



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

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

*Place du médecin généraliste remplaçant dans la prise en charge des
dysfonctions sexuelles en soins primaires.*

*Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes remplaçants
dans la région Nord-Pas-de-Calais.*

**Présentée et soutenue publiquement le 21 Mars 2013
par Elodie MARTEL**

Jury

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Arnauld VILLERS
Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE
Monsieur le Docteur Gilbert BOU JAOUDE**

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

PRESENTATION ET CONSTRUCTION DE LA QUESTION DE RECHERCHE	10
1. LA MEDECINE SEXUELLE	10
1.1. La santé sexuelle	10
1.1.1. Définition de la santé sexuelle	10
1.1.2. Evolution du concept	11
1.1.3. Santé sexuelle et santé publique	11
1.2. La médicalisation de la sexualité	11
1.3. Organisation de la médecine sexuelle	13
1.3.1. La formation initiale des médecins généralistes en sexologie	13
1.3.2. Le DIU de sexologie	13
1.3.3. Les sexologues	14
1.3.4. La sexothérapie	15
2. LES DYSFONCTIONS SEXUELLES	17
2.1. Physiologie sexuelle	17
2.1.1. Le cycle sexuel	17
2.1.2. Physiologie sexuelle chez l'homme	18
2.1.3. Physiologie sexuelle chez la femme	19
2.2. La difficile classification des dysfonctions sexuelles	20
2.3. The Second International Consultations on Sexual Dysfunctions	22
2.4. Prévalence, Démarche diagnostique et Traitement	24
2.4.1. Désir Sexuel Hypoactif chez l'homme	24
2.4.2. Trouble de l'excitation chez l'homme : la dysfonction érectile	25
2.4.3. Ejaculation prématurée	27
2.4.4. Troubles de l'orgasme chez l'homme	28
2.4.5. Priapisme	29
2.4.6. Maladie de La Peyronie	29
2.4.7. Désir Sexuel Hypoactif chez la femme	29
2.4.8. Trouble de l'excitation chez la femme	30
2.4.9. Troubles de l'orgasme chez la femme	30
2.4.10. Vaginisme / Dyspareunies	30
2.5. La iatrogénie sexuelle des médicaments	30
2.6. Prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires	31
2.6.1. Des symptômes fréquents	31
2.6.2. Une prise en charge insuffisante	32
2.6.3. Les attentes des patients	32
2.6.4. Les intérêts d'une prise en charge	33
2.6.5. Les obstacles	35
3. LES MEDECINS GENERALISTES REMPLAÇANTS	36
3.1. Description des médecins remplaçants	36
3.2. Motivation au maintien du statut de médecin remplaçant	37
3.3. La relation médecin remplaçant - patient	39
3.3.1. La relation médecin-patient en médecine générale	39
3.3.2. Particularité de la relation remplaçant-patient	39
4. QUESTION DE RECHERCHE	40

METHODE 42

1. METHODOLOGIE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES	42
1.1. La méthode qualitative	42
1.1.1. Les types d'études	42
1.1.2. Définition de la recherche qualitative	42
1.1.3. Particularités méthodologiques de la recherche qualitative	43
1.1.4. La validité des résultats en recherche qualitative	43
1.1.5. Les biais en recherche qualitative	44
1.1.6. La recherche qualitative, une reconnaissance encore fragile	44
1.2. L'entretien individuel	44
1.2.1. L'entretien individuel semi-dirigé	45
1.2.2. L'enquêteur	45
1.2.3. L'échantillonnage	46
1.2.4. Le canevas d'entretien	46
1.2.5. Lieu et matériel	47
1.3. L'analyse des données	47
1.4. La rédaction des résultats	48
2. LES RAISONS DU CHOIX METHODOLOGIQUE	48
2.1. Choix du type d'étude	48
2.2. Choix de la population	49
2.3. Choix de la technique de recueil	49
3. APPLICATION AU SUJET	49
3.1. Echantillonnage de la population	49
3.2. Description de l'échantillon	50
3.2.1. Caractéristiques des médecins remplaçants interrogés	50
3.2.2. Caractéristiques de l'enquêteur	50
3.3. Conditions pratiques de recueil	50
3.3.1. Lieu et durée des entretiens	50
3.3.2. Matériel et retranscription	50
3.3.3. Relecture des verbatims	51
3.4. Le canevas d'entretien	51
3.5. Saturation des données	51
3.6. Méthodologie d'analyse	52
3.6.1. Un codage manuel	52
3.6.2. Un double codage	52
4. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	52

RESULTATS 53

1. LES MEDECINS REMPLAÇANTS ET LA SANTE SEXUELLE	53
1.1. Connaissance de la notion de Santé Sexuelle	53
1.2. Intérêt pour la sexologie	53
1.3. La formation	53
2. PRISE EN CHARGE DES DYSFONCTIONS SEXUELLES	54
2.1. Fréquence	54
2.2. Abord par le patient	55
2.3. Abord par le médecin remplaçant	56
2.4. Les stratégies de prise en charge	57
2.4.1. Assurer la continuité des soins	57

2.4.2.	La stratégie d'évitement	57
2.4.3.	La prise en charge minute	57
2.4.4.	La consultation dédiée	58
2.4.5.	La coordination	58
2.5.	La problématique du suivi	59
2.6.	La transmission de l'information	60
3.	LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA PRISE EN CHARGE	61
3.1.	Société et santé publique	61
3.2.	Les patients	62
3.3.	Les soignants	63
3.4.	La formation	65
3.5.	L'âge et l'expérience du médecin remplaçant	66
3.6.	La relation médecin remplacé-patient	67
3.7.	La relation médecin remplaçant-patient	68
3.8.	Le genre	69
3.8.1.	Les médecins remplaçants de genre féminin	69
3.8.2.	Les médecins remplaçants de genre masculin	70
3.8.3.	Le genre du médecin remplacé	70
3.9.	La disponibilité	72
4.	LES INTERROGATIONS DES MEDECINS REMPLAÇANTS	72
5.	SYNTHESE : LES ROLES DU MEDECIN REMPLAÇANT	73

DISCUSSION **74**

1.	DISCUSSION DE LA METHODE	74
1.1.	Points forts	74
1.1.1.	Une méthode de recherche adaptée	74
1.1.2.	Des conditions de recueil de données satisfaisantes	74
1.1.3.	L'absence de hiérarchie enquêteur - enquêté	74
1.2.	Limites	75
1.2.1.	Les limites de l'échantillonnage	75
1.2.2.	Les limites du recueil de données	76
1.2.3.	Les limites de l'analyse	76
1.2.4.	Synthèse des biais dans l'étude	77
2.	DISCUSSION DES RESULTATS	77
2.1.	La santé sexuelle, un domaine pour le remplaçant ?	77
2.2.	Les rôles du médecin remplaçant	78
2.3.	Des difficultés communes à tous les médecins généralistes...	80
2.3.1.	Un sujet tabou, même pour les médecins ?	80
2.3.2.	Le genre	82
2.3.3.	La formation	84
2.3.1.	Le médecin généraliste et la médecine sexuelle	85
2.3.2.	Qui doit aborder la dysfonction sexuelle ?	87
2.3.3.	L'organisation de la médecine générale	88
2.3.4.	Des zones d'ombres en santé sexuelle	88
2.4.	Et des spécificités en tant que remplaçant.	89
2.4.1.	Le remplaçant : un médecin inexpérimenté ?	89
2.4.2.	Le suivi	90
2.4.3.	Relation médecin remplaçant-patient-médecin remplacé	90
3.	OUVERTURE	91

3.1. Améliorer la formation des remplaçants	91
3.1.1. L'intégration de la sexologie aux autres spécialités	92
3.1.2. Les techniques de communication	92
3.2. La triangulation	93
3.2.1. La triangulation des sources	93
3.2.2. La triangulation méthodologique	94
CONCLUSION	95
BIBLIOGRAPHIE	97
ANNEXES	105

INTRODUCTION

« Où en es-tu de ta thèse ? As-tu trouvé un sujet ? » C'est une question très classique pour un interne en médecine ou pour un jeune praticien.

