALE	6859	35.5	82,33%	294 généralistes
PSYCHIATRIE	749	44.2	9,00%	32 psychiatres
GYNECOLOGIE	571	53.2	6,85%	24 gynéco
UROLOGIE	129	2.3	1,55%	6 urologues
MEDECINE SEXUELLE	26	53.9	0,28%	1 sexologue
TOTAL	8331	NR	100%	357

➤ DE L'AVIS DES PATIENTS, UNE PRISE EN CHARGE EN MEDECINE SEXUELLE EST-ELLE ABORDABLE SUR LE PLAN FINANCIER ?

La réponse est ici encore à la mesure de la diversité des profils socio-économiques des patients, dont nous rappelons qu'ils présentent majoritairement un niveau d'études assez élevé (64% des patients mentionnent un cursus de niveau universitaire, laissant supposer une situation professionnelle de type technicien supérieur, ingénieur, cadre ou profession libérale, alors que 22% d'entre eux, ayant interrompu leurs études au niveau du brevet des collèges, exercent vraisemblablement en tant qu'employés, ouvriers, qualifiés ou non). Et l'on retrouve sensiblement cette même dichotomie dans les réponses, puisque l'accessibilité financière du soin sexologique apparaît **"satisfaisante à très satisfaisante" à 49% des femmes et à 47% des hommes de l'étude** alors que **28% des femmes et 26% des hommes jugent ces soins "peu ou très peu abordables"**.

65

➤ CE QUE NOUS CONFIENT LES PATIENTS "EN PRENANT CONGÉ" (voir annexes)

C'était l'objet de la toute dernière question, qui justement se refusait à en être une, souhaitant plus simplement proposer un espace de parole où le patient était invité à nous parler plus librement de lui-même, de son expérience dans le cadre de ce parcours et dont il venait de faire une rapide synthèse avec le questionnaire : ses étonnements, ses réserves et ses colères peut-être, ses déceptions parfois, mais également ses découvertes, ses progrès et ses espoirs.

Voudrait-il adresser un conseil spécial au futur patient, afin de lui éviter certains écueils sur lesquels lui-même s'est un moment abîmé ? Ou bien lui transmettre une valeur, un principe qui l'aura un jour soutenu et fortifié durant cette recherche qui, parfois, s'apparente à une épreuve ?

Mais ne nous méprenons pas, ces messages parfois griffonnés au bas de la dernière page, sont aussi sûrement destinés aux médecins que nous sommes et qu'il a côtoyés tous ces mois, qu'aux patients à venir : messages souvent en forme de gratitude et de remerciements, et parfois teintés de lassitude et d'incompréhension.

Ces mots sont tous précieux, car consentis de bonne volonté et en toute liberté, et c'est à nous maintenant qu'il revient de leur donner sens et poids dans notre pratique quotidienne.

REPARTITION ET CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES DES DIVERS MEDECINS-SEXOLOGUES AYANT PARTICIPE A L'ETUDE :

Les médecins participant à l'étude se répartissaient ainsi, en fonction de leur situation géographique, de leur mode d'exercice et de leur spécialité de DES :

- 3 médecins sur 23, soit 13,0% de l'effectif total, exerçaient sur le département du Pas-de-Calais (1,46 million d'habitants (source INSEE 2010), soit 36,1% de la population totale de la région Nord Pas-de-Calais), représentant un taux de 2,05 médecins-sexologues par million d'habitants.

- 20 médecins sur 23 (87%) relevaient du département du Nord (2,58 millions d'habitants (source INSEE 2010), soit 63,9% de la population globale du Nord Pas-de-Calais), représentant un taux de 7,75 médecins-sexologues par million d'habitants, taux 3,8 fois supérieur à celui du département voisin.

A titre de comparaison, la densité de médecins généralistes sur la région NPC est de 1401 par million d'habitants, soit un ratio de 1 médecin-sexologue pour 246 médecins-généralistes.

Par ailleurs, 15 des 20 médecins-sexologues du Nord exerçaient au sein du complexe urbain de Lille-Roubaix-Tourcoing.

La répartition en termes de spécialité de DES associée est la suivante :

- Médecins Généralistes : 17/23 (73,9%)
- Médecins Gynécologues : 4/23 (17,4%)
- Médecin Urologue : 1/23 (4,3%)
- Médecin Endocrinologue : 1/23 (4,3%)

66

Voici la ventilation par type et lieu d'exercice, **souvent mixte (d'où un effectif total supérieur à 23)** :

- Cabinet libéral : 18/23
- Pratique hospitalière (temps partiel) : 7/23
- PMI, Planning Familial, Centres de Santé et Etablissements Sanitaires Territoriaux : 4/23

CONCLUSION

L'intérêt de cette notion initiale de "parcours global des patients souffrant de dysfonctions sexuelles en Région Nord-Pas-de-Calais et suivis par un médecin sexologue", semble s'être confirmé.

D'abord pour l'originalité du thème, nos recherches bibliographiques comme d'assez nombreuses conversations avec des médecins sexologues, semblant indiquer qu'il n'a jamais été traité en France, ni vraisemblablement à l'étranger.

D'autre part puisque ce travail est parvenu à mobiliser de façon apparemment convaincante médecins et patients ; à titre indicatif, 110 questionnaires nous ont été retournés jusqu'à ce jour, grâce au concours d'une vingtaine de médecins sexologues.

Enfin, par son objet, puisqu'une telle étude qui s'adresse directement aux patients, ceux-ci étant sondés de manière totalement anonyme à l'aide d'un questionnaire complet, explore finement leur trajectoire médicale liée à leurs dysfonctions sexuelles, et plus généralement leur attitude pour venir à bout de leurs troubles, ainsi que leur vécu de la maladie analysé à divers niveaux.

La multiplicité des aspects étudiés a eu pour première conséquence, en faisant apparaître des sous-groupes nombreux et d'effectifs relativement modestes par rapport à la taille globale de l'échantillon, d'en rendre l'analyse statistique moins probante, du moins en ce qui les concerne : il serait donc souhaitable que le travail puisse être poursuivi dans un deuxième temps avec un effectif plus large de patients afin de parvenir à des conclusions plus significatives et donc susceptibles d'être utilisées en pratique professionnelle. De même, une meilleure connaissance des outils statistiques devrait permettre d'effectuer des croisements de paramètres plus nombreux, et ainsi de faire apparaître des liaisons qui nous ont échappé.

Par ailleurs, à titre de comparaison, l'étude récemment conduite par Nathalie BAJOS et Michel BOZON et considérée comme une référence en matière d'analyse de la sexualité de la population française, aborde aussi ce thème des pathologies sexuelles ainsi que de leur prise en charge médicale ; l'effectif des sujets pris en charge médicalement, au sein de l'échantillon général de l'étude, est de 324 (221 femmes et 103 hommes), même si l'étude complète porte sur un échantillon considérable de 12364 individus.

Cette mise en perspective tend un peu à relativiser les carences de notre étude d'un point de vue de l'effectif.

Enfin, confiant dans le travail déjà entrepris et encouragé dans ce sens par quelques médecins, nous avons entrepris d'améliorer notre méthodologie et nos outils, ainsi que la finesse et l'efficacité notre traitement statistique.

Nous avons notamment déjà rédigé une deuxième version de notre questionnaire, que nous utilisons pour une deuxième étude analogue menée auprès des patients de la Région Paris Ile-de-France, étude qui nous permettra notamment de mettre en évidence de possibles variations inter-régionales.

Sur le fond, ce travail permet, non seulement d'approcher les caractéristiques de cette population de patients issus des salles d'attentes des médecins sexologues et dont elle révèle certains traits spécifiques, **mais il nous met également en mesure de projeter à l'ensemble des patients présentant des troubles de la sexualité certains résultats** indépendants du mode de recrutement : en effet, notre travail montre que les parcours des patients comportent en moyenne entre deux et trois étapes et donc deux à trois praticiens différents, pour atteindre parfois le nombre de cinq dans notre échantillon ; l'étape auprès d'un médecin sexologue n'en constitue donc qu'une parmi d'autres, la totalité des acteurs de la prise en charge médicale des dysfonctions sexuelles, médecins généralistes, gynécologues, urologues et psychiatres, libéraux ou hospitaliers, se retrouvant au fil des parcours des différents patients.

Autre fait notable, la plupart des résultats observés, même lorsqu'ils suggèrent une certaine tendance de l'échantillon vis-à-vis de tel ou tel caractère étudié (indiquée par exemple par la moyenne de la variable considérée), présentent **une dispersion importante** qui oblige, d'une part à s'interroger sur ses causes (voir section "DISCUSSION"), **d'autre part à considérer l'existence de sous-groupes de patients se comportant de manière quasi indépendante, et appelant de la part des médecins notamment des conduites bien différentes.**

Cette même constatation devrait également nous conduire à **revoir notre méthodologie.**

Certains points **déjà mis en évidence par d'autres travaux**, ont été confirmés dans notre étude : il s'agit par exemple de l'existence d'une typologie bien établie auprès des patients, concernant leur **choix en matière de spécialités médicales**, au fil de leur parcours : par exemple, lors d'une première étape, la femme aura de préférence recours au gynécologue et l'homme au médecin traitant.

Il en va de même du phénomène de **réticence des patients à consulter** lorsqu'apparaissent des difficultés d'ordre sexuel, ainsi que de l'attitude insuffisamment active des médecins de premier recours, généralistes et gynécologues, en matière de dépistage de ces dysfonctions, une littérature assez fournie ayant déjà étayé ce point particulier.

Cette patientèle des médecins sexologues apparaît donc, à certains égards, **relativement spécifique** : d'un niveau d'études et probablement aussi socio-économique supérieur à la moyenne, avec une répartition hommes/femmes asymétrique de l'ordre de 2/3 pour 1/3. Par ailleurs, la patientèle d'origine rurale est, en valeur relative, mieux représentée que celle issue des villes, et l'âge moyen des hommes qui consultent est supérieur de 14 ans à celui des femmes ; près des trois-quarts des patients vivent dans le cadre d'un couple stable, et la proportion des patients se déclarant homo ou bi sexuels est sensiblement celle de la population générale. La nature et la fréquence des pathologies sexuelles retrouvées sont comparables à celles observées en population générale.

Les troubles sexuels sont vécus par une grande majorité de ces patients comme extrêmement fréquents ou très fréquents, induisant un handicap majeur dans la vie quotidienne, et ils sont de plus de nature particulièrement durable.

Un peu moins de la moitié des patients aura eu recours à 3, 4 ou 5 médecins, avec un délai d'au moins cinq ans avant la toute première consultation pour près d'un tiers des patients ;

L'analyse rétrospective des différentes étapes du parcours thérapeutique met en lumière des schémas typiques en ce qui concerne le choix par les patients de spécialités médicales privilégiées en fonction du numéro d'ordre de cette étape : alors que la toute première favorise le sexologue puis le gynécologue et enfin le médecin traitant chez la femme, c'est le généraliste qui arrive en tête chez l'homme, suivi du sexologue puis de diverses spécialités.

L'étude montre également une forte prépondérance du secteur privé, à concurrence de 83% du total des praticiens toutes spécialités confondues.

Dans l'ensemble des points abordés, les femmes montrent une disposition plus prononcée que les hommes dans la recherche de solutions face à leurs difficultés sexuelles, et notamment par le moyen du partage et du dialogue ; les moyens de suppléance aux soins médicaux prennent principalement la forme d'un dialogue avec le partenaire, puis d'une remise en question personnelle ainsi que de la recherche d'informations utiles, les autres options étant utilisées dans une moindre mesure..

L'étude souligne aussi cette différence entre sexes sur le plan de leurs recours aux soins, hommes et femmes composant un véritable chassé croisé au cours de leur existence ; nous découvrons ainsi l'existence d'une femme jeune à la fois inquiète vis-à-vis de sa sexualité mais responsable, à la recherche de solutions diverses et à prompt à communiquer, et d'autre part un homme apparemment plus indifférent, moins actif, et se réveillant par contre aux alentours de la cinquantaine.

Le médecin traitant occupe une place importante dans ce parcours, sans doute davantage auprès des hommes que pour les femmes : alors qu'environ deux hommes sur trois ont fait part de leurs difficultés sexuelles à ce dernier qui les prendra ensuite quasiment tous en charge, ce ne sera le cas que d'un peu plus d'une femme sur trois.