Un jour, j'ai pu à mon tour formuler une réponse : « C'est sur la prise en charge des dysfonctions sexuelles par le médecin remplaçant ! ». Le regard surpris de mes interlocuteurs me fit comprendre que c'était le bon sujet. Aussi bien pour mes interlocuteurs non médecins, pour qui le sujet semblait compréhensible et amusant, que pour mes confrères dans les yeux desquels j'ai vu défiler leurs pratiques assumées ou non...

La santé sexuelle se construit entre société et médecine. Les différentes dysfonctions sexuelles sont des symptômes fréquents. Elles sont marqueurs de certaines pathologies comme les maladies cardiovasculaires, déclencheurs pour d'autres comme la dépression ou induites dans un contexte de iatrogénie. Leur prise en charge en médecine générale reste complexe. Chaque soignant, chaque patient apporte en consultation ses représentations sur ce sujet délicat. Les remplaçants sont des praticiens qui établissent une relation particulière avec les patients en dehors du classique duo médecin-malade. Notre étude s'attache à définir leur place dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires.

La méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés permet de préciser le rôle du médecin généraliste remplaçant, d'envisager son approche, ses difficultés, ses compétences.

Et pourquoi ce sujet ? Quand je suis devenue un médecin (pas le médecin référent) et qu'un patient (pas mon patient) a abordé le sujet en consultation, je me suis dit : « Pourquoi m'en parle-t-il, à moi ? Pourquoi suis-je si peu formée ? Et parfois si mal à l'aise ? ».

PRESENTATION ET CONSTRUCTION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

1. La médecine sexuelle

1.1. La santé sexuelle

1.1.1. Définition de la santé sexuelle

« Le concept de santé est une valeur centrale et irrévocable du monde contemporain. Celui de santé sexuelle, prônant l'idée selon laquelle la sexualité ne se réduit pas seulement à une pratique de reproduction, mais participe aussi à une meilleure santé et au bien-être, a nécessité un cheminement plus progressif... » (1)

Au XIXème siècle, les théories considéraient la procréation comme la finalité normale de la sexualité. La recherche exclusive du plaisir au travers de l'acte sexuel constituait alors une forme de perversion. S'ajoutait la pression religieuse pour qui la normalité sexuelle résidait uniquement dans l'accomplissement de la sexualité reproductive dans le cadre du mariage (1). L'importance des aspects psychologiques et relationnels de la fonction sexuelle a été mise en lumière par S. Freud. L'essor de la psychanalyse a permis d'officialiser la fonction érotique de la sexualité (2).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne une impulsion positive à la sexualité en 1975 : « *La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counseling et les soins concernant la procréation ou les MST.* » (3)

En effet, depuis les années 60, la diffusion de la pilule contraceptive renforce la légitimité sociale de la dissociation entre activité sexuelle érotique et procréation. De plus, les sexologues américains Masters et Johnson révolutionnent la physiologie sexuelle, « découvrent » l'orgasme et font apparaître le plaisir comme une finalité. (4)

La définition de l'OMS renforce donc la dérive de la santé sexuelle vers le concept de bien-être et vers la médicalisation de la sexualité. (1)

1.1.2. Evolution du concept

Des questions nouvelles apparaissent en santé sexuelle : la pandémie du VIH, la prévalence des violences sexuelles, la reconnaissance des droits homosexuels, les droits des femmes en matière de sexualité, le développement des traitements pharmacologiques des troubles sexuels. (1)

En 2000, le concept de santé sexuelle est renforcé par les organisations internationales (OMS, WAS (World Association of Sexology) et la PAHO (Pan American Health Organization)). Sont intégrées les notions de « droits sexuels » et de « comportement sexuel responsable ». La sexualité est un élément de qualité de vie, un droit fondamental pour les hommes et les femmes. (2)

1.1.3. Santé sexuelle et santé publique

Ce processus de dissociation de l'activité sexuelle reproductive et non-reproductive fait apparaître la question de la prise en charge des dysfonctions sexuelles (DS) dans le cadre de la santé publique.

L'OMS définit trois niveaux d'intervention (1) :

- L'*éducation* : une dimension de la médecine préventive.
- Le *counseling* : notion très utilisée dans les pays anglo-saxons, est défini comme une « forme d'accompagnement psychologique et social » (5). Il s'agit d'orienter, aider, informer, soutenir.
- La *thérapie sexuelle* : pour les problèmes plus complexes.

Ces définitions ont permis le développement de programmes d'intervention éducative et préventive. Le médecin généraliste est un acteur central en santé publique, sa formation en santé sexuelle apparaît comme essentielle (1).

Cette reconnaissance en santé publique est nécessaire pour déployer la prise en charge des DS autour d'autres axes (thérapeutique par exemple).

1.2. La médicalisation de la sexualité

La médecine se construit en interaction permanente avec la société. Il me paraît essentiel de présenter les mécanismes et les acteurs de ces interactions, pour comprendre toute la complexité de la prise en charge des DS.

De plus, la méthodologie qualitative utilisée dans la thèse trouve toute sa place dans ce lien entre santé et société.

J'ajouterai que le rôle des firmes pharmaceutiques dans la recherche et la formation médicale est en plein bouleversement depuis l'affaire dite du Médiateur®.

Alain Giami, directeur de recherche à l'Inserm, dans son livre *Le gouvernement des corps (2004)*, présente ces complexités via l'exemple des troubles de l'érection, dans un chapitre intitulé « *De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité.* » (6) dont voici quelques éléments.

Au XIX^{ème} siècle, l'impuissance masculine est considérée comme une « perte de virilité ». Elle est également étudiée au travers des conceptions psychanalytiques : le traumatisme infantile de Freud par exemple. Les travaux de Masters et Johnson en physiologie sexuelle permettent l'élaboration d'une théorie étiologique mixte (psychique dans la majorité des cas, mais physique également). Des découvertes scientifiques ont lieu au début des années quatre-vingt : découverte de l'action de la papavérine en injection intra-caverneuse (IIC) par le cardiologue français Ronald Virag, et découverte du rôle du monoxyde d'azote (NO) dans l'érection. Les urologues abandonnent le terme d'impuissance et définissent la dysfonction érectile (DE) comme « l'incapacité persistante à obtenir ou à maintenir une érection d'une rigidité suffisante pour avoir un rapport sexuel ». Cette définition n'inclut pas les retentissements psychologiques et relationnels du trouble.

Le Viagra® est commercialisé en 1998. Pour preuve de l'importance portée à ce traitement, l'équipe qui a découvert le NO obtient le prix Nobel de Médecine. Au travers des firmes pharmaceutiques, la recherche réduit l'ensemble de la réaction sexuelle chez l'homme à la qualité de l'érection. Les stratégies des laboratoires pharmaceutiques sont lancées, avec un lobbying institutionnel, ainsi que des campagnes d'information médecins et grand public. La prescription est reconnue comme légitime : des traitements efficaces, bien tolérés avec un Service Médical Rendu supérieur à celui des médicaments antérieurs. Arrive alors la question du remboursement et donc du coût du traitement en lui-même et des soins supplémentaires (évaluation cardiologique éventuelle avant prescription). Les institutions de l'Etat introduisent alors une nouvelle logique dans le processus de médicalisation différente de celles des cliniciens, des chercheurs et de l'industrie pharmaceutique. Le Comité Consultatif National d'Ethique approuve le remboursement des IIC pour les dysfonctions érectiles neurologiques. Mais il considère que la société ne peut pas prendre en charge « toutes les perturbations de la vie sexuelle d'un individu ou d'un couple » et prévient sur l'utilisation en tant que

médicament de confort et le mésusage. L'automédication via internet inquiète les responsables de santé publique. Entre le risque d'impuissance qui guette la sexualité conjugale et celui des infections sexuellement transmissibles qui menacent la vie sexuelle récréative au sortir des années SIDA, quelle place la société doit-elle accorder à la promotion de la santé sexuelle? La seconde question est celle de l'égalité dans l'accès aux soins.