L'étude montre en outre qu'en dehors du sexologue, la gynécologue représente encore l'interlocuteur de choix des femmes en matière de troubles de la sexualité, mais celles-ci sont cependant loin de toutes y trouver leur compte lorsqu'elles évoquent chez cette dernière une attitude se limitant trop souvent à un simple examen somatique.

Les réticences et tabous qui imprègnent encore le champ de la sexualité, se manifestent du côté des patients par leur difficulté à se confier à un tiers (un homme sur 10 attendra plus de 10 ans pour le faire) et par le délai important avant qu'ils ne décident de consulter ; côté médecin, c'est une faible aptitude à interroger les patients sur leur sexualité : dans notre étude et s'agissant des femmes, le sujet n'a jamais été abordé à l'initiative du médecin généraliste, et seulement dans 18% des cas pour les hommes.

Interrogés sur leur appréciation de la prise en charge de leur dysfonction sexuelle par leur médecin traitant, les patients disent en premier lieu apprécier sa capacité à les rassurer, puis à les réorienter activement vers un autre spécialiste – mais ceci davantage chez les hommes que les femmes.

La qualité de pédagogie du médecin traitant relativement à ces questions sont jugées très correctes, et ce un peu plus chez les hommes que chez les femmes.

Hommes et femmes s'accordent pour considérer que les soins mis en route par le médecin traitant mériteraient de faire l'objet d'un suivi un peu plus rigoureux, et que par ailleurs, ceux-ci n'aboutissent pas à une amélioration clinique suffisante la plupart du temps (90% des femmes, 55% des hommes). Ce dernier point semble malheureusement l'emporter sur la balance, puisque l'appréciation moyenne des patientes pointe une prestation globale insuffisante, les hommes se montrant toutefois un peu plus satisfaits.

69

En revanche, alors qu'ils sont questionnés un peu plus loin sur les conditions de leur relai vers un autre spécialiste, ils sont une majorité à déclarer que l'amélioration clinique insuffisante est la première cause de ce relai mais toutefois dans le cadre d'une prise en charge bien conduite.

L'ensemble de ces patients seront donc ensuite pris en charge par un médecin relai, environ un tiers d'entre eux à leur propre initiative, les deux autres tiers étant adressés par leur médecin traitant, la cause de ce transfert étant imputée, dans plus de la moitié des cas, à une amélioration clinique insuffisante malgré une prise en charge correcte, dans 20% à un motif autre, le reste étant attribué à une difficulté apparue dans le cadre de la consultation (avec les femmes plus qu'avec les hommes).

Pour parvenir à l'étape du médecin sexologue, le patient a emprunté plusieurs canaux, assez différents en proportions selon qu'il s'agit des hommes ou des femmes : les premiers se répartissant de manière assez équitable entre conseil du médecin traitant, puis celui d'un autre médecin (notamment urologue), enfin le web, et de manière marginale le conseil d'un proche ; au contraire, près des trois-quarts des femmes sont adressées par un médecin autre que leur médecin généraliste (gynécologue en particulier, puis psychiatre), puis par le biais de leur médecin traitant ou d'un proche, enfin très peu par le web.

Ce sexologue exerce en secteur libéral près de neuf fois sur dix, et le suivi moyen, un peu plus long chez l'homme, sera compris entre 6 mois et un an.

En début de prise en charge, les patients se répartissent équitablement en termes de connaissances préalables concernant cette spécialité de médecin sexologue, variant de très bonnes à inexistantes, et d'autre part leur accès à une prise en charge par le médecin sexologue s'est concrétisée dans un délai maximum de 6 mois pour un peu plus de 40% d'entre eux, pour un délai moyen compris entre deux et cinq ans après la toute première consultation en rapport avec leurs difficultés sexuelles.

Lorsqu'ils s'expriment sur l'ensemble de leur parcours, les patients insistent tout d'abord sur la difficulté de leur vécu pour plus de la moitié d'entre eux, hommes notamment. Néanmoins, ils ajoutent, pour les deux tiers d'entre eux, que le soutien apporté par les divers médecins a été déterminante, seule une petite fraction disant ne pas l'avoir ressenti.

Par ailleurs, les capacités de repérage parmi les diverses spécialités intervenant dans le domaine des pathologies sexuelles sont globalement satisfaisantes, avec toutefois des disparités importantes entre patients ; quant à la disponibilité des médecins sexologues en termes de délais de rendez vous, elle est jugée largement satisfaisante.

Le dernier point de vue abordé était celui de l'accessibilité financière, considérée comme moyennement satisfaisante, avec ici encore une grande disparité d'appréciation en fonction des patients, plus du quart d'entre eux considérant ces soins peu ou très peu abordables, ce qui semble poser un sérieux problème pour une fraction non négligeable des patients, parmi les plus précaires.

ANNEXES

PAROLES DE PATIENTS : RECUEIL DES REMARQUES ET SUGGESTIONS FORMULÉES PAR LES PATIENTS DE SEXOLOGIE MEDICALE.....	67
QUESTIONNAIRE PATIENTS POUR LA REGION DU NORD-PAS-DE-CALAIS.....	70
QUESTIONNAIRE PATIENTS POUR LA REGION PARIS-ILE-DE-France.....	74
ANALYSE STATISTIQUE DESCRIPTIVE.....	79

RECUEIL DES REMARQUES ET SUGGESTIONS FORMULÉES PAR LES PATIENTS

SUG = Remarques et suggestions faites par les patients à l'issue du questionnaire, à la question 15 : " Merci enfin de faire des suggestions permettant d'améliorer le parcours médical des patients qui, comme vous, peuvent souffrir de difficultés sexuelles".

REM = mes propres remarques que la lecture du questionnaire a suscitées

** = questionnaire parvenu après clôture de l'enquête.

VÉCU DES PATIENTS, RÉFLEXIONS SUR LA SITUATION THÉRAPEUTIQUE, CONSEILS AUX AUTRES PATIENTS ET AUX SEXOLOGUES

L1SUG : "Ne pas avoir honte ou peur consulter sexologue. Tout lui raconter est primordial"

L5SUG : " Faire entièrement confiance en son/sa sexologue ; savoir prendre son temps, être patient ; aller au-delà des tabous"

L14SUG : "Rassurer les gens et leur faire comprendre qu'il existe une solution à leur problème, sans devoir nécessairement afficher ce problème dans le couple et soucier sa partenaire"

L17SUG : "Il faudrait plus d'information pour rendre la consultation plus facile, qu'elle semble normal. Mais si amélioration dans ce domaine toujours une grande difficulté à passer le pas d'aller consulter un sexologue (peur jugement...) si on en parlait encore plus ça serait moins le cas je pense".

L31SUG : "Insister sur le fait que l'on n'est pas seul, et qu'il y a bien plus de cas qu'on ne pense."

L32SUG : "Chez la sexologue, j'ai pu comprendre que je pouvais aussi être heureux sans la sexualité (domaine dans lequel je ne suis peut-être pas doué.)".

L46SUG : La patiente, parlant des patients de sexologie : "**LES ECOUTER !!**"

L70SUG : "Difficultés à annoncer ces difficultés y compris avec mon épouse ; je précise que j'ai été opéré pour la prostate, mais ce n'est pas un cancer, c'est une résection endoscopique de la prostate".

L73SUG : "Parler sincèrement, sans faux-fuyant et sans vulgarité" ; "Faire mieux connaître les sexologues afin d'aider les individus et les couples dans un domaine à ne pas négliger".

L79SUG : "L'essentiel est, je pense, qu'il faut être conscient des difficultés, et après chacun doit être capable de trouver le parcours le plus approprié à la résolution de ces problèmes".

L90SUG : "Ne pas se décourager après la première consultation avec un spécialiste (=sexologue) s'il vous semble que ce n'est pas la bonne personne. Persévérez" . "La thérapie de couple me semble un bon moyen pour que la communication s'améliore ou se rénove entre les partenaires".

L96SUG : De Madame : "Apporter suffisamment d'information à la femme pour l'aider à communiquer sur le sujet avec son partenaire. Car pour l'homme cela reste un sujet très sensible, et pour nous les femmes, il n'est pas facile de casser le mur de protection de l'homme !!".

EXPRESSION D'AFFECTS PAR LES PATIENTS

L21SUG : 2 - "Je pleure après l'orgasme ; je préfère bloquer"

CE QUE DES PATIENTS EXPRIMENT À PROPOS DE LEUR SEXOLOGUE

L9SUG : "Explications pertinentes et très dédramatisantes du sexologue femme"

L10SUG : "C'est le sexologue qui m'a donné les meilleures explications sur mes pathologies et conseillé les différents traitements"

CE QUE DES PATIENTES DISENT DE LEUR GYNÉCOLOGUE

L12SUG : "Il faudrait que les gynécologues soient un peu plus "psychologues", ce qui éviterait aux femmes (et aux hommes) rencontrant des difficultés de perdre confiance et de perdre du temps. L'absence de suivi gynécologique devrait être un signal d'alerte pour les médecins traitants"

L24SUG : "Pour une femme suivie par un gynécologue, un questionnaire basique et une bonne écoute permettraient de mettre à jour nombre de problématiques. Malheureusement, pour leur majorité, ces derniers ne s'intéressent absolument pas à la vie sexuelle de leurs patientes et à la qualité de celle-ci. Ils réalisent un examen purement médical".

L27SUG : "Nous orienter vers des sexologues car un gynécologue n'est pas forcément en mesure de nous aider pour les difficultés sexuelles (désir, envie,...)".

L78SUG : "Former les gynécologues, des interlocuteurs des femmes sur ces questions".

REFLEXIONS DE PATIENTS À PROPOS DE LEUR MÉDECIN TRAITANT

L22SUG : " Le médecin traitant devrait poser la question à partir d'un certain âge (ménopause) et nous orienter plus rapidement vers un spécialiste".

L55SUG : "Ce serait préférable d'en parler à son médecin traitant, mais il connaît tous les membres de la famille."

L76SUG : "Dès la première consultation chez le Médecin Traitant, celui-ci devrait donner un fascicule expliquant en détail votre situation d'impuissance par rapport aux personnes de votre âge. Cette situation est tellement difficile à accepter et à supporter. Sans les médicaments, je n'aurais plus de vie sexuelle, je n'ose même pas y penser. Faut-il consulter d'autres praticiens ? (acupuncteur, ostéopathe,sexologue, nutritionniste, sport ?

L85SUG : "Peut-être qu'un généraliste (Médecin) devrait évoqué ce sujet avec le patient même si celui-ci n'en parle pas. Cela pourrait brisé un certain tabou ! Cordialement".

L104SUG * * : "Importance du médecin généraliste dans ce parcours, toujours à l'écoute et surtout m'a orientée vers un spécialiste de très grande qualité, (Dr X.), sans doute parce qque ce généraliste s'informe et participe peut-être à des colloques ! En tous cas, il ne se contente pas de soigner les petits bobos !".

CE QUE DES PATIENTS PENSENT D'UN POINT DE VUE PECUNIER

L2SUG : "Assez onéreux, non remboursé"

L4SUG : " Nécessité d'une meilleure prise en charge financière des consultations de sexologie".

L15SUG : "J'aurais préféré que la sexologie soit plus prise au sérieux par certaines mutuelles de santé. Pour ma part, je ne suis remboursée qu'une toute petite part par ma sécurité sociale. Or lorsqu'on est étudiante comme moi, ces consultations, pourtant bénéfiques, s'avèrent trop coûteuses, et peut-être certains patients ne pourraient pas avoir les revenus nécessaires pour être suivis et "guérir" de leurs troubles sexuels".

L35SUG : "Un meilleur remboursement des dépassements d'honoraires, je pense que malheureusement le coût peut en freiner certains."

L64SUG : "remboursé"

L99SUG : " Médicaments très chers et non remboursés".

QUELQUES RÉFLEXIONS DE PORTÉE PRATIQUE FAITES PAR DES PATIENTS

L38SUG : "Portail internet sérieux (.gouv.fr,...) avec annuaire selon la région ; numéro vert ; supports papier pour présenter des exercices de maîtrise, dans le cas de l'éjaculation précoce."