L'analyse montre comment la construction de la dysfonction érectile a été liée à l'élaboration et à la commercialisation d'un médicament. Selon Giami, paradoxalement, la médicalisation de l'impuissance masculine ouvre la voie à la démedicalisation de la sexualité en excluant les médecins et en plaçant l'élaboration des normes de santé et de sexualité sous le contrôle de l'industrie pharmaceutique. (6)

1.3. Organisation de la médecine sexuelle

1.3.1. La formation initiale des médecins généralistes en sexologie

A Lille, pendant le DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de médecine générale, un enseignement de la maquette obligatoire est consacré à la sexologie. Cet enseignement dirigé, réalisé par un sexologue, se déroule sur deux heures.

Ce type d'enseignement de la sexologie est celui qui a été majoritairement choisi dans l'ensemble des facultés de médecine de France.

1.3.2. Le DIU de sexologie

Le Diplôme-Inter-Universitaire (DIU) de Sexologie décliné sur le site de l'Association InterHospitalo Universitaire de Sexologie (AIHUS) se présente de la façon suivante:

- Le DIU de sexologie, seul reconnu par le Conseil de l'Ordre des Médecins, s'inscrit dans le cadre des recommandations de l'OMS et répond à la nécessité de formation sexologique dans un but de traitement, de conseil, d'éducation et de prévention en santé sexuelle. La formation dispensée correspond à l'enseignement d'une culture générale nécessaire à la bonne intégration d'une formation en Sexologie, discipline à la fois psychologique et biologique.

- Le programme comporte un tronc commun de 2 ans, associant les étudiants du DIU et ceux des autres Diplômes Universitaires du champ ouvert aux non médecins, et une 3ème année d'enseignement à orientation spécifique

correspondant aux objectifs de l'OMS : éducation sexuelle, conseil en sexologie, thérapie sexuelle. (202 heures de cours sur 3 ans, ateliers et participation aux séminaires de l'AIHUS).

- Les conditions d'inscription au DIU sont : être titulaire d'un diplôme de Docteur en Médecine ou être en 2ème année de DES de médecine générale.

- Le coût est de 550 euros par an à Lille.

1.3.3. Les sexologues

Si l'on consulte le site internet du Conseil de l'Ordre des Médecins sont répertoriés, pour la région Nord-Pas-de-Calais, 31 médecins titulaires du DIU de sexologie et proposant une activité de consultation (en soins ambulatoires ou en structure secondaire), quatre gynécologues, trois endocrinologues ou internistes, un urologue, deux psychiatres et des médecins généralistes. En consultant les Pages Jaunes, toujours pour la région Nord-Pas-de-Calais, on retrouve 52 sexologues. 16 médecins sexologues exerçant en ambulatoire, les 36 autres réponses sont classées en « pratique hors cadre réglementé » et correspondent aux psychothérapeutes qui présentent des diplômes variés en sexologie.

Deux sociétés savantes coordonnent ce corps médical, organisent la formation, la recherche et proposent des recommandations : l'AIHUS (Association InterHospitalo Universitaire de Sexologie), devenue en 2012, AIUS (Association Interdisciplinaire et post Universitaire de Sexologie) et la SFSC (Société Française de Sexologie Clinique). Elles se regroupent sous l'égide de la FF3S (Fédération Française de sexologie et de Santé Sexuelle) qui publie la revue scientifique indexée des sexologues français et européens *Sexologies*. L'enseignement et l'échange d'informations scientifiques sont représentés au niveau mondial par l'International Society of Sexual Medicine (ISSM) dont la branche francophone est la SFMS (Société Francophone de Médecine Sexuelle). L'ADIRS (Association pour le Développement, l'Information et la Recherche pour la Sexualité) est une structure française plus orientée sur l'information et la sensibilisation du grand public, elle représente la branche française de l'European Sexual Health Association. The World Association for Sexual Health (WAS) assure la promotion de la santé sexuelle au niveau mondial.

Une enquête réalisée en 2004 par le Syndicat National des Médecins Sexologues (SNMS) et publiée sur le site de la SFSC montre que le temps moyen pour une

consultation individuelle de sexologie est de 40 minutes et pour une consultation de couple de 50 minutes. Le tarif moyen d'une consultation individuelle est de 35,2 € en secteur I et de 50,4 € en secteur II (54,5 € et 71€ pour un couple) ; 75 % des praticiens acceptent la CMU en consultation individuelle, 56% pour les couples. 54 % des médecins sexologues sont des hommes et 46 % des femmes ; 60% ont un doctorat dans la spécialité Médecine Générale (7). Les sexologues sont donc composés de trois groupes : les médecins spécialistes en médecine générale, les autres médecins spécialistes (représentés essentiellement par les psychiatres et les gynécologues) et les non-médecins (psychologues, infirmières, sages-femmes) (8).

Ces précisions me semblent utiles. En effet, prendre en charge les DS en soins primaires nécessite de connaître les correspondants possibles quand la prise en charge sort du champ de la médecine générale.

1.3.4. La sexothérapie

L'origine professionnelle des sexologues influence le choix des approches thérapeutiques. Selon une enquête de 1999, les interventions thérapeutiques que déclarent pratiquer les sexologues sont les thérapies de couple (approche la plus fréquente), le conseil conjugal, les psychothérapies de soutien, les sexothérapies de type Masters et Johnson, les techniques de relaxation ou de sophrologie, les thérapies comportementales, les psychothérapies analytiques, les approches psychocorporelles, l'hypnose... etc. (8)

Ces pratiques déclarées me semblent entremêlées, difficiles à définir et à resituer en pratique du fait des nombreuses formations. J'ai donc choisi d'exposer les approches de cet ouvrage « La sexothérapie. Quelle thérapie choisir en sexologie clinique ? » (9). Les auteurs sont majoritairement issus de l'école québécoise, qui fait référence dans les articles francophones. Elles font l'objet d'un enseignement académique, elles sont soutenues par un corpus théorique et permettent des pratiques cliniques concrètes. Un article de l'université de Louvain sur la sexothérapie dans le traitement du désir sexuel hypoactif complète ces approches (10).

- Approche sexo-cognitivo-comportementale

Les sexothérapies cognitivo-comportementales sont celles qui reposent sur davantage d'études empiriques et qui s'harmonisent le mieux avec l'EBM (Evidence Based Medicine ou médecine fondée sur le niveau de preuve).

Elles sont basées sur un concept selon lequel les cognitions, les émotions et les comportements interagissent mutuellement. Les modes d'interventions de la prise en charge du « corps érotique » sont intégrés à cette approche cognitivo-comportementale. Par exemple, des pensées inadaptées sur la sexualité favorisent des émotions négatives et maintiennent des comportements tels que l'évitement des relations sexuelles qui renforcent le cycle dysfonctionnel de la réponse sexuelle.

- Approche sexo-corporelle

L'approche sexocorporelle, créée par Desjardins à la fin des années 60, est une approche basée sur les éléments ayant une incidence directe sur la manière de vivre l'excitation sexuelle dans le corps. Elle part du postulat que les émotions sont des réactions involontaires de nos pensées et que ces dernières trouvent leurs résonances dans le corps. Ainsi, dans une démarche thérapeutique où le corps est le principal outil de travail, si on modifie le corps, comme la posture par exemple, nous pouvons changer les perceptions ainsi que l'intensité des émotions. Par ce biais, cette approche s'intéresse à la manière dont l'excitation sexuelle circule dans le corps.

- Approche sexo-systémique

L'approche systémique en sexothérapie met l'accent sur le fait que la sexualité se vit en relation. C'est par le biais de la composante relationnelle qu'ils vont travailler à la résolution de la dysfonction sexuelle (sans pour autant nier l'importance des autres composantes). Effectivement, les deux partenaires jouent bien souvent un rôle dans l'apparition et/ou le maintien de la dysfonction sexuelle. Il est ainsi tout à fait légitime de concevoir que le traitement devra s'effectuer avec la participation des deux membres du couple et non juste avec celui qui est porteur du symptôme.

- Approche sexo-analytique

La sexo-analyse, fondée par Crépault au début des années 1980, propose une approche thérapeutique dans laquelle la sexualité est examinée comme un construit psychoaffectif. Elle met l'accent sur les significations inconscientes des troubles sexuels et sur le travail correctif qu'il faut entreprendre au niveau de l'imaginaire. Malgré son succès, cette approche semble souffrir d'une insuffisance de recherches empiriques.

- Approche sexo-existentielle

Le symptôme sexuel est lu comme une « manière d'être au monde ». La thérapie se centre sur une lecture existentielle du manque dans le désir sexuel.

- Approche sexo-bibliographique

L'utilisation de la bibliothérapie vit actuellement un fort développement. Sans pour autant obtenir des résultats aussi favorables que pour les traitements thérapeutiques avec l'intervention d'un thérapeute, la plupart des études observent une amélioration des dysfonctions sexuelles pour un public ciblé (11). Cependant, à ce jour, un seul outil bibliothérapeutique a été construit spécifiquement pour le traitement du désir sexuel hypoactif ; un second outil est en cours d'élaboration pour l'éjaculation prématurée.

Pour conclure sur les thérapies sexuelles, même si ces approches sont théoriquement différentes, elles ont en réalité toutes des points communs et les sexologues les utilisent de façon combinée.

2. Les dysfonctions sexuelles

2.1. Physiologie sexuelle

2.1.1. Le cycle sexuel

A la fin des années 60, deux chercheurs américains (l'un médecin et l'autre psychologue) ont apporté une contribution majeure à la connaissance de la physiologie des réactions sexuelles de l'homme et de la femme. William Masters et Virginia Johnson ont publié les résultats de leurs observations en laboratoire sur des volontaires hommes et femmes. (4) La relation sexuelle est décrite selon 3 phases, similaires pour les 2 sexes :

- la *phase d'excitation* caractérisée chez l'homme par l'établissement de l'érection et, chez la femme par la lubrification vaginale et la tumescence de la muqueuse vaginale.

- la *phase en plateau* lors de la réalisation de l'acte sexuel où les phénomènes de la phase d'excitation restent stables et aboutissent à l'*orgasme*. Cette sensation de plaisir intense, est typiquement mais non obligatoirement accompagnée dans les deux sexes de contractions périnéales (chez l'homme elles correspondent à l'expulsion saccadée de l'éjaculat).

- la *phase de résolution* où les phénomènes de la phase d'excitation diminuent rapidement. La femme peut avoir plusieurs orgasmes successifs (12), chez l'homme seulement l'orgasme est suivi d'une période réfractaire (très courte chez l'adolescent elle augmente avec l'âge).

Deux autres médecins américains, Helen Kaplan et Harold Lief ajoutent, en 1977, avant la phase d'excitation *une phase du désir*. Elle est occupée par des idées, des fantaisies érotiques et le souhait d'avoir des rapports sexuels. Elle est difficile à définir précisément mais est une composante importante de l'activité sexuelle. (13,14)

2.1.2. Physiologie sexuelle chez l'homme

L'érection est un phénomène vasculaire actif lié à l'engorgement sanguin du tissu érectile pénien. La tumescence du pénis repose sur la relaxation des fibres musculaires lisses de la paroi des artères péniennes et sur la relaxation des fibres musculaires lisses circonscrivant les espaces sinusoïdes (composant les corps caverneux et le corps spongieux). La commande nerveuse parasympathique est pro-érectile, le principal neuromédiateur libéré au niveau des terminaisons est le monoxyde d'azote (NO). Le NO entraîne des réactions en cascade au niveau de la fibre musculaire lisse du corps caverneux aboutissant à la production de Guanosine MonoPhosphate cyclique (GMPc). La GMPc est considérée comme le deuxième neuromédiateur de l'érection. Elle induit la relaxation des fibres musculaires lisses des corps caverneux et donc l'engorgement des corps caverneux et l'érection. Elle est détruite par la phosphodiesterase de type 5 (PDE 5). Les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5) bloquent cette enzyme et remontent donc le niveau de GMPc. (2) L'érection fait suite à une stimulation sexuelle qui peut être centrale (l'érection est dite psychogène) ou périphérique (érection réflexe).

L'éjaculation est une fonction complexe faisant intervenir des événements sécrétoires et musculaires selon une séquence qui nécessite une coordination des composantes du système nerveux. La phase d'émission comprend la sécrétion du liquide séminal par les glandes sexuelles accessoires, la contraction du tractus séminal de l'épididyme à la prostate, assurant le transport des spermatozoïdes, et la fermeture du col vésical. La phase d'expulsion correspond aux contractions rythmiques de la musculature lisse urétrale et de la musculature striée périnéale. (15)

En ce qui concerne les neuromédiateurs centraux, la dopamine a un rôle pro-érectile. La sérotonine est soit facilitatrice ou inhibitrice selon son niveau d'action. La noradrénaline par son action sympathique est anti-érectile (en provoquant la contraction des fibres musculaires lisses trabéculaires du pénis et donc sa détumescence). (15)

D'un point de vue hormonal, la testostérone est l'hormone clé. La plupart des stress physiques ou psychiques semblent inhiber la testostérone. Les androgènes circulants (testostérone biodisponible) diminuent modérément avec l'âge, mais ce déclin hormonal ne joue qu'un rôle modeste dans le vieillissement sexuel. Par ailleurs, chez l'homme, la prolactine n'affecte la sexualité que lorsqu'elle est en excès. (16)

2.1.3. Physiologie sexuelle chez la femme

Chez la femme, la physiologie porte à plus de polémique. Freud appelait d'ailleurs la femme « le continent noir » à cause du peu de connaissances sur la physiologie sexuelle féminine. Des positions féministes ont critiqué la « complexité » majeure attribuée à la sexualité féminine en opposition à la « simplicité » de la sexualité masculine. (17)

L'excitation chez la femme correspond au phénomène de lubrification. Il s'agit d'une transsudation au départ des capillaires dilatés de la muqueuse vaginale et non une sécrétion glandulaire. C'est le même phénomène que l'érection masculine, le clitoris gonfle et durcit par congestion vasculaire. Lors de la phase de plateau, le tiers antéro-inférieur subit une congestion vasculaire intense, les muscles bulbocaverneux se contractent, réduisant le diamètre de l'orifice d'entrée vaginal. On notera que certaines femmes présentent lors de l'orgasme une distension du méat urétral ou un besoin d'uriner. Il est à noter également que la femme n'a pas comme l'homme un point de non-retour. C'est pourquoi, même au moment de l'imminence de l'orgasme, si la stimulation adéquate s'arrête, l'excitation retombe (14). De plus, la source de l'excitation sexuelle féminine semble double : le clitoris et « la prostate féminine » ou glandes para-urétrales ou « point G » (zone entre la face antérieure du vagin et l'urètre, souvent méconnue ou discutée). La femme peut donc aboutir à l'orgasme par stimulation clitoridienne, ou par stimulation de cette zone dans la paroi antérieure du vagin lors de la pénétration vaginale. Un certain nombre de femmes auront du

mal à l'obtenir par pénétration vaginale sans qu'il s'agisse d'un problème pathologique. (12)

Les réponses sexuelles féminines résultent de mécanismes réflexes médullaires. La médiation de ces réflexes passe par des afférences génitales essentiellement issues des nerfs pudendaux, la portion efférente implique une activité complexe somatique, sympathique et parasympathique coordonnée. Les neuromédiateurs et neurotransmetteurs impliqués semblent être le polypeptide intestinal vasoactif (VIP), le monoxyde d'azote (NO) et les médiateurs adrénergiques comme la Noradrénaline. (14)