L40SUG : "Le délai d'obtention d'un rendez-vous est souvent trop long. Le sexologue devrait être directement consultable (sans avoir à passer par le médecin traitant). On devrait proposer un rendez-vous, dans les maternités, à chaque maman, 3 mois après leur accouchement."

L41SUG : "Ne pas attendre plusieurs mois avant de consulter un spécialiste."

L51SUG : "Lors de ma première consultation j'aurais aimé avoir une prescription médical pour retrouver des rapports plus rapidement."

74

L59SUG : "Le médecin sexologue est très pris : il y a plus de 2 mois entre deux rendez-vous."

L72SUG : "Aller voir un médecin compétent".

L80SUG : "Eventuellement obtenir des ouvrages ou vidéos relationnels et éducatifs".

L102SUG** : "Ne pas attendre, afin d'éviter de s'enfoncer ; et ne pas hésiter à parler ouvertement avec son médecin sans omettre les détails".

L106SUG** : "Le fait d'ignorer l'origine du problème (physiologique ou psychologique) apporte un frein à l'engagement du patient déjà confronté à l'aspect privé de son problème".

AUTRES

L43AUT : "Je ne peux répondre entièrement et objectivement à toutes les questions. Mon problème sexuel résulte de la prostatectomie. Le CIALIS™ n'a pas été efficace, par contre, du résultat avec les injections CAVERJECT DUAL™."

L8AUT : "Questionnaire trop orienté sexuel, pas assez pb relationnels"

L103AUT** : "Je trouve votre questionnaire bien long et trop compliqué ! surtout la notation de type URP. Je n'ai donc pas trop de goût à le remplir".

LE PATIENT, SON MÉDECIN TRAITANT ET LE MÉDECIN SEXOLOGUE

Chère Madame, Cher Monsieur,

Un grand merci tout d'abord d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire destiné à mieux comprendre **le parcours médical des patient(e)s de la région Nord Pas-de-Calais engagés, comme vous-même, dans la prise en charge de difficultés sexuelles.**

C'est votre médecin-sexologue qui vous a remis ce questionnaire anonyme à l'occasion d'une consultation ; une fois que vous l'aurez complété, je vous demanderai de me l'adresser directement à l'aide de l'enveloppe timbrée ci-jointe.

Votre participation constructive au travers de réponses honnêtes et sincères garantira à notre étude des conclusions pertinentes, contribuant ainsi à une meilleure connaissance de cette prise en charge dans notre région.

*Gérard Laurens, Médecin généraliste,
Faculté de Médecine Lille-2*

Attention : Ce questionnaire comporte deux types de questions :

- **Type URP: Une Réponse Possible**, représentée par un cercle .
- Certaines questions type URP se présentent ainsi : (0 1 2 3 4) ; elles interrogent le lecteur sur *son degré d'adhésion ou d'accord avec une affirmation préalable* ; cocher le chiffre 0 signifie que l'on n'est "pas du tout d'accord", cocher 1, que l'on n'est "pas d'accord", 2, "moyennement d'accord", 3, "d'accord" et 4, "Tout-à-fait d'accord".
- **Type PRP : Plusieurs Réponses Possibles**, symbolisées par des carrés .

75

1 – Afin de mieux vous situer dans le cadre de cette étude, je vous remercie de renseigner la rubrique suivante : (URP)

- **Votre âge :** ans
- **Votre sexe :** M.... F....
- **Votre niveau scolaire :** - Etudes primaires..... - Brevet des collèges.....
- Baccalauréat..... - Études supérieures.....
- **Votre cadre d'habitation :** - Urbain (grande ville ou ville de taille moyenne)....
- Rural ou semi-rural (campagne, village ou petite ville)....
- **Votre statut conjugal :** - Marié(e), pacsé(e), concubinage...
- Divorcé(e), séparé(e)... - Veuf(ve) ou partenaire habituel(le) décédé(e)...
- Célibataire...
- **Votre orientation sexuelle :** - Hétérosexuel(le)... - Homosexuel(le)...
- Bisexuel(le)...

2 - À propos de vos difficultés sexuelles :

- Merci de cocher le ou les **symptômes** les plus proches de vos propres difficultés : (PRP)

MADAME: - Diminution ou absence de **désir**... - Troubles de **l'orgasme** ...

- **Douleurs** lors des rapports... - Troubles de la **relation** du couple...

- **Phobie** des rapports... - Troubles de **l'identité** sexuelle...

- **Autre** (merci de préciser)..... - **Retentissement** sur le (la) partenaire...

MONSIEUR: - Diminution ou absence de **désir**... - Troubles de **l'érection**... - Troubles de **l'éjaculation**... - Troubles de **l'orgasme**... - **Douleurs** lors des rapports... - Troubles de la **relation** du couple... - **Phobie** des rapports... - Troubles de **l'identité** sexuelle...
 - **Autre** (merci de préciser)..... **Retentissement** sur le (la) partenaire...

- Vos difficultés sont **très fréquentes** (URP)..... 0^o 1^o 2^o 3^o 4^o
- Le **retentissement** de ces troubles sur votre **qualité de vie** (plan **psychologique**, entente du **couple**), est **majeur** (URP)..... 0^o 1^o 2^o 3^o 4^o
- Vos troubles **durent** depuis : (URP) Moins de 6 mois...^o De 6 mois à 2 ans...^o
 De 2 ans à 5 ans...^o De 5 ans à 10 ans...^o Plus de 10 ans...^o

3 - Merci de dresser la liste des médecins qui vous ont suivi(e) pour vos troubles sexuels, dans l'ordre de leur intervention respective, en cochant pour chacun d'entre eux sa spécialité (URP), son type d'exercice (URP) et enfin la durée (Années, mois) de sa prise en charge.

MÉDECINS	Premier	Second	Troisième	Quatrième	Cinquième
Généraliste					
Gynécologue					
Urologue					
Andrologue					
Endocrinologue					
Sexologue					
Psychiatre					
Autre : Précisez					
TYPE D'EXERCICE					
Cabinet Libéral					
Service Hospitalier					
Planning Familial					
PMI, S ^{ce} Territorial					
DURÉE du SUIVIAmAmAmAmAm

4 - En dehors de votre recours aux médecins, quelles démarches avez-vous adoptées pour vous aider à surmonter vos difficultés sexuelles (cocher plusieurs cases si besoin) : (PRP)

- **Aborder le sujet** avec votre (vos) **partenaire(s)**.....
- **Demander conseil** à un **proche**, parent, ami ou collègue
- Votre **remise en question** plus générale (**relations** aux autres, mode de vie).....
- L'**essai de relations** avec un(e) **partenaire différent(e)**.....
- La recherche d'**informations**, de conseils (**ouvrages spécialisés, internet**).....
- L'utilisation de **substances aphrodisiaques, d'accessoires érotiques** et/ou de **mises en scène** satisfaisant vos fantasmes.....
- **Autres moyens** (merci de préciser) :.....
- **Aucun moyen** en dehors du recours aux médecins.....

5 - Combien de temps après leur apparition avez-vous réussi à parler de vos difficultés sexuelles :

- **A quelqu'un de votre entourage** (partenaire, conjoint, parent,ami) : (URP)

Moins de 6 mois... De 6 mois à 2 ans... De 2 ans à 5 ans...
De 5 ans à 10 ans... Plus de 10 ans... Jamais...

- **A un médecin** (votre médecin généraliste ou médecin-traitant, votre gynécologue, un médecin-sexologue, et caetera) : (URP)

Moins de 6 mois... De 6 mois à 2 ans... De 2 ans à 5 ans...
De 5 ans à 10 ans... Plus de 10 ans... Jamais...

ATTENTION : Si vos difficultés sexuelles n'ont pas été prises en charge chez votre médecin traitant, passez directement à la question n°11.

6 -Au cas SEULEMENT où vos difficultés sexuelles ont bien été abordées chez votre médecin traitant, merci de préciser à qui en revient l'initiative : (URP)

Votre médecin traitant..... Vous-même.....

7 -Au cas SEULEMENT où votre médecin traitant a effectivement assuré une prise en charge de vos difficultés sexuelles, pouvez-vous détailler les points suivants de son intervention : (URP)

- Une **excellente** capacité à **aborder librement** le sujet de votre sexualité de façon **simple et rassurante** :..... 0 1 2 3 4

- Une **excellente** capacité à vous apporter des **explications** et des **précisions** sur vos **troubles**, sur leurs **traitements** possibles :
..... 0 1 2 3 4

77

- Une **excellente** capacité à **organiser une prise en charge** complète et régulière de votre pathologie :..... 0 1 2 3 4

- Une **excellente** capacité à vous **orienter** vers des **médecins ou services spécialisés** en fonction de vos besoins :..... 0 1 2 3 4

- Un **excellent** degré d'**amélioration de vos difficultés sexuelles** au cours de sa prise en charge :..... 0 1 2 3 4

- **Globalement, une prise en charge de grande qualité** 0 1 2 3 4

8 - Ensuite, un autre médecin a pris le relai de votre médecin-traitant ; pouvez-vous préciser les modalités de ce changement : (URP)

- Vous avez été adressé à ce nouveau médecin **par votre médecin traitant**.....
- Vous avez consulté ce nouveau médecin à **votre propre initiative**, et **sans en référer** à votre médecin-traitant.....
- **Autre cas** (merci alors de préciser) :.....

10 - Pouvez-vous expliquer les raisons de ce recours à un autre médecin ? (URP)

- L'**amélioration** de vos troubles a été jugée **insuffisante** (par vous-même, votre partenaire, votre médecin-traitant) **malgré** une prise en charge **satisfaisante** de ce dernier, et il s'est avéré nécessaire de faire appel à un **médecin spécialisé** dans ce domaine.....

- Vous avez éprouvé diverses **difficultés** au cours de cette prise en charge par votre **médecin traitant** qui vous ont décidé(e) à poursuivre ces soins avec un autre médecin.....○
- **Autre(s)** motif(s) (merci de préciser).....○

11- A propos du médecin-sexologue qui vous suit actuellement : (URP)

- **Comment l'avez-vous connu ?**
 - Adressé par votre **médecin traitant**.....○
 - Conseillé par un **professionnel de santé** (précisez).....○
 - Dans un **annuaire** ou sur le **web**.....○
 - Par l'intermédiaire d'un **parent, ami ou collègue de travail**.....○
 - **Autre cas** (précisez).....○
- Quel est **son mode d'exercice** : -Cabinet libéral.....○ -Milieu hospitalier.....○
-Centre de planning familial.....○ -Autre cas (merci de préciser).....○
- **Vous le consultez depuis** : - Moins de six mois.....○ - Six mois à moins d'un an.....○
- Un an à moins de cinq ans.....○ - Cinq ans ou plus.....○

12 - Avant votre prise en charge par un médecin sexologue, connaissiez-vous déjà clairement l'existence de la **sexologie médicale en tant que spécialité médicale, ainsi que son domaine et ses méthodes ? (URP)**..... 0○ 1○ 2○ 3○ 4○

13 - Combien de temps s'est-il écoulé entre votre premier échange avec un médecin (généraliste, gynécologue, psychiatre ou autre) à propos de vos difficultés sexuelles, et le début de votre prise en charge par votre médecin-sexologue ? (URP)

- Moins de six mois....○ -De six mois à moins de deux ans....○
- De deux ans à moins de cinq ans.....○ -De cinq ans à moins de dix ans....○
- Dix ans ou davantage....○

14 - En considérant avec suffisamment de recul l'ensemble de votre parcours de soins en rapport avec vos difficultés sexuelles, vous avez le sentiment général que : (URP)

- Le **domaine** spécialement **intime et sensible** de ces difficultés a rendu votre vécu **difficile** 0○ 1○ 2○ 3○ 4○
- Vous avez **toujours** rencontré le **soutien approprié et bienveillant** de vos différents interlocuteurs médicaux..... 0○ 1○ 2○ 3○ 4○
- Vous vous êtes **repéré(e) sans problème** parmi les diverses **spécialités médicales** intervenant dans le **domaine des pathologies sexuelles**..... 0○ 1○ 2○ 3○ 4○
- Vos **rendez-vous** de consultation ont **été faciles à obtenir**..... 0○ 1○ 2○ 3○ 4○
- Cette prise en charge ne vous **semble pas spécialement coûteuse**....0○ 1○ 2○ 3○ 4○

15 - Merci enfin de faire des suggestions permettant d'améliorer le parcours médical des patients qui, comme vous, peuvent souffrir de difficultés sexuelles :

LE PATIENT, SON MÉDECIN TRAITANT ET LE MÉDECIN SEXOLOGUE

Chère Madame, Cher Monsieur,

Un grand merci tout d'abord d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire destiné à mieux comprendre **LE PARCOURS MÉDICAL DES PATIENT(E)S DE VOTRE RÉGION ENGAGÉS, COMME VOUS-MÊME, DANS LA PRISE EN CHARGE DE DIFFICULTÉS SEXUELLES.**

C'est votre médecin-sexologue qui vous a remis ce questionnaire anonyme à l'occasion d'une consultation ; une fois que vous l'aurez complété, je vous demande de me l'adresser directement à l'aide de l'enveloppe timbrée ci-jointe.