Les oestrogènes jouent un rôle important dans la régulation de la fonction sexuelle féminine. Elles influent sur la transmission nerveuse, jouent un rôle important dans la lubrification vaginale, et exercent également des effets vasoprotecteurs et vasodilatateurs à l'origine d'une augmentation du flux artériel vaginal, clitoridien et urétral (en prévenant une athérosclérose des artères et des artéioles pelviennes). Les androgènes (testostérone et déhydroépiandrostérone (DHEA)) jouent eux aussi un rôle important dans la sexualité féminine, en particulier dans le désir sexuel. Les aspects motivationnels du comportement sexuel semblent bien corrélés avec le taux de testostérone libre. Les études ont montré un lien entre la fréquence des rapports sexuels par cycle et le pic de testostérone survenant chez la femme en milieu de cycle. (14)

La sexualité féminine est encore très loin d'avoir livré tous ses secrets et même s'il s'éclaircit, le continent féminin est encore bien sombre. Selon Colson, l'orgasme des femmes, qui n'en finit pas de susciter débats et controverses (en particulier au niveau de l'existence du point G) en est une excellente illustration. Les études les plus récentes, utilisant des moyens d'investigations modernes, font apparaître, derrière la classique opposition entre orgasme vaginal et clitoridien, le concept d'une véritable unité anatomofonctionnelle liant clitoris, vulve, vagin, urètre et anus, sous la dépendance d'un même axe neurophysiologique. (18)

2.2. La difficile classification des dysfonctions sexuelles

Un système de classification est basé sur des définitions précises et compréhensibles. C'est une nécessité pour la recherche, la détermination de norme diagnostique et les stratégies thérapeutiques.

Six systèmes de classification existent :

- La CIM-10, la Classification internationale des Maladies (ICD-10 : International Classification of Diseases) utilisée par l'OMS
- Le DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- The National Institute of Health Consensus Conference on Impotence (1992)
- The International Consensus Conference on Women's Sexual Dysfunction (American Foundation for Urologic Diseases (AFUD)) (2000)
- The First and Second International Consultations on Sexual Dysfunctions (2001 et 2004)

Les deux premières classifications, historiques, présentent quatre grandes catégories de dysfonctions sexuelles. Les troubles du désir sexuel, les troubles de l'excitation, les troubles de l'orgasme et les douleurs sexuelles. L'organique et le psychique sont pris en compte mais il est admis que l'on peut les séparer.

La conférence de consensus de 1992 précise la définition de la dysfonction érectile (DE), mais sans prendre en compte le caractère multifactoriel.

La classification de l'AFUD présente pour la première fois une approche holistique des troubles de la sexualité chez la femme.

Les experts sont arrivés à un consensus à Paris en 2004 : « The Second International Consultation on Sexual Dysfunctions » publiée dans la revue *Journal of Sexual Medicine*. La séparation psychique et organique n'est plus retenue, la classification est centrée sur les soins. De plus, est intégrée la notion de sévérité avec rédaction de questionnaires et d'échelles utilisables en pratique clinique et en recherche. (19)

Malgré ces classifications, le développement de la recherche reste inégal chez l'homme et la femme. L'idée d'une approche médicale des troubles sexuels féminins est critiquée par certaines équipes en considérant que la baisse de l'intérêt sexuel ne serait pas forcément pathologique mais serait une réaction adaptée selon la situation relationnelle. Chez l'homme, cette approche médicale des troubles sexuels n'est pas discutée ; la qualité de l'érection constitue forcément un problème quel que soit le contexte relationnel. La DE comme un symptôme sentinelle des maladies cardiovasculaires va encore plus dans ce sens, la DE devient un indicateur de santé (17). Les débats ne font que commencer !

2.3. The Second International Consultations on Sexual Dysfunctions

La classification la plus utilisée en France en est une traduction directe. (19)

- Désir Sexuel Hypoactif (hommes et femmes) / Sexual interest/desire dysfunctions

Diminution (ou absence) persistante ou répétée de fantasmes imaginatives d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle, avec une détresse personnelle et des difficultés interpersonnelles. (20)

- Troubles de l'excitation chez l'homme : la dysfonction érectile / Sexual arousal dysfunctions

La dysfonction érectile est définie comme l'incapacité constante ou récurrente d'atteindre et / ou de maintenir suffisamment l'érection du pénis pour une activité sexuelle. Une durée minimale de 3 mois est précisée pour l'établissement du diagnostic. Dans certains cas de traumatisme ou de chirurgie induisant la DE (par exemple, prostatectomie radicale), le diagnostic peut être donné avant 3 mois.

- Troubles de l'excitation chez la femme / Sexual arousal disorders

L'incapacité persistante ou récurrente à atteindre ou à maintenir une excitation sexuelle suffisante, ce qui cause une détresse personnelle.

Ce trouble peut s'exprimer :

- Soit sous la forme d'une absence d'excitation subjective (Subjective sexual arousal dysfunction). Les signes physiques de la phase d'excitation sont alors présents.

- Soit d'une absence de signes physiques de la phase d'excitation (lubrification, intumescence vaginale). L'excitation sexuelle psychique reste possible (Genital sexual arousal dysfunctions).

- Soit des troubles de l'excitation sexuelle d'origine mixte organique et psychologique (Combined genital and subjective arousal dysfunction).

- Soit, dernière catégorie, une excitation sexuelle non désirée, se produisant en l'absence d'intérêt sexuel et pouvant être responsable d'une sensation désagréable avec une persistance de l'excitation au-delà de l'orgasme (Persistent genital arousal dysfunction).

- Ejaculation prématurée / Premature, Rapid or Early Ejaculation

Trouble persistant ou récurrent de l'éjaculation, caractérisé par une éjaculation pendant ou peu après la pénétration, sans contrôle volontaire possible. L'éjaculation prématurée se définit selon trois critères : latence d'éjaculation brève, perte de contrôle, détresse psychologique. Un temps de latence inférieur ou égal à 2 minutes peut être admis si les deux autres critères sont remplis. Il est important de différencier une éjaculation prématurée avec perte physiologique de l'érection après éjaculation et dysfonction érectile.

- Troubles de l'orgasme chez l'homme / Men's orgasmic dysfunction

- Soit un retard à parvenir à un point culminant et à l'éjaculation pendant l'activité sexuelle (Ejaculation retardée / Delayed ejaculation)

- Soit une absence d'orgasme ou des difficultés à atteindre des sensations orgasmiques ou un retard marqué pour atteindre l'orgasme quel que soit le type de stimulation. (Orgasmic dysfunction)

- Soit une absence d'éjaculation pendant l'orgasme (Anejaculation).

- Soit une éjaculation rétrograde (Retrograde ejaculation).

- Troubles de l'orgasme chez la femme / Women's Orgasmic Disorder

Absence d'orgasme ou difficultés à atteindre des sensations orgasmiques d'intensité moindre ou retard marqué pour atteindre l'orgasme quel que soit le type de stimulation.

- Troubles sexuels avec douleurs chez la femme / Women's sexual pain disorders

- Les dyspareunies sont des troubles douloureux persistants ou récurrents, caractérisés par une douleur d'intromission ou des douleurs profondes lors de la pénétration vaginale.

- Le vaginisme est une difficulté persistante ou récurrente pour la femme de permettre la pénétration vaginale quand elle en exprime le souhait. Il existe une contraction involontaire des muscles pelviens, avec une anticipation, une peur, une expérience de la douleur.

- Autres dysfonctions sexuelles

- L'aversion sexuelle (hommes et femmes) / Sexual aversion disorder est définie comme une anxiété anticipatoire et un évitement de toute activité sexuelle.

- Le priapisme se définit comme une érection non désirée sans lien avec le désir sexuel ou une stimulation sexuelle qui dure plus de 4 heures. Trois différents types de priapisme peuvent être distingués, bien qu'il puisse y avoir un certain chevauchement entre les catégories : à faible débit ou priapisme ischémique; à haut débit et le priapisme récidivant (dans le cadre de maladies hématologiques chroniques comme la drépanocytose ou les hémopathies malignes).