Votre participation constructive au travers de réponses honnêtes et sincères garantira à notre étude des conclusions pertinentes, contribuant ainsi à une meilleure connaissance de cette prise en charge dans notre région.

*Gérard Laurens, Médecin généraliste,
Facultés de Médecine Lille-2 et Paris-6*

1 – Afin de MIEUX VOUS SITUER dans le cadre de cette étude, je vous remercie de compléter la rubrique suivante : (URP)

- **VOTRE ÂGE :** ans ● **VOTRE SEXE :** M... F... ● **VOTRE PROFESSION** :.....
- **VOTRE NIVEAU SCOLAIRE :** - Brevet des collèges..... - Baccalauréat..... - Études supérieures.....
- **VOTRE CADRE D'HABITATION :** - Urbain (En ville)..... Rural ou semi-rural (campagne, village).....
- **VOTRE STATUT CONJUGAL :** - Marié(e)... - Pacsé(e)... - Concubinage... - Absence de toute liaison durable.. - Divorcé(e), séparé(e)... - Veuf(ve) ou partenaire durable décédé(e)... - Célibataire...
- **VOTRE ORIENTATION SEXUELLE :** - Hétérosexuel(le)... - Homosexuel(le)... - Bisexuel(le)...
- Avez-vous des **ENFANTS** : - Oui... - Non...

79

- **A CÔTÉ DE VOS DIFFICULTÉS SEXUELLES, SOUFFREZ-VOUS DE :**

- **TROUBLE(S) PSYCHOLOGIQUE(S) et/ou RELATIONNEL(S)** (exemples : dépression, anxiété sociale, trouble obsessionnel, ...) ? (URP) Non... Oui...

- Dans l'affirmative, merci de **PRÉCISER CETTE (CES) PATHOLOGIE(S)** :

- **AUTRE(S) MALADIE(S)** (telles que diabète, affection neurologique ou cardio-vasculaire,...) ? (URP) Non... Oui... - Dans l'affirmative, **PRÉCISEZ LA(LES)QUELLE(S)** :

2 - À propos de VOS DIFFICULTÉS SEXUELLES :

- Vos difficultés sont **TRÈS FRÉQUENTES** (URP)..... 0 1 2 3 4
- Elles **DURENT** depuis : (URP) Moins de 6 mois... De 6 mois à 2 ans... De 2 ans à 5 ans... De 5 ans à 10 ans... Plus de 10 ans...
- Le **RETENTISSEMENT GÉNÉRAL** de ces troubles sur votre **QUALITÉ DE VIE** (au plan psychologique, sur l'entente du couple.....), vous paraît **TRÈS IMPORTANT** (URP)..... 0 1 2 3 4
- Y-a-t-il, chez votre **PARTENAIRE** un **RETENTISSEMENT SUR LE PLAN SEXUEL** de vos propres troubles sexuels? (URP) Oui... Non...
- Existe-t-il des **CONFLITS SIGNIFICATIFS ET FRÉQUENTS** dans votre relation de couple **INDÉPENDAMMENT DE VOS DIFFICULTÉS SEXUELLES** ? (URP) Oui... Non...

- *Merci enfin de cocher le(s) **SYMPTÔME(S)** le(s) plus proche(s) de **VOS PROPRES DIFFICULTÉS** : (PRP)*

MADAME : - Diminution ou absence de **DÉSIR**... - Troubles ou absence d'**ORGASME** ...
 - **DOULEURS** au cours des rapports... - **VAGINISME** (contraction involontaire et durable du vagin lors des rapports)... - **PEUR OU PHOBIE** des rapports... - Troubles de **L'IDENTITÉ SEXUELLE**...
 - **AUTRES DIFFICULTÉS**..... Merci alors de **DÉCRIRE** précisément vos difficultés si vous ne vous reconnaissez pas au travers des symptômes proposés ci-dessus :

.....

MONSIEUR : -Diminution ou absence de **DÉSIR**... -Troubles de **L'ÉRECTION**...
 - **EJACULATION PRÉMATURÉE**... - Retard ou **ABSENCE D'ÉJACULATION**... -Troubles de **L'ORGASME**...
 -**DOULEURS** lors des rapports... - **PEUR OU PHOBIE** des rapports... - Troubles de **L'IDENTITÉ SEXUELLE**...
 - **AUTRES DIFFICULTÉS**... : Merci alors de **DÉCRIRE** précisément ces difficultés si vous ne vous reconnaissez pas au travers des symptômes proposés ci-dessus :

.....

3 - Merci d'établir ici la LISTE DES MÉDECINS consultés pour vos **TROUBLES SEXUELS :**

Pour chacun d'entre eux, vous pourrez préciser ci-après : **1 - SA SPÉCIALITÉ MÉDICALE** (Généraliste, gynécologue, sexologue...), **2 - SON MODE D'EXERCICE** (Cabinet privé, service hospitalier public, privé, planning familial...), **3 - LA DURÉE DE SON SUIVI** (mois et années). **4 - Merci enfin de **CLASSER CES MÉDECINS DANS L'ORDRE RÉEL DE LEUR INTERVENTION RESPECTIVE.****

Voici, à **TITRE INDICATIF**, un parcours de **CINQ** médecins successifs, nombre à **AJUSTER** à votre situation, le **DERNIER MÉDECIN** de cette liste **ÉTANT le MÉDECIN SEXOLOGUE** qui vous suit actuellement.

- | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------|-----------------------|
| 1° MÉDECIN : | • SPÉCIALITÉ..... | • MODE D'EXERCICE..... | • DURÉE DU SUIVI..... |
| 2° MÉDECIN : | • SPÉCIALITÉ..... | • MODE D'EXERCICE..... | • DURÉE DU SUIVI..... |
| 3° MÉDECIN : | • SPÉCIALITÉ..... | • MODE D'EXERCICE..... | • DURÉE DU SUIVI..... |
| 4° MÉDECIN : | • SPÉCIALITÉ..... | • MODE D'EXERCICE..... | • DURÉE DU SUIVI..... |
| 5° MÉDECIN : | • SPÉCIALITÉ..... | • MODE D'EXERCICE..... | • DURÉE DU SUIVI..... |

4 – Avez-vous adopté CERTAINES DES DÉMARCHES CI-DESSOUS pour vous aider à **SURMONTER vos difficultés sexuelles (merci de cocher plusieurs cases si besoin) :** (PRP)

- * **ABORDER LE SUJET** avec votre **PARTENAIRE** dans une perspective positive.....
- * **DEMANDER CONSEIL** à un **proche**, parent, ami ou collègue.....
- * Recherche d'**INFORMATIONS**, de conseils (**OUVRAGES SPÉCIALISÉS, INTERNET**).....
- * Utilisation de : **SUBSTANCES APHRODISIAQUES, ACCESSOIRES OU MISES EN SCÈNE ÉROTIQUES**.....
- * Essai de **RELATIONS** avec un(e) **PARTENAIRE DIFFÉRENT(e)**.....

- * Votre **REMISE EN QUESTION GLOBALE** (relations aux autres, à l'autre sexe, mode de vie)..... □
- * **AUTRES MOYENS** (merci de PRÉCISER lesquels).....□
- * **AUCUN MOYEN** en dehors du recours aux médecins.....□

5 - Combien de TEMPS après leur apparition avez-vous RÉUSSI À PARLER de vos difficultés :

- **A QUELQU'UN DE VOTRE ENTOURAGE** (partenaire, conjoint, parent, ami) : (URP)

Moins de 6 mois...○	De 6 mois à 2 ans...○	De 2 ans à 5 ans...○
De 5 ans à 10 ans...○	Plus de 10 ans...○	Jamais...○
- **A UN MÉDECIN** (votre médecin généraliste, votre gynécologue, un médecin sexologue...) : (URP)

Moins de 6 mois...○	De 6 mois à 2 ans...○	De 2 ans à 5 ans...○
De 5 ans à 10 ans...○	Plus de 10 ans...○	

6 – Avez-vous INFORMÉ votre PARTENAIRE de votre DÉMARCHÉ de soins ? Oui...○ Non...○

7 – Votre PARTENAIRE vous a-t-il ENCOURAGÉ(E) à CONSULTER ? Oui...○ Non...○

8 – Avez-vous CONSULTÉ EN COUPLE au moins une fois? Oui...○ Non...○

9 – Vos difficultés sexuelles ONT-ELLES ÉTÉ ABORDÉES CHEZ VOTRE MÉDECIN TRAITANT ?
 (URP) Non...○ Oui...○ Si c'est bien le cas, merci de préciser **QUI** en a eu **L'INITIATIVE** ? (URP) Votre médecin traitant.....○ Vous-même.....○

10 – SI vos difficultés sexuelles n'ont PAS ÉTÉ PRISES EN CHARGE PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT, pouvez-vous en PRÉCISER LE(S) MOTIFS, puis PASSEZ À LA QUESTION N° 14 :
 (PRP)

- Votre médecin traitant n'a **JAMAIS ABORDÉ** le sujet avec vous, et vous-même n'avez **PAS OSÉ** le faire.....□
- Il vous **CONNAÎT TROP INTIMEMENT**, vous vous seriez senti(e) **GÊNÉ(E)** avec lui (elle) dans ce domaine.....□
- Vous n'étiez **PAS CONVAINCU DE SON APTITUDE** à prendre en charge au mieux ce domaine particulier.....□
- Lui-même **N'A PAS SOUHAITÉ** vous prendre en charge, préférant **VOUS DIRIGER** vers un confrère (consoeur)..... □
- Lui-même **N'A PAS SOUHAITÉ** vous prendre en charge, et il ne vous a **PAS NON PLUS** adressé(e) à un confrère.....□

- **AUTRE MOTIF**, merci de **PRÉCISER** lequel....

□.....

11 - Au cas SEULEMENT où votre médecin traitant a assuré une PRISE EN CHARGE de vos difficultés sexuelles, pouvez-vous en DÉTAILLER les points suivants (PASSEZ SINON À LA QUESTION N° 14) : (URP)

- Une **BONNE** capacité à **ABORDER** le sujet de votre sexualité de façon **LIBRE, SIMPLE ET RASSURANTE** :0○ 1○
2○ 3○ 4○
- Une **BONNE** capacité à vous apporter des **EXPLICATIONS ET DES PRÉCISIONS** sur vos troubles et sur leurs traitements possibles :.....0○ 1○ 2○ 3○
4○
- Une **BONNE** capacité à **ORGANISER UNE PRISE EN CHARGE** complète et régulière de votre pathologie0○ 1○ 2○
3○ 4○
- Une **BONNE** capacité à **VOUS ORIENTER** vers des médecins ou services spécialisés en fonction de vos besoins0○
1○ 2○ 3○ 4○
- Un **BON** degré **D'AMÉLIORATION DE VOS DIFFICULTÉS SEXUELLES** au cours de sa prise en charge :.....0○ 1○ 2○
3○ 4○
- **GLOBALEMENT**, une prise en charge **SATISFAISANTE**.....0○ 1○ 2○ 3○ 4○

12 - Un AUTRE MÉDECIN a ensuite pris LE RELAI de votre médecin traitant ; pouvez-vous préciser les MODALITÉS DE CE CHANGEMENT : (URP)

- Vous avez été adressé à ce nouveau médecin **PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT**.....○
- Vous avez consulté ce nouveau médecin **DE VOTRE PROPRE INITIATIVE** et sans en référer à votre médecin-traitant.....○
- **AUTRE CAS** (merci alors de **PRÉCISER** la situation) :.....○

13 - Pouvez-vous expliquer les RAISONS de ce recours à un AUTRE MÉDECIN ? (URP)

- **L'AMÉLIORATION** de vos troubles a été jugée **INSUFFISANTE** (par vous-même, votre partenaire, ou votre médecin-traitant) **MALGRÉ UNE PRISE EN CHARGE SATISFAISANTE** de ce dernier, et il s'est avéré nécessaire de faire appel à un médecin plus spécialisé que lui dans ce domaine.....○
- Vous avez du faire face à diverses **DIFFICULTÉS** au cours de cette prise en charge par votre **MÉDECIN TRAITANT**, et celles-ci vous ont décidé(e) à faire appel à un autre médecin.....○
- **AUTRE(S) MOTIF(S)** (merci de **PRÉCISER** lesquels).....○

14 - A PROPOS DU MÉDECIN SEXOLOGUE qui vous suit actuellement : (URP)

- **COMMENT L'AVEZ-VOUS CONNU ?**
- Adressé par votre **MÉDECIN TRAITANT**.....○
- Conseillé par un **PROFESSIONNEL DE SANTÉ** (de **QUEL** professionnel s'agit-il ?).....○
- Dans un **ANNUAIRE OU SUR LE WEB**.....○

- Par l'intermédiaire d'un **PARENT, AMI, OU COLLÈGUE DE TRAVAIL**.....0
- **AUTRE CAS** (Merci de **PRÉCISER**).....0
- Quel est son **MODE D'EXERCICE** : -Cabinet libéral.....0 -Centre hospitalier, consultation **publique**.....0
- Centre hospitalier, consultation **privée**.....0 -Centre de planning familial.....0 -AUTRE CAS (merci de **PRÉCISER** lequel).....0.....
- **VOUS LE CONSULTEZ DEPUIS** : -Moins de six mois.....0 -Six mois à moins de deux ans.....0
- Deux ans à moins de cinq ans.....0 -Cinq ans à moins de dix ans.....0 -Dix ans ou plus.....0

15 - AVANT votre prise en charge par un médecin sexologue, **VOUS CONNAISSIEZ DÉJÀ L'EXISTENCE DE LA SEXOLOGIE MÉDICALE** (URP).....0 1 2 3 4

16 – Quel a été le DÉLAI entre votre premier entretien avec un médecin (généraliste, gynécologue, psychiatre ou autre) à propos de vos difficultés sexuelles, et le début de votre prise en charge par votre médecin sexologue? (URP)

- Moins de six mois....0 -De six mois à moins de deux ans....0
- De deux ans à moins de cinq ans.....0 -De cinq ans à moins de dix ans....0 -Dix ans ou davantage....0

17 – Aujourd'hui, en considérant DANS SON ENSEMBLE VOTRE PARCOURS de soins en rapport avec vos **DIFFICULTÉS SEXUELLES**, vous avez le **SENTIMENT GÉNÉRAL** que : (URP)

- Le **DOMAINE INTIME ET SENSIBLE** de ces difficultés a rendu votre parcours **PÉNIBLE**.....0 1 2 3 4
- Vous avez **DE MANIÈRE GÉNÉRALE** rencontré le **SOUTIEN ACTIF ET ATTENTIONNÉ** des médecins consultés successivement0 1 2 3 4
- L'aspect **HUMAIN, PSYCHOLOGIQUE ET RELATIONNEL** de vos troubles a été **SUFFISAMMENT BIEN PRIS EN CONSIDÉRATION**.....0 1 2 3 4
- Vous vous êtes **REPÉRÉ(E) SANS DIFFICULTÉ** parmi les diverses **SPÉCIALITÉS MÉDICALES** intervenant dans le **DOMAINE DES PATHOLOGIES SEXUELLES**.....0 1 2 3 4
- Vos **RENDEZ-VOUS** de consultation ont été **généralement FACILES À OBTENIR**.....0 1 2 3 4
- L'aspect **FINANCIER** a été pour vous un **OBSTACLE NOTABLE**.....0 1 2 3 4
- En définitive, la prise en charge par un **MÉDECIN SEXOLOGUE** vous a apporté une **RÉPONSE ORIGINALE ET BIEN ADAPTÉE** à vos **TROUBLES DE LA SEXUALITÉ**.....0 1 2 3 4

18 – Pouvez-vous enfin NOTER TRÈS LIBREMENT VOS REMARQUES ET SUGGESTIONS, afin **D'AMÉLIORER LE PARCOURS MÉDICAL** de patients qui, comme vous, seront amenés à faire **PRENDRE EN CHARGE LEURS DIFFICULTÉS SEXUELLES** :

.....

.....

.....

.....

... **ET ENCORE UN GRAND MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION PRÉCIEUSE À CETTE ENQUÊTE !**

ANALYSE STATISTIQUE DESCRIPTIVE

sexe sexe : sexe (0=female ; 1=male)

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Féminin	35	35	[25.91-45.26]
Masculin	65	65	[54.74-74.09]
Total.valides	100	100	-

age : en annees

	valeur	valeur	valeur
Effectif	35	65	100
Moyenne	34.171	48.154	43.26
Ecart type	9.712	11.479	12.747
IC 95%	[30.835 ; 37.508]	[45.31 ; 50.998]	[40.731 ; 45.789]
Minimum	20	20	20
Quartile 1	27	41	32.75
Mediane	32	50	43
Quartile 3	42.5	56	53
Maximum	60	68	68
Manquante	0	0	0

Niveau d'études educ_standa : niveau d'études : 0=brevet;1=bac;2=universitaire

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	1	3	[0.07-15.33]	20	32	[20.91-44.82]	21	22	[14.19-31.4]
1	3	9	[1.86-23.68]	11	17	[9.45-29.52]	14	14	[8.4-23.37]
2	30	88	[72.55-96.7]	32	51	[38.01-63.48]	62	64	[53.48-73.24]
Total.valides	34	100	-	63	100	-	97	100	-
Manquante	1	-	-	2	-	-	3	-	-

Type d'habitat settlement : type d'habitat : urb=urbain ; rur=rural

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
rur	9	26	[13.51-44.65]	rur	23	37	32	33	[23.98-43.37]
urb	25	74	[55.35-86.49]	urb	40	63	65	67	[56.63-76.02]
Total.valides	34	100	-	Total.valides	63	100	97	100	-
Manquante	1	-	-	Manquante	2	-	3	-	-

Statut conjugal conjug_statu : "statut conjugal : mpc=marié, pacsé, concubinage; singl=celibataire; ds=divorcé, séparé; wd=veuf"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
ds	1	3	[0.07-14.92]	15	23	[14.12-35.98]	16	16	[9.8-25.22]
mpc	28	80	[62.54-90.94]	42	66	[52.61-76.75]	70	71	[60.58-79.21]
singl	6	17	[7.17-34.3]	7	11	[4.88-21.84]	13	13	[7.45-21.76]
Total.valides	35	100	-	64	100	-	99	100	-

Orientation sexuelle Femmes sexu_orient : orientation sexuelle : het=hétéro; bi=bisexuel; homo=homosexuel

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
bi	1	3	[0.07-15.33]	0	0	[0-5.69]	1	1	[0.03-5.61]
het	32	94	[80.32-99.28]	62	98	[91.47-99.96]	94	97	[91.23-99.36]
homo	1	3	[0.07-15.33]	1	2	[0.04-8.53]	2	2	[0.25-7.25]
Total.valides	34	100	-	63	100	-	97	100	-
Manquante	1	-	-	2	-	-	3	-	-

Trouble du désir Femmes lust_hypo : trouble du désir

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	10	29	[15.24-46.52]	45	69	[56.41-79.77]	55	55	[44.75-64.86]
Oui	25	71	[53.48-84.76]	20	31	[20.23-43.59]	45	45	[35.14-55.25]
Total.valides	35	100	-	65	100	-	100	100	-

Trouble de l'orgasme dys_orgasm : trouble de l'orgasme

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	26	74	[56.43-86.89]	59	91	[80.34-96.19]	85	85	[76.15-91.09]
Oui	9	26	[13.11-43.57]	6	9	[3.81-19.66]	15	15	[8.91-23.85]
Total.valides	35	100	-	65	100	-	100	100	-

Rapports douloureux Femmes pain : rapports douloureux

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	19	54	[36.87-70.78]	65	100	[94.48-100]	84	84	[75.01-90.3]
Oui	16	46	[29.22-63.13]	0	0	[0-5.52]	16	16	[9.7-24.99]
Total.valides	35	100	-	65	100	-	100	100	-

Conjugopathie dys_relat : conjugopathie

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	25	71	[53.48-84.76]	47	72	[59.61-82.35]	72	72	[61.99-80.3]
Oui	10	29	[15.24-46.52]	18	28	[17.65-40.39]	28	28	[19.7-38.01]
Total.valides	35	100	-	65	100	-	100	100	-

Peur ou phobie des rapports inter_phobi : peur ou phobie des rapports

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	31	89	[73.26-96.8]	60	92	[82.95-97.46]	91	91	[83.17-95.54]
Oui	4	11	[3.2-26.74]	5	8	[2.87-17.75]	9	9	[4.46-16.83]
Total.valides	35	100	-	65	100	-	100	100	-

Trouble de l'identité sexuelle sexua_ident : trouble de l'identité sexuelle

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	34	97	[85.08-99.93]	64	98	[91.72-99.96]	98	98	[92.96-99.76]
Oui	1	3	[0.07-14.92]	1	2	[0.04-8.28]	2	2	[0.24-7.04]
Total.valides	35	100	-	65	100	-	100	100	-

Trouble de l'érection dys_erec : trouble de l'érection

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	23	35	[24.2-48.3]	23	35	[24.2-48.3]
Oui	42	65	[51.7-75.8]	42	65	[51.7-75.8]
Total.valides	65	100	-	65	100	-

Trouble de l'éjaculation dys_ejacul : trouble de l'éjaculation

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	39	60	[47.1-71.72]	39	60	[47.1-71.72]
Oui	26	40	[28.28-52.9]	26	40	[28.28-52.9]
Total.valides	65	100	-	65	100	-
Manquante	35	-	-	35	-	-

Autre dysfonction sexuelle other : autre dysfonction sexuelle

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	33	94	[80.84-99.3]	65	100	[94.48-100]	98	98	[92.96-99.76]
Oui	2	6	[0.7-19.16]	0	0	[0-5.52]	2	2	[0.24-7.04]
Total.valides	35	100	-	65	100	-	100	100	-

Retentissement chez le partenaire effect_partn : retentissement chez le partenaire

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	22	63	[44.95-78.01]	54	84	[72.68-91.86]	76	77	[67-84.42]
Oui	13	37	[21.99-55.05]	10	16	[8.14-27.32]	23	23	[15.58-33]
Total.valides	35	100	-	64	100	-	99	100	-

Dysfonction sexuelle du partenaire **dysf_partn** : dysfonction sexuelle du partenaire

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	0	0	[0-52.18]	0	0	[0-52.18]	0	0	[0-30.85]
Oui	5	100	[47.82-100]	5	100	[47.82-100]	10	100	[69.15-100]
Total.valides	5	100	-	5	100	-	10	100	-
Manquante	30	-	-	60	-	-	90	-	-

Trouble très fréquent **dys_vry_of** : trouble très fréquent : 0=jamais; 1=rarement; 2=de temps en temps; 3=souvent; 4=très souvent

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
1	1	4	[0.09-18.35]	0	0	[0-5.96]	1	1	[0.03-6.17]
2	2	7	[0.88-23.5]	10	17	[8.7-28.98]	12	14	[7.55-23]
3	8	29	[13.95-48.87]	15	25	[15.11-38.12]	23	26	[17.61-36.78]
4	17	61	[40.73-77.87]	35	58	[44.91-70.68]	52	59	[48.08-69.3]
Total.valides	28	100	-	60	100	-	88	100	-
Manquante	7	-	-	5	-	-	12	-	-

Retentissement majeur qualité de vie **qol_maj_eff** : retentissement majeur qualité de vie: 0=pas de retentissement; 1=discret; 2=moyen; 3=important; 4=très important