- La maladie de La Peyronie est un trouble acquis. Elle est caractérisée par la formation d'une plaque de tissu fibreux et est accompagnée de douleurs péniennes et d'une déformation de la verge lors de l'érection entraînant une DE.

2.4. Prévalence, Démarche diagnostique et Traitement

L'examen sexologique suit les procédures habituelles de l'examen médical (13) :

- Caractériser la DS avec un discours adapté, préciser le caractère primaire ou secondaire, le caractère situationnel ou généralisé.
- Explorer le contexte sexuel et relationnel du sujet. Une attention particulière doit être portée au partenaire (présence ou absence lors des consultations).
- Faire préciser les antécédents personnels et familiaux (somatiques et psychiatriques), les antécédents obstétricaux chez la femme, le mode de vie, la consommation de toxiques, les traitements et leurs modifications récentes.
- Examen somatique général, gynécologique / urologique.
- L'évaluation psychologique doit être aussi large que possible.

Une prise en charge pluridisciplinaire est parfois nécessaire, faisant intervenir de nombreuses spécialités : psychiatre, gynécologue, urologue, cardiologue, endocrinologue...

2.4.1. Désir Sexuel Hypoactif chez l'homme

Selon la Global Study of Sexual Attitudes and Behaviour (GSSAB) publiée en 2005, qui a étudié un échantillon de plus de 13 000 hommes et plus de 13 000 femmes de 29 pays différents ayant entre 40 et 80 ans, 13% des hommes

souffriraient d'une baisse du désir sexuel pour la zone Europe dont 2% des hommes de manière fréquente. (21)

Le bilan chez l'homme doit suivre un schéma précis qui prend en compte les facteurs suivants :

- les facteurs endocriniens (le déficit androgénique, l'hyperprolactinémie).
- les facteurs toxiques : drogues, alcool, médicaments.
- les facteurs psychiatriques : troubles anxieux et dépression (Environ 75% des patients dépressifs présentent une baisse significative du désir sexuel. D'autre part, la dépression elle-même peut être la conséquence de la baisse du désir. Enfin, les traitements antidépresseurs peuvent affecter le désir sexuel. Il s'agit donc d'un cercle vicieux, dont il est difficile de déterminer les causes et les conséquences, duquel il peut être compliqué de sortir.).
- les facteurs liés au développement psychosexuel.

Le bilan biologique recommandé chez les hommes souffrant de DSH est le dosage de la testostérone totale sérique, la TSH et la prolactine (si la testostéronémie est basse).

Il n'existe aucun traitement pharmacologique spécifique du DSH masculin (hormis les traitements étiologiques). Les prises en charge sont spécialisées et basées sur des psycho-sexothérapies. (20)

2.4.2. Trouble de l'excitation chez l'homme : la dysfonction érectile

Selon la GSSAB, environ 13% des hommes (zone Europe) présentent une dysfonction érectile (DE) dont 5% de manière régulière. (21)

Dans une enquête plus ciblée réalisée en France en 2003, sur 5000 hommes âgés de 18 à 70 ans la prévalence déclarée de le DE est de 25% (44% chez les plus de 45 ans). (30)

La DE est un diagnostic d'interrogatoire. Cet interrogatoire ne doit pas oublier de préciser les traitements et toxiques, de rechercher un syndrome dépressif, un déficit androgénique (désir sexuel, érections matinales ou nocturnes) et les informations concernant la/le/les partenaires.

Un examen clinique (uro-génital, cardiovasculaire, neurologique) est recommandé chez tous les patients (accord professionnel fort) (22).

Le bilan recommandé est essentiellement biologique (accord professionnel fort) (22), avec l'exploration d'une anomalie lipidique et une glycémie à jeun.

La recherche d'un déficit androgénique (testostéronémie) est recommandée si il existe des facteurs de risque ou des signes cliniques évocateurs (diminution du désir sexuel ou de la fréquence et de la qualité des érections nocturnes, troubles de l'éjaculation). Pour certains auteurs, un dosage systématique de la testostéronémie totale après 50 ans pourrait être également proposé (Si le dosage est inférieur à la normale, un contrôle est recommandé en association avec la LH 2 à 4 semaines après). Le dosage de la prolactine est justifié en cas de taux bas de testostéronémie (voire dans la partie inférieure de la normale) et d'orientation clinique ; le dosage de la TSH est réalisé sur point d'appel. Dans un contexte de DE, un dosage du PSA est préconisé de façon systématique chez tous les hommes à partir de 50 ans et à partir de 45 ans en cas d'antécédents familiaux.

Pour le médecin généraliste, aucune autre exploration n'est recommandée en première intention. L'association de 3 facteurs de risque cardiovasculaire et d'une DE impose un bilan cardiovasculaire avec au minimum un électrocardiogramme et au mieux une épreuve d'effort et un doppler des grands axes vasculaires. (22)

Les traitements de la DE (22) :

Une adaptation des thérapeutiques existantes pourrait être discutée, mais la réalité de la responsabilité des médicaments, est difficile à évaluer. De plus la connaissance par le patient des effets secondaires des traitements augmente leur fréquence d'apparition (effet nocebo).

- La Yohimbine, non remboursée, antagoniste sélectif alpha 2 adrénergiques, n'a pas démontré son efficacité dans des études de haut niveau de preuve. Elle n'est pas recommandée, en dehors d'une dysfonction érectile légère d'origine psychologique prédominante ou en dehors d'un choix éclairé (coût des IPDE5, peur irraisonnée de ces molécules).

- Les inhibiteurs de la PDE5, délivrés sur prescription uniquement, non remboursés. Le sildénafil Viagra® (prise à la demande), le tadalafil Cialis® (prise à la demande ou quotidienne) et le vardénafil Lévitra® (prise à la demande) ont des taux d'efficacité entre 65 et 85 %. Il n'existe pas de différence d'efficacité. En conséquence, le choix de la molécule se fait selon la préférence du patient et/ou de son couple. Le traitement est facilitateur, il nécessite au moins 4 essais. L'encadrement de la

prescription est indispensable, car une cause fréquente d'échec du traitement oral est l'absence d'explications. L'objectif est de permettre une bonne adaptabilité à la situation du patient, car il est rappelé que « plus la prescription est rigide, moins l'érection le sera ». La principale contre-indication est la prise de dérivés nitrés ou de donneurs de NO. Les effets secondaires (bouffées vasomotrices, céphalées, sensations vertigineuses, altération de la vision des couleurs, dyspepsie, palpitations, congestion nasale, douleurs dorsales) sont plutôt rares, d'intensité souvent modérée à faible et ils régressent avec l'utilisation.

Chez tous les patients, ayant ou non une pathologie cardio-vasculaire connue, il est recommandé de vérifier l'aptitude à l'exercice physique que représente le rapport sexuel (le patient doit être capable de faire facilement soit la montée de deux étages (un étage pour une partenaire habituelle) soit 20 minutes de marche par jour). Chez un patient actif et asymptomatique à l'occasion d'efforts réguliers, avec moins de 3 facteurs de risque cardiovasculaire, les IPDE5 sont autorisés sans exploration cardiologique préalable. Chez un patient sédentaire et/ou présentant plus de 3 facteurs de risque, un test d'effort doit être envisagé. Une maladie coronarienne stable et équilibrée n'est pas une contre-indication aux IPDE5.

- La PGE1 en intra-urétrale (non remboursée) ou en Injection Intra Caverneuse (remboursée pour les DE neurologiques (d'origine médicale ou post chirurgicale), sur ordonnance de médicament d'exception) nécessite une formation.
- Le Vacuum, système mécanique (non remboursé).
- La chirurgie par implant pénien.
- Le traitement hormonal : l'androgénothérapie est une prescription réservée aux endocrinologues, gynécologues et urologues dans le respect strict des contre-indications.