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	1	3	[0.08-17.22]	2	3	[0.41-11.71]	3	3	[0.7-9.54]
1	3	10	[2.11-26.53]	5	8	[3.16-19.41]	8	9	[4.24-17.43]
2	5	17	[6.3-35.45]	12	20	[11.39-33.2]	17	19	[11.83-29.1]
3	11	37	[20.54-56.09]	19	32	[20.97-45.76]	30	34	[24.24-44.6]
4	10	33	[17.94-52.86]	21	36	[23.87-49.2]	31	35	[25.24-45.74]
Total.valides	30	100	-	59	100	-	89	100	-
Manquante	5	-	-	6	-	-	11	-	-

Durée du trouble **troub_durat** : durée du trouble: 0=moins de 6 mois; 1=six mois à moins de 2 ans; 2=deux ans à moins de cinq ans; 3=cinq ans moins de dix ans; 4=dix ans ou plus

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	0	0	[0-11.57]	5	8	[2.96-18.27]	5	5	[2-12.68]
1	6	20	[8.4-39.13]	12	19	[10.64-31.29]	18	19	[12.17-29.13]
2	11	37	[20.54-56.09]	19	30	[19.57-43.18]	30	32	[23.15-42.85]
3	6	20	[8.4-39.13]	13	21	[11.86-33.04]	19	20	[13.05-30.31]
4	7	23	[10.64-42.7]	14	22	[13.1-34.78]	21	23	[14.82-32.65]
Total.valides	30	100	-	63	100	-	93	100	-
Manquante	5	-	-	2	-	-	7	-	-

Spécialité premier médecin spé.1 **m1_special** : "spécialité premier médecin spé.1 : gene, uro, gynae, cardio, sexo, neurolog, psychiatr, company_dr, psycholog, midwife, endoc, psychoth, homeopath"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
endoc	0	0	[0-10]	1	2	[0.04-8.28]	1	1	[0.03-5.45]
gene	8	23	[11.04-40.55]	37	57	[44.08-68.94]	45	45	[35.14-55.25]
gynae	10	29	[15.24-46.52]	1	2	[0.04-8.28]	11	11	[5.89-19.22]
midwife	2	6	[0.7-19.16]	0	0	[0-5.52]	2	2	[0.24-7.04]
psychiatr	1	3	[0.07-14.92]	4	6	[1.7-15.01]	5	5	[1.86-11.83]
psycholog	0	0	[0-10]	2	3	[0.37-10.68]	2	2	[0.24-7.04]
sexo	14	40	[24.35-57.79]	19	29	[18.94-42]	33	33	[24.12-43.21]
uro	0	0	[0-10]	1	2	[0.04-8.28]	1	1	[0.03-5.45]
Total.valides	35	100	-	65	100	-	100	100	-

Mode d'exercice premier médecin mode.1 **m1_mode** : mode d'exercice premier médecin mode.1 : priv ; hosp ; family_plan ; imp ; terr

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
family_plan	2	7	[0.91-24.29]	3	5	[1.1-14.62]	5	6	[2.21-13.96]
hosp	3	11	[2.35-29.16]	4	7	[1.95-17]	7	8	[3.7-16.95]
priv	22	81	[61.25-92.97]	49	86	[73.65-93.32]	71	85	[74.62-91.18]
terr	0	0	[0-12.77]	1	2	[0.04-9.39]	1	1	[0.03-6.46]
Total.valides	27	100	-	57	100	-	84	100	-
Manquante	8	-	-	8	-	-	16	-	-

Durée prise en charge premier médecin durée. m1_durat : durée prise en charge premier médecin: exprimée en m.

	valeur	valeur	valeur
Effectif	26	42	68
Moyenne	16.154	19.619	18.294
Ecart type	37.307	31.794	33.775
IC 95%	[1.085 ; 31.222]	[9.711 ; 29.527]	[10.119 ; 26.47]
Minimum	1	0	0
Quartile 1	2	1	1
Mediane	3	3	3
Quartile 3	10.5	28.5	24
Maximum	180	120	180
Manquante	9	23	32

Spécialité deuxième médecin spé.2 m2_special : "spécialité deuxième médecin spé.2 : (gene, uro, gynae, cardio, sexo, neurolog, psychiatr, company_dr, psycholog, midwife, endoc, psychoth, homeopath)"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
andro	0	0	[0-15.44]	1	2	[0.05-10.85]	1	1	[0.04-7.6]
cardio	0	0	[0-15.44]	1	2	[0.05-10.85]	1	1	[0.04-7.6]
endoc	0	0	[0-15.44]	3	6	[1.28-16.87]	3	4	[0.88-11.86]
gene	3	14	[2.91-34.91]	3	6	[1.28-16.87]	6	8	[3.48-18.11]
gynae	6	27	[11.61-50.44]	0	0	[0-7.25]	6	8	[3.48-18.11]
neurolog	0	0	[0-15.44]	1	2	[0.05-10.85]	1	1	[0.04-7.6]
psychiatr	2	9	[1.12-29.16]	3	6	[1.28-16.87]	5	7	[2.62-16.35]
psycholog	0	0	[0-15.44]	2	4	[0.5-13.98]	2	3	[0.34-9.81]
psychoth	1	5	[0.12-22.84]	0	0	[0-7.25]	1	1	[0.04-7.6]
sexo	10	45	[25.07-67.33]	27	55	[40.35-69.06]	37	52	[40.01-63.98]
uro	0	0	[0-15.44]	8	16	[7.8-30.2]	8	11	[5.34-21.53]
Total.valides	22	100	-	49	100	-	71	100	-
Manquante	13	-	-	16	-	-	29	-	-

Mode d'exercice second médecin mode.2 m2_mode : mode d'exercice second médecin mode.2 : priv ; hosp ; family_plan ; imp ; terr

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
family_plan	1	6	[0.14-27.29]	1	2	[0.06-12.57]	2	3	[0.41-11.53]
hosp	0	0	[0-18.53]	8	19	[9.14-34.63]	8	13	[6.34-25.14]
imp	1	6	[0.14-27.29]	0	0	[0-8.41]	1	2	[0.04-8.94]
priv	16	89	[65.29-98.62]	32	76	[60.2-87.41]	48	80	[67.3-88.81]
terr	0	0	[0-18.53]	1	2	[0.06-12.57]	1	2	[0.04-8.94]
Total.valides	18	100	-	42	100	-	60	100	-
Manquante	17	-	-	23	-	-	40	-	-

Durée prise en charge second médecin durée.2 m2_durat : durée prise en charge second médecin durée.2 : exprimée en mois

	valeur	valeur	valeur
Effectif	17	35	52
Moyenne	13.294	15.686	14.904
Ecart type	14.477	20.835	18.88
IC 95%	[5.851 ; 20.738]	[8.529 ; 22.843]	[9.648 ; 20.16]
Minimum	1	1	1
Quartile 1	3	2	2
Mediane	6	6	6
Quartile 3	18	24	24
Maximum	48	90	90
Manquante	18	30	48

Spécialité troisième médecin spé.3 m3_speci : "spécialité troisième médecin spé.3 : (gene, uro, gynae, cardio, sexo, neurolog, psychiatr, company_dr, psycholog, midwife, endoc, psychoth, homeopath)"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
cardio	0	0	[0-23.16]	1	4	[0.09-18.35]	1	2	[0.06-12.57]
gene	1	7	[0.18-33.87]	0	0	[0-12.34]	1	2	[0.06-12.57]
homeopath	0	0	[0-23.16]	1	4	[0.09-18.35]	1	2	[0.06-12.57]
psychiatr	4	29	[8.39-58.1]	2	7	[0.88-23.5]	6	14	[5.94-29.23]
sexo	8	57	[29.65-81.19]	21	75	[54.78-88.57]	29	69	[52.76-81.89]
uro	1	7	[0.18-33.87]	3	11	[2.27-28.23]	4	10	[2.66-22.62]
Total.valides	14	100	-	28	100	-	42	100	-
Manquante	21	-	-	37	-	-	58	-	-

Mode d'exercice troisième médecin mode.3 m3_mode : mode d'exercice troisième médecin mode.3 : priv ; hosp ; family_plan ; imp ; terr

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
family_plan	2	18	[2.28-51.78]	1	4	[0.11-21.12]	3	9	[1.8-23.06]
hosp	2	18	[2.28-51.78]	2	8	[1.03-27]	4	11	[3.2-26.74]
imp	1	9	[0.23-41.28]	1	4	[0.11-21.12]	2	6	[0.7-19.16]
priv	6	55	[24.56-81.86]	20	83	[62.62-95.26]	26	74	[56.43-86.89]
Total.valides	11	100	-	24	100	-	35	100	-
Manquante	24	-	-	41	-	-	65	-	-

Durée prise en charge troisième médecin durée.3 m3_durat : durée prise en charge troisième médecin durée.3 : exprimée en mois

	valeur	valeur	valeur
Effectif	12	19	31
Moyenne	11	17.895	15.226
Ecart type	12.351	21.126	18.313
IC 95%	[3.153 ; 18.847]	[7.712 ; 28.077]	[8.508 ; 21.943]
Minimum	1	1	1
Quartile 1	1	3	2.5
Mediane	3.5	4	4
Quartile 3	24	26	24
Maximum	35	72	72
Manquante	23	46	69

Spécialité quatrième médecin spé.4 m4_specia : "spécialité quatrième médecin spe.4 : (gene, uro, gynae, cardio, sexo, neurolog, psychiatr, company_dr, psycholog, midwife, endoc, psychoth, homeopath)"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
psychiatr	0	0	[0-36.94]	1	9	[0.23-41.28]	1	5	[0.13-26.03]
psycholog	2	25	[3.19-65.09]	0	0	[0-28.49]	2	11	[1.3-33.14]
sexo	6	75	[34.91-96.81]	10	91	[58.72-99.77]	16	84	[60.42-96.62]
Total.valides	8	100	-	11	100	-	19	100	-
Manquante	27	-	-	54	-	-	81	-	-

Mode d'exercice quatrième médecin mode.4 m4_mode : mode d'exercice quatrième médecin mode.4 : priv ; hosp ; family_plan ; imp ; terr

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
hosp	1	14	[0.36-57.87]	1	10	[0.25-44.5]	2	12	[1.46-36.44]
priv	6	86	[42.13-99.64]	9	90	[55.5-99.75]	15	88	[63.56-98.54]
Total.valides	7	100	-	10	100	-	17	100	-
Manquante	28	-	-	55	-	-	83	-	-

Durée prise en charge quatrième médecin durée.4 m4_durat : durée prise en charge quatrième médecin durée.4 : exprimée en mois

	valeur	valeur	valeur
Effectif	6	8	14
Moyenne	6.333	11.5	9.286
Ecart type	9.331	12.95	11.438
IC 95%	[-3.459 ; 16.126]	[0.673 ; 22.327]	[2.681 ; 15.89]
Minimum	1	2	1
Quartile 1	1.25	3	2.25
Mediane	2.5	6	3
Quartile 3	5.25	13.5	9.75
Maximum	25	38	38
Manquante	29	57	86

Spécialité cinquième médecin spé.5 m5_speci : "spécialité cinquième médecin spé.5 : (gene, uro, gynae, cardio, sexo, neurolog, psychiatr, company_dr, psycholog, midwife, endoc, psychoth, homeopath)"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
sexo	3	100	[29.24-100]	2	100	[15.81-100]	5	100	[47.82-100]
Total.valides	3	100	-	2	100	-	5	100	-
Manquante	32	-	-	63	-	-	95	-	-

Mode d'exercice cinquième médecin mode.5 m5_mode : mode d'exercice cinquième médecin mode.5 : priv ; hosp ; family_plan ; imp ; terr

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
priv	3	100	[29.24-100]	2	100	[15.81-100]	5	100	[47.82-100]
Total.valides	3	100	-	2	100	-	5	100	-
Manquante	32	-	-	63	-	-	95	-	-

Durée prise en charge cinquième médecin durée.5 m5_durat : durée prise en charge cinquième médecin durée.5 : exprimée en mois

	valeur	valeur	valeur
Effectif	3	2	5
Moyenne	2.333	15	7.4
Ecart type	0.577	12.728	9.423
IC 95%	[0.899 ; 3.768]	[-99.356 ; 129.356]	[-4.301 ; 19.101]
Minimum	2	6	2
Quartile 1	2	10.5	2
Mediane	2	15	3
Quartile 3	2.5	19.5	6
Maximum	3	24	24
Manquante	32	63	95

Nombre de médecins intervenus numb_physi : "nombre de médecins intervenus : 1, 2, 3, 4, ou 5;"

	valeur	valeur	valeur
Effectif	35	65	100
Moyenne	2.343	2.369	2.36
Ecart type	1.349	1.084	1.177
IC 95%	[1.879 ; 2.806]	[2.101 ; 2.638]	[2.127 ; 2.593]
Minimum	1	1	1
Quartile 1	1	2	1
Mediane	2	2	2
Quartile 3	3	3	3
Maximum	5	5	5
Manquante	0	0	0

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
1	13	37	[21.99-55.05]	16	25	[15.13-37.13]	29	29	[20.58-39.06]
2	8	23	[11.04-40.55]	21	32	[21.54-45.18]	29	29	[20.58-39.06]
3	6	17	[7.17-34.3]	18	28	[17.65-40.39]	24	24	[16.27-33.77]
4	5	14	[5.38-31.04]	8	12	[5.84-23.36]	13	13	[7.38-21.56]
5	3	9	[1.8-23.06]	2	3	[0.37-10.68]	5	5	[1.86-11.83]
Total.valides	35	100	-	65	100	-	100	100	-

Approche Femmes appro_mate; appro_advic; appro_style; appro_shift; appro_info; appro_gear; appro_othe; appro_none

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
Discussion avec partenaire	31	89	[73.26-96.8]	35	0
Remise en question personnelle	23	66	[47.74-80.32]	35	0
Information	15	43	[26.76-60.48]	35	0
Recherche conseils	11	31	[17.43-49.42]	35	0
Utilisation artifice érotique	8	23	[11.04-40.55]	35	0
Essai relations avec autre partenaire	3	9	[1.8-23.06]	35	0
Autre moyen	1	3	[0.07-14.92]	35	0
Seulement recours médical	1	3	[0.07-14.92]	35	0

Approche Hommes appro_mate; appro_advic; appro_style; appro_shift; appro_info; appro_gear; appro_othe; appro_none

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
Discussion avec partenaire	42	65	[51.7-75.8]	65	0
Remise en question personnelle	23	35	[24.2-48.3]	65	0
Information	19	29	[18.94-42]	65	0
Recherche conseils	13	20	[11.48-32.12]	65	0
Utilisation artifice érotique	13	20	[11.48-32.12]	65	0
Autre moyen	10	15	[8.01-26.94]	65	0
Essai relations avec autre partenaire	8	12	[5.84-23.36]	65	0
Seulement recours médical	5	8	[2.87-17.75]	65	0

Approche Globale appro_mate; appro_advic; appro_style; appro_shift; appro_info; appro_gear; appro_othe; appro_none

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
Discussion avec partenaire	73	73	[63.04-81.16]	100	0
Remise en question personnelle	46	46	[36.09-56.22]	100	0
Information	34	34	[25.01-44.23]	100	0
Recherche conseils	24	24	[16.27-33.77]	100	0
Utilisation artifice érotique	21	21	[13.75-30.53]	100	0
Essai relations avec autre partenaire	11	11	[5.89-19.22]	100	0
Autre moyen	11	11	[5.89-19.22]	100	0
Seulement recours médical	6	6	[2.46-13.12]	100	0

Confiance à l'entourage speak_circl : confiance à l'entourage

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	3	9	[1.8-23.06]	10	16	[8.14-27.32]	13	13	[7.45-21.76]
Oui	32	91	[76.94-98.2]	54	84	[72.68-91.86]	86	87	[78.24-92.55]
Total.valides	35	100	-	64	100	-	99	100	-

Délai confiance à l'entourage delay_circl : délai confiance à l'entourage

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	13	42	[25.07-60.74]	19	37	[24.47-51.95]	32	39	[28.63-50.46]
1	11	35	[19.83-54.62]	15	29	[17.91-44.02]	26	32	[22.11-43.03]
2	5	16	[6.09-34.47]	8	16	[7.48-29.14]	13	16	[9.04-25.95]
3	1	3	[0.08-16.7]	3	6	[1.23-16.24]	4	5	[1.34-12.02]
4	1	3	[0.08-16.7]	6	12	[4.87-24.56]	7	9	[3.79-17.34]
Total.valides	31	100	-	51	100	-	82	100	-
Manquante	4	-	-	14	-	-	18	-	-

Délai confiance au médecin delay_doct : délai confiance au médecin

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	7	21	[9.63-39.4]	14	23	[13.54-35.8]	21	22	[14.66-32.33]
1	11	33	[18.55-51.9]	21	34	[23.04-47.78]	32	34	[24.78-44.62]
2	5	15	[5.72-32.67]	9	15	[7.38-26.67]	14	15	[8.67-24.07]
3	4	12	[3.4-28.2]	6	10	[4.06-20.85]	10	11	[5.5-19.12]
4	6	18	[7.62-36.08]	11	18	[9.76-30.4]	17	18	[11.18-27.66]
Total.valides	33	100	-	61	100	-	94	100	-
Manquante	2	-	-	4	-	-	6	-	-

Confiance faite au médecin traitant `speak_gp` : confiance faite au médecin traitant

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	21	62	[43.62-77.31]	23	36	[24.6-48.97]	44	45	[34.95-55.25]
Oui	13	38	[22.69-56.38]	41	64	[51.03-75.4]	54	55	[44.75-65.05]
Total.valides	34	100	-	64	100	-	98	100	-
Manquante	1	-	-	1	-	-	2	-	-

Sujet abordé initiative patient `init_patient` : sujet abordé initiative patient

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	0	0	[0-26.46]	5	18	[6.77-37.58]	5	12	[4.69-27.6]
Oui	12	100	[73.54-100]	23	82	[62.42-93.23]	35	88	[72.4-95.31]
Total.valides	12	100	-	28	100	-	40	100	-
Manquante	23	-	-	37	-	-	60	-	-

Prise en charge par médecin traitant `care_by_gp` : prise en charge par médecin traitant

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	24	69	[50.58-82.57]	27	42	[30.16-55.15]	51	52	[41.31-61.6]
Oui	11	31	[17.43-49.42]	37	58	[44.85-69.84]	48	48	[38.4-58.69]
Total.valides	35	100	-	64	100	-	99	100	-

Liberté de parole du MT `care_freely` : liberté de parole du MT

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
1	0	0	[0-30.85]	2	8	[1.03-27]	2	6	[0.72-19.68]
2	2	20	[2.52-55.61]	7	29	[13.44-51.25]	9	26	[13.51-44.65]
3	5	50	[23.66-76.34]	10	42	[22.8-63.06]	15	44	[27.62-61.91]
4	3	30	[6.67-65.25]	5	21	[7.94-42.71]	8	24	[11.38-41.57]
Total.valides	10	100	-	24	100	-	34	100	-
Manquante	25	-	-	41	-	-	66	-	-

Qualités pédagogiques du MT `care_pedag` : qualités pédagogiques du MT

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	2	20	[2.52-55.61]	2	8	[1.03-27]	4	12	[3.3-27.45]
1	3	30	[6.67-65.25]	5	21	[7.94-42.71]	8	24	[11.38-41.57]
2	2	20	[2.52-55.61]	5	21	[7.94-42.71]	7	21	[9.34-38.41]
3	1	10	[0.25-44.5]	7	29	[13.44-51.25]	8	24	[11.38-41.57]
4	2	20	[2.52-55.61]	5	21	[7.94-42.71]	7	21	[9.34-38.41]
Total.valides	10	100	-	24	100	-	34	100	-
Manquante	25	-	-	41	-	-	66	-	-

Qualités d'organisation des soins du MT `care_organ` : qualités d'organisation des soins du MT

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	4	40	[12.16-73.76]	3	12	[2.66-32.36]	7	21	[9.34-38.41]
1	0	0	[0-30.85]	7	29	[13.44-51.25]	7	21	[9.34-38.41]
2	5	50	[23.66-76.34]	9	38	[19.55-59.24]	14	41	[25.13-59.17]
3	1	10	[0.25-44.5]	4	17	[4.74-37.38]	5	15	[5.54-31.83]
4	0	0	[0-30.85]	1	4	[0.11-21.12]	1	3	[0.07-15.33]
Total.valides	10	100	-	24	100	-	34	100	-
Manquante	25	-	-	41	-	-	66	-	-

Capacité du MT à adresser à un tiers intervenant `care_refer` : capacité du MT à adresser à un tiers intervenant

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	3	27	[6.02-60.97]	2	8	[0.98-26.03]	5	14	[5.23-30.29]
1	1	9	[0.23-41.28]	3	12	[2.55-31.22]	4	11	[3.11-26.06]
2	1	9	[0.23-41.28]	2	8	[0.98-26.03]	3	8	[1.75-22.47]
3	2	18	[2.28-51.78]	7	28	[12.87-49.6]	9	25	[12.73-42.54]
4	4	36	[10.93-69.21]	11	44	[25.02-64.73]	15	42	[25.96-59.11]
Total.valides	11	100	-	25	100	-	36	100	-
Manquante	24	-	-	40	-	-	64	-	-

Degré d'amélioration clinique du patient **care_impro** : degré d'amélioration clinique du patient

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	8	80	[44.39-97.48]	4	17	[4.74-37.38]	12	35	[20.3-53.53]
1	1	10	[0.25-44.5]	9	38	[19.55-59.24]	10	29	[15.71-47.67]
2	1	10	[0.25-44.5]	7	29	[13.44-51.25]	8	24	[11.38-41.57]
3	0	0	[0-30.85]	2	8	[1.03-27]	2	6	[0.72-19.68]
4	0	0	[0-30.85]	2	8	[1.03-27]	2	6	[0.72-19.68]
Total.valides	10	100	-	24	100	-	34	100	-
Manquante	25	-	-	41	-	-	66	-	-

Score d'évaluation globale prise en charge sexe du MT Femmes **care_global** : score d'évaluation globale prise en charge sexe du MT

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	3	30	[6.67-65.25]	3	12	[2.45-30.15]	6	17	[6.96-33.47]
1	2	20	[2.52-55.61]	7	27	[12.35-48.05]	9	25	[12.73-42.54]
2	3	30	[6.67-65.25]	9	35	[17.94-55.64]	12	33	[19.1-51.05]
3	2	20	[2.52-55.61]	6	23	[9.75-44.08]	8	22	[10.73-39.59]
4	0	0	[0-30.85]	1	4	[0.1-19.64]	1	3	[0.07-14.53]
Total.valides	10	100	-	26	100	-	36	100	-
Manquante	25	-	-	39	-	-	64	-	-

Type de relai **relay_form** : type de relai : gp_refer=adressé par médecin traitant ; own_initiat=interruption à l'initiative du patient ; other=autre cas

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
gp_referred	7	64	[30.79-89.07]	21	70	[50.44-84.59]	28	68	[51.78-81.42]
other	0	0	[0-28.49]	1	3	[0.08-17.22]	1	2	[0.06-12.86]
own_initiat	4	36	[10.93-69.21]	8	27	[12.98-46.17]	12	29	[16.65-45.74]
Total.valides	11	100	-	30	100	-	41	100	-
Manquante	24	-	-	35	-	-	59	-	-

Motif du recours à un autre spécialiste **relay_motiv** : motif du recours à un autre spécialiste : insuf_imprv=insuffisance d'amélioration ; gp_difficult=difficulté rencontrée avec médecin traitant ; other=autre

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
gp_difficulty	3	30	[6.67-65.25]	4	14	[3.89-31.66]	7	18	[8.1-34.11]
insuf_imprv	5	50	[23.66-76.34]	19	66	[45.66-81.4]	24	62	[44.65-76.19]
other	2	20	[2.52-55.61]	6	21	[8.71-40.26]	8	21	[9.87-36.94]
Total.valides	10	100	-	29	100	-	39	100	-
Manquante	25	-	-	36	-	-	61	-	-

Mode de mise en relation avec le sexologue **sexo_how** : mode de mise en relation avec le sexologue : advis_physi=conseillé par un spécialiste ; gp_referred=adressé par médecin traitant ; acquaint=conseillé par une connaissance ; annual=annuaire ou internet ; other=autre moyen