Le médecin généraliste doit faire face à de nombreuses contraintes dans la prise en charge de la DE (risque d'association médicamenteuse, choix et acceptabilité du traitement, coût du traitement, etc.), mais son action est encadrée par des recommandations.

2.4.3. Ejaculation prématurée

Selon la GSSAB, 20% des hommes en Europe déclareraient présenter ce trouble sexuel dont plus de la moitié de manière régulière (21). L'éjaculation prématurée (EP) est la DS masculine la plus fréquente.

L'étiologie de l'EP est probablement liée à une combinaison de facteurs psychogènes et organiques (hypersensibilité pénienne et plus récemment confirmation d'un facteur génétique (23)). Les échelles d'évaluation proposées par les laboratoires pharmaceutiques ne sont pas recommandées pour la pratique. Si l'EP est associée à une DE ou à une infection génito-urinaire, celles-ci doivent être prises en charge dans un premier temps. Les EP primaires correspondent à une variation physiologique (réflexe d'excitation rapide), elles relèvent d'un traitement pharmacologique associé à une sexothérapie. Les EP acquises, elles, relèvent essentiellement des thérapies sexuelles mais un traitement pharmacologique est possible.

Les traitements médicamenteux disponibles sont les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS) comme la paroxétine, la sertraline ou la fluoxétine (hors AMM) ; et les anesthésiques locaux comme la lidocaïne (24). A noter que la commercialisation d'un IRS de courte durée d'action, la dapoxétine PRILIGY® (seul médicament ayant l'AMM dans l'EP), est prévue au printemps 2013. Son action sur l'augmentation du temps d'éjaculation intravaginale a été montrée sur de grands essais mais son utilisation est à mettre en balance avec les effets secondaires des IRS. (25) Des recommandations, visant à aider le médecin généraliste dans la prescription de la dapoxétine pour les patients souffrant d'EP, sont en cours de rédaction sous l'égide de la FF3S et de l'ADIRS.

Une étude menée sur 5 pays chez des couples hétérosexuels formés depuis plus de 6 mois, montre que le délai d'éjaculation après pénétration vaginale est inférieur à 6 minutes chez 50% des hommes, et est inférieur à 1 minute 1 fois sur 10. La revue *Prescrire* reprend cet article pour discuter de la question des normes. Il est rappelé que quand un patient se plaint d'EP, l'information sur la grande variabilité du délai d'éjaculation aide à relativiser sur « l'anormalité » et évite des propositions thérapeutiques inadaptées. (26,27)

2.4.4. Troubles de l'orgasme chez l'homme

L'incapacité à atteindre l'orgasme est estimée à 12% (zone Europe) selon la GSSSAB (7% de manière fréquente) (21).

La prise en charge du trouble de l'orgasme chez l'homme est différente selon la présentation. La perte de l'éjaculation (et/ou de l'orgasme) peut être liée à l'âge, à une affection médicale, des médicaments (alpha-bloquants, IRS) ou à une affection

chirurgicale (résection prostatique). Pour les hommes en âge de procréer l'anéjaculation renvoie aux questions d'infertilité. Les mesures médicales et la thérapie sexuelle doivent être combinées, la prise en charge spécialisée semble donc s'imposer (24).

2.4.5. Priapisme

Les mesures physiques (douches froides, glace) peuvent être bénéfiques en urgence. La miction est parfois utile. Une prise en charge urologique spécialisée doit être envisagée rapidement. (24)

2.4.6. Maladie de La Peyronie

La prévalence, difficile à évaluer, est estimée entre 0,4 et 3,2% en population générale. Chez les diabétiques et les patients avec DE, elle augmente à 8%. Elle est très probablement sous-évaluée car décrite dans certaines séries autopsiques à 23%. (28)

Le diagnostic est clinique (examen soigneux afin de la différencier de rare cas de tumeur ou de malformation), sans bilan complémentaire nécessaire. Aucun traitement pharmacologique n'est validé. Une intervention chirurgicale est possible pour les cas graves, persistants, stables et avec un retentissement sur la sexualité. (24)

2.4.7. Désir Sexuel Hypoactif chez la femme

Selon la GSSAB, sur la zone Europe, le DSH concernerait 25 à 30% des femmes dont 8% de manière fréquente (21). Selon une autre étude américaine le DSH touche environ 27% des femmes en préménopause et 50% des femmes ménopausées naturellement. (29)

La démarche diagnostique recherche les mêmes facteurs et conduit aux mêmes explorations biologiques que chez l'homme.

Si le DSH est causé par une dépression, une image corporelle négative, des séquelles d'abus sexuels ou d'autres troubles de la personnalité, ces facteurs doivent être abordés prioritairement par les thérapies sexuelles. (10)

Le traitement hormonal substitutif de la ménopause semble avoir un effet sur le DSH, mais l'indication ne peut être posée sur ce seul symptôme au vu des bénéfices-risques. Concernant le traitement par testostérone transdermique dans le DSH, l'indication semble validée pour les origines iatrogènes (ovariectomie,

hypophysectomie) si le bénéfice est mesuré par la patiente. Le traitement ne peut être maintenu plus de 6 mois du fait des doutes persistants sur l'innocuité concernant le risque cardiovasculaire et le cancer du sein. Devant l'absence de données à long terme, aucune recommandation ne valide son utilisation en pratique courante. Le traitement par DHEA est réservé au déficit surrénalien. (30) (31)

2.4.8. Trouble de l'excitation chez la femme

Selon la GSSAB 17% des femmes présentent des troubles de la lubrification vaginale (5% fréquemment). (21)

Pour les troubles liés à une atrophie vulvo-vaginale, une hormonothérapie locale par œstrogène en gel ou ovule est forcément recommandée. Le traitement hormonal substitutif de la ménopause a une efficacité sur la lubrification vaginale et donc sur les troubles de l'excitation. Mais l'indication de THS ne peut être posée sur l'unique présence de dysfonction sexuelle, une discussion bénéfice-risque est essentielle. (32,33)

L'utilisation des inhibiteurs de la phospho-diesterase 5 chez la femme a fait l'objet de quelques études non concluantes et n'est actuellement pas recommandée.

2.4.9. Troubles de l'orgasme chez la femme

Entre 11 et 24% des femmes seraient concernées selon la GSSAB (zone Europe) (21). Devant ce trouble, les thérapies sexuelles doivent être privilégiées (31).

2.4.10. Vaginisme / Dyspareunies

Les troubles sexuels avec douleur touchent 10% des femmes selon la GSSAB (21). Il faut exclure des anomalies physiques. Le vaginisme est le plus souvent un trouble phobique. Les dyspareunies profondes doivent conduire à la réalisation d'une imagerie pelvienne (recherche de kystes ovariens, d'endométriose). Pour les dyspareunies orificielles, une hypothèse s'oriente vers un mécanisme physiologique proche des douleurs neuropathiques et donc vers les traitements de ces douleurs ; mais les essais contrôlés manquent pour valider ces données. Les thérapies sexuelles sont efficaces (31). Une approche pluridisciplinaire est recommandée.

2.5. La iatrogénie sexuelle des médicaments

Le congrès de l'Association Française d'Urologie en 2012 a mis à l'honneur la médecine sexuelle, avec entre autres une discussion sur la iatrogénie. La iatrogénie

sexuelle altère la qualité de vie. De plus, elle est un facteur de non-compliance dans les maladies chroniques.

Il faut différencier un effet secondaire avéré, la survenue de symptômes sexuels liés à la pathologie, et un effet nocebo, quand le patient, par crainte des effets indésirables, induit lui-même des DS.

La DE touche jusqu'à 25% des patients traités par anti-hypertenseur (34). Mais seuls les diurétiques thiazidiques montrent une majoration significative de la DE. La spironolactone altère le désir sexuel, les bêtabloquants non sélectifs ont un effet sur la DE mais pas les bêtabloquants sélectifs, ni les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, ni les inhibiteurs calciques (35). L'effet nocebo est donc fréquent. Les bêta-bloquants sont souvent incriminés. Leur effet nocebo a été prouvé dans une étude avec l'aténolol, après information des effets secondaires sexuels possibles une DE survenait chez 31% des patients alors qu'elle n'était que de 3% sans information préalable (36). Les antagonistes du système rénine angiotensine auraient un effet bénéfique sur la DE mais ceci reste à confirmer (35).