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
acquaint	4	12	[3.3-27.45]	4	6	[1.7-15.01]	8	8	[3.81-15.76]
advis_physi	24	71	[52.33-84.29]	19	29	[18.94-42]	43	43	[33.62-53.76]
annual	2	6	[0.72-19.68]	16	25	[15.13-37.13]	18	18	[11.41-27.48]
gp_referred	4	12	[3.3-27.45]	24	37	[25.55-49.85]	28	28	[19.91-38.37]
other	0	0	[0-10.28]	2	3	[0.37-10.68]	2	2	[0.25-7.11]
Total.valides	34	100	-	65	100	-	99	100	-
Manquante	1	-	-	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	1	-	-

Spécialité du médecin ayant adressé le patient advi_specia : "spécialité du médecin ayant adressé le patient (gene, uro, gynae, cardio, sexo, neurolog, midwife, psychiatr, company_dr, uro_nurse, psychologist)"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
cardio	0	0	[0-13.72]	1	2	[0.06-12.57]	1	1	[0.04-8.04]
company_dr	0	0	[0-13.72]	1	2	[0.06-12.57]	1	1	[0.04-8.04]
gene	3	12	[2.55-31.22]	25	60	[43.35-73.98]	28	42	[30.07-54.46]
gynae	14	56	[35.27-74.98]	4	10	[2.66-22.62]	18	27	[17.1-39.31]
midwife	2	8	[0.98-26.03]	0	0	[0-8.41]	2	3	[0.36-10.37]
neurolog	0	0	[0-13.72]	1	2	[0.06-12.57]	1	1	[0.04-8.04]
psychiatr	4	16	[4.54-36.08]	2	5	[0.58-16.16]	6	9	[3.69-19.12]
psychologist	1	4	[0.1-20.35]	1	2	[0.06-12.57]	2	3	[0.36-10.37]
sexo	1	4	[0.1-20.35]	1	2	[0.06-12.57]	2	3	[0.36-10.37]
uro	0	0	[0-13.72]	5	12	[4.47-26.43]	5	7	[2.78-17.26]
uro_nurse	0	0	[0-13.72]	1	2	[0.06-12.57]	1	1	[0.04-8.04]
Total.valides	25	100	-	42	100	-	67	100	-
Manquante	10	-	-	23	-	-	33	-	-

Mode d'exercice du médecin-sexologue sexo_mode : mode d'exercice du médecin-sexologue ; (family_plan ; priv=cabinet libéral ; hosp=hospitalier ; imp=protection maternelle et infantile ; hosp_priv=hospitalier consult. privée)

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
family_plan	4	11	[3.2-26.74]	2	3	[0.39-11]	6	6	[2.51-13.37]
hosp	3	9	[1.8-23.06]	2	3	[0.39-11]	5	5	[1.89-12.06]
hosp_priv	1	3	[0.07-14.92]	0	0	[0-5.69]	1	1	[0.03-5.55]
imp	0	0	[0-10]	1	2	[0.04-8.53]	1	1	[0.03-5.55]
priv	27	77	[59.45-88.96]	58	92	[81.73-97.04]	85	87	[78.03-92.47]
Total.valides	35	100	-	63	100	-	98	100	-

Durée de prise en charge par sexologue sexo_durat : durée de prise en charge par sexologue : (0=moins de 6 mois; 1=de six mois à moins d'un an; 2=de un an à moins de cinq ans; 3=cinq ans ou plus)

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	22	65	[46.47-79.7]	31	57	[43.27-70.5]	53	60	[49.21-70.34]
1	5	15	[5.54-31.83]	8	15	[7.06-27.67]	13	15	[8.41-24.3]
2	7	21	[9.34-38.41]	12	22	[12.48-35.95]	19	22	[13.81-31.9]
3	0	0	[0-10.28]	3	6	[1.16-15.39]	3	3	[0.71-9.64]
Total.valides	34	100	-	54	100	-	88	100	-
Manquante	1	-	-	11	-	-	12	-	-

Connaissance antérieure de la spécialité de médecin-sexologue par le patient sx_md_knw : "connaissance antérieure de la spécialité de médecin-sexologue par le patient ; (0, 1, 2, 3, 4)"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	3	9	[1.8-23.06]	10	16	[8.28-27.72]	13	13	[7.53-21.97]
1	5	14	[5.38-31.04]	11	17	[9.45-29.52]	16	16	[9.9-25.46]
2	14	40	[24.35-57.79]	16	25	[15.63-38.19]	30	31	[21.91-40.85]
3	6	17	[7.17-34.3]	9	14	[7.14-25.9]	15	15	[9.1-24.31]
4	7	20	[9.06-37.46]	17	27	[16.93-39.87]	24	24	[16.61-34.41]
Total.valides	35	100	-	63	100	-	98	100	-

Délai entre première consultation pour difficultés sexuelles et prise en charge sexo Femmes delay_m0_sx : "délai entre première consultation pour diff sexuelles et prise en charge sexo ; (0, 1, 2, 3, 4)"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	13	42	[25.07-60.74]	26	43	[30.82-56.7]	39	43	[32.67-53.65]
1	8	26	[12.54-44.93]	11	18	[9.93-30.85]	19	21	[13.34-30.92]
2	6	19	[8.12-38.06]	15	25	[15.11-38.12]	21	23	[15.16-33.31]
3	1	3	[0.08-16.7]	3	5	[1.04-13.92]	4	4	[1.21-10.87]
4	3	10	[2.04-25.75]	5	8	[3.11-19.12]	8	9	[4.15-17.07]
Total.valides	31	100	-	60	100	-	91	100	-
Manquante	4	-	-	5	-	-	9	-	-

Difficulté globale du parcours médical route_difficult : "difficulté globale du parcours médical ; (0, 1, 2, 3, 4)"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	5	15	[5.54-31.83]	8	13	[6.34-25.14]	13	14	[7.86-22.85]
1	2	6	[0.72-19.68]	6	10	[4.13-21.17]	8	9	[4.01-16.56]
2	10	29	[15.71-47.67]	9	15	[7.5-27.08]	19	20	[12.9-30.01]
3	8	24	[11.38-41.57]	13	22	[12.47-34.53]	21	22	[14.66-32.33]
4	9	26	[13.51-44.65]	24	40	[27.83-53.45]	33	35	[25.74-45.71]
Total.valides	34	100	-	60	100	-	94	100	-
Manquante	1	-	-	5	-	-	6	-	-

Soutien ressenti de la part du personnel médical route_support : "soutien ressenti de la part du personnel médical ; (0, 1, 2, 3, 4)"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	1	3	[0.07-15.33]	3	5	[1.04-13.92]	4	4	[1.17-10.54]
1	5	15	[5.54-31.83]	6	10	[4.13-21.17]	11	12	[6.27-20.38]
2	5	15	[5.54-31.83]	12	20	[11.19-32.7]	17	18	[11.18-27.66]
3	13	38	[22.69-56.38]	20	33	[22.02-46.79]	33	35	[25.74-45.71]
4	10	29	[15.71-47.67]	19	32	[20.6-45.09]	29	31	[21.95-41.34]
Total.valides	34	100	-	60	100	-	94	100	-
Manquante	1	-	-	5	-	-	6	-	-

"Repérage du patient parmi diverses spécialités ""pro-sexo" route_ident : "repérage du patient parmi diverses spécialités ""pro-sexo"" ; (0, 1, 2, 3, 4)"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	3	9	[1.92-24.33]	4	7	[1.98-17.29]	7	8	[3.49-16.05]
1	6	18	[7.62-36.08]	9	16	[8.05-28.83]	15	17	[10.05-26.6]
2	10	30	[16.21-48.87]	14	25	[14.81-38.65]	24	27	[18.36-37.59]
3	10	30	[16.21-48.87]	14	25	[14.81-38.65]	24	27	[18.36-37.59]
4	4	12	[3.4-28.2]	15	27	[16.23-40.54]	19	21	[13.63-31.57]
Total.valides	33	100	-	56	100	-	89	100	-
Manquante	2	-	-	9	-	-	11	-	-

Facilité d'obtention des rendez-vous route_consult : "facilité d'obtention des rendez-vous ; (0, 1, 2, 3, 4)"

94

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	0	0	[0-10]	2	3	[0.39-11.17]	2	2	[0.25-7.25]
1	1	3	[0.07-14.92]	2	3	[0.39-11.17]	3	3	[0.64-8.77]
2	8	23	[11.04-40.55]	9	15	[7.25-26.28]	17	18	[10.83-26.86]
3	11	31	[17.43-49.42]	18	29	[18.55-42.13]	29	30	[21.24-40.17]
4	15	43	[26.76-60.48]	31	50	[37.92-62.08]	46	47	[37.28-57.77]
Total.valides	35	100	-	62	100	-	97	100	-

Accessibilité financière de la prise en charge sexologique route_econo : "accessibilité financière de la prise en charge sexologique ; (0, 1, 2, 3, 4)"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	3	9	[1.8-23.06]	7	12	[5.21-23.18]	10	11	[5.44-18.93]
1	7	20	[9.06-37.46]	9	15	[7.5-27.08]	16	17	[10.22-26.21]
2	8	23	[11.04-40.55]	16	27	[16.45-39.89]	24	25	[17.16-35.41]
3	10	29	[15.24-46.52]	15	25	[15.11-38.12]	25	26	[18.05-36.52]
4	7	20	[9.06-37.46]	13	22	[12.47-34.53]	20	21	[13.63-30.87]
Total.valides	35	100	-	60	100	-	95	100	-

Remarque ou suggestion formulée par patient sugg_pres : "remarque ou suggestion formulée par patient (1, 0)"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	17	49	[31.72-65.72]	46	71	[58-81.06]	63	63	[52.71-72.27]
Oui	18	51	[34.28-68.28]	19	29	[18.94-42]	37	37	[27.73-47.29]
Total.valides	35	100	-	65	100	-	100	100	-

AUTEUR : Nom LAURENS Prénom Gérard

Date de soutenance : 20 Septembre 2013

Titre de la thèse :

LE PATIENT, SON MEDECIN TRAITANT ET LE MEDECIN SEXOLOGUE : UNE ETUDE EN REGION NORD-PAS-DE-CALAIS, AUPRES DE 101 PATIENTS ET DE 23 MEDECINS SEXOLOGUES

Thèse, Médecine, Lille, 2013

Cadre de classement : MEDECINE GENERALE, MEDECINE SEXUELLE

Mots-clés : Dysfonction sexuelle, Médecine Générale, Médecine sexuelle, Epidémiologie

Resumé :

Les dysfonctions sexuelles, qui ont une prévalence importante en population adulte, donnent lieu à un dépistage et à une prise en charge classiquement insuffisants aux conséquences individuelles souvent graves en termes de qualité de vie et de santé mentale.

Les patients désireux de s'engager dans une démarche thérapeutique le feront notamment en s'appuyant sur les deux professionnels clés en ce domaine que sont le médecin traitant, recours de première ligne, et le médecin sexologue dont c'est le domaine spécifique.

Les caractéristiques du parcours de ces patients est mal connu, faute de travaux identifiés en ce domaine.

Cette étude se base sur une enquête par questionnaires réalisée auprès de 101 patients suivis par l'un des 23 médecins sexologues de la Région du Nord-Pas-de-Calais associés à ce travail, patients dont elle précise les divers aspects du parcours thérapeutique, médical et extra-médical : contexte socio-économique et familial, type de pathologie et durée d'évolution, délai de recours à une prise en charge, conséquences dans la vie quotidienne et conjugale, conduites et stratégies adaptatives empruntées. Elle se propose d'établir le poids relatif des différents spécialistes intervenus durant ce parcours, se penchant en particulier sur les rôles respectifs du médecin traitant et du médecin sexologue dont elle cherche à préciser les atouts et les éventuelles faiblesses en termes de dépistage, d'organisation des soins et de suivi, mais aussi de disponibilité et d'accessibilité, tant sur le plan relationnel que pratique et pécunier, de lisibilité d'image auprès des patients, et enfin bien sûr selon le critère de l'amélioration clinique. Les patients expriment enfin leur niveau de difficulté en rapport avec divers aspects pratiques, mais aussi avec celui de la souffrance morale, qu'ils auront globalement retenus de ce parcours, point sans doute le plus révélateur de cette enquête.

Président du Jury: Monsieur le Professeur Antoine DRIZENKO

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA
Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE
Monsieur le Docteur Yves FERROUL**

Directrice de Thèse : Madame le Docteur Sabine GUFFROY