Les alpha1-bloquants peuvent entraîner une anéjaculation réversible à l'arrêt, les inhibiteurs de la 5alpha-réductase des troubles du désir et une DE (34).

Les psychotropes sont également à l'origine de DS. Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine provoquent des DS chez 50% des utilisateurs. Pour les antiépileptiques, la iatrogénie sexuelle est plus importante pour la carbamazépine que pour le lamotrigine. Les antipsychotiques atypiques altèrent moins les fonctions sexuelles que les anciens psychotropes. (35)

Les antalgiques de pallier 3 peuvent induire des troubles du désir et le tramadol peut avoir des effets sur l'éjaculation. (34)

Le dialogue entre le médecin et son patient est essentiel afin d'éviter l'inobservance.

2.6. Prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires

2.6.1. Des symptômes fréquents

Selon une enquête sur la sexualité des français en 2008 (hommes et femmes tous âges confondus ayant eu au moins un rapport sexuel dans les 12 derniers mois), les dysfonctions sexuelles sont des symptômes fréquents (les termes sont ceux utilisés lors de l'enquête) :

- chez les hommes : 16% de « difficultés d'érection », 40% « d'éjaculation précoce », 22% « d'insuffisance du désir »
- chez les femmes : 16% de « rapports douloureux », 36% de « baisse du désir », 36% de « difficultés d'orgasmes » (37).

Pour cette autre étude réalisée en 2001-2002 en France chez 1500 adultes (750 hommes et 750 femmes) de 40 à 80 ans, 81% des hommes et 65% des femmes ont eu des troubles sexuels les 12 derniers mois précédant l'enquête. Les DS rapportées étant l'éjaculation prématurée (16%) et la DE (15%) chez les hommes, et la baisse du désir sexuel (21%) ou de l'intérêt sexuel (18%) chez les femmes. (38)

La prévalence selon les études (médicales, sociologiques) varie, mais les dysfonctions sexuelles, sans être forcément permanentes, sont des symptômes fréquents.

2.6.2. Une prise en charge insuffisante

Dans l'enquête téléphonique française ci-dessus sur la sexualité des adultes de 40 à 80 ans, seulement 10% des hommes et 8% des femmes ont été interrogés par leur médecin traitant sur leurs dysfonctions sexuelles lors des consultations de suivi sur les 3 dernières années (38).

Chez les femmes, seulement 15% des patientes ayant une DS au cours de la période postnatale en discutent avec un professionnel, et pourtant l'accouchement semble avoir un impact durable sur la fonction sexuelle bien au-delà de la période post-partum (39).

En 2009, pas plus d'1 médecin sur 10 recherche une DE chez ses patients chroniques de plus de 40 ans (40). Seuls 22,2% des concernés par la DE consultent et surtout seuls 36,9% des hommes consultant sont traités (41).

2.6.3. Les attentes des patients

Le souhait exprimé par la grande majorité des hommes interrogés témoigne de la place essentielle accordée au médecin généraliste dans la prise en charge de la DE. Le médecin doit avoir un rôle proactif dans l'évocation des troubles de l'érection avec son patient. En effet, nombreux sont les hommes à trouver difficile de parler de ce type de problèmes (63%), la plupart d'entre eux attendent que le médecin fasse le premier pas (41). La DE est une « souffrance encore trop souvent cachée » (tabous religieux et socio-culturels, honte, crainte du jugement, divulgation du problème) (42). Pourtant les patients sont prêts à en parler, dans l'enquête de

2003 sur la DE, seulement 3% des hommes consulteraient dès la première panne, et 91% déclarent qu'il consulteraient si le trouble se répétait (41). Dans une population de patients souffrant d'affections chroniques (diabète et insuffisance respiratoire) et donc ayant un contact régulier avec de nombreux intervenant médicaux, plus de 65 % des patients souhaitent une aide à ce niveau. Et seuls 13 % estiment que la prise en charge par le corps médical est bonne (43).

Plus généralement en ce qui concerne les DS chez l'homme et la femme, la plupart des patients, 70% des femmes et 80% des hommes selon les études anglaises, considèrent qu'il est approprié d'aborder les troubles de la sexualité avec le médecin généraliste (44). Cette étude confirme aussi que 84% des patients considèrent qu'il est approprié de discuter de sexualité avec son médecin traitant et presque la moitié préfère que le praticien initie le sujet (45). Parmi les femmes atteintes de DS qui ne consultent pas, 54% indiquent qu'elles aimeraient néanmoins recevoir une aide (39). Dans la population française, 45,7% des hommes et 37,6% des femmes considèrent qu'un médecin généraliste pourrait les interroger sur les DS lors d'une consultation de routine. (38)

Les patients attendent que le médecin pose lui-même la question de la sexualité. Il faut donc probablement poser la question des DS et laisser l'occasion d'un simple et inconfortable refus à certains patients plutôt que d'occulter des pathologies fréquentes dont l'abord médical est attendu par d'autres.

2.6.4. Les intérêts d'une prise en charge

La mesure de paramètres somatiques, psychologiques et sociaux dans une population (hommes et femmes) chez qui a été diagnostiquée une DS montre que l'état de santé et la qualité de vie sont altérés par rapport au groupe contrôle (46). Dans l'exemple de la DE, l'impact des troubles déborde largement la sphère sexuelle. Plusieurs études confirment que la DE est à l'origine d'une importante souffrance chez l'individu qui en est atteint ainsi que chez la/le partenaire. Cette souffrance tient généralement moins à la perte du plaisir sexuel qu'aux sentiments de dévalorisation, de culpabilité. En résulte chez l'homme un sentiment d'être « impuissant » avec un impact sur son couple (repli sur soi, irritabilité, évitement de l'intimité). Il s'ajoute souvent chez la/le partenaire une remise en cause due à la fréquente confusion entre manque d'érection et manque de désir. Le dépistage de la DE a un intérêt pour

traiter efficacement et améliorer la qualité de vie relationnelle, voire professionnelle (confiance en soi). (42)

Les DS ont une corrélation directe avec l'âge et les pathologies chroniques (hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires, dyslipidémie, diabète, dépression) (41,42). En santé masculine, des études présentées lors du Congrès de L'American Urological Association (AUA) montrent la fréquence croissante du syndrome métabolique chez l'homme avec DE. Il est également prouvé que le syndrome métabolique est un facteur de risque de DE et que la DE précède de 25 mois l'apparition d'une coronaropathie symptomatique chez 70% des hommes évalués avec angor (47). La DE est maintenant reconnue comme marqueur clinique du risque cardiovasculaire (48,49) ; le dépistage permet de corriger les facteurs de risques. La DE est trois fois plus fréquente chez le diabétique que dans la population générale. Elle peut être le premier symptôme témoin de neuropathie ou d'atteinte vasculaire chez le diabétique (50). Dans une étude britannique rétrospective a été défini un taux de détection supplémentaire de maladie inconnue au sein d'une population ayant bénéficié d'une prise en charge de la DE avec prescription d'IPDE5 en comparaison avec une population du même âge non traitée. Ce taux pour 10 000 hommes, était de 45 pour l'hypertension artérielle, 61 pour les dyslipidémies, 38 pour le diabète et 5 pour l'hypogonadisme. (51)

De plus, la connaissance des troubles sexuels est un facteur majeur d'observance thérapeutique dans les maladies chroniques. Voici les conclusions d'un article américain repris dans la revue *Médecine sexuelle* de janvier 2007 ; la plupart des hommes qui arrêtent un traitement au long cours le font car ils présentent des troubles de l'érection (43% de ceux qui arrêtent un traitement antidiabétique, 87% pour les traitements antihypertenseurs et 54% pour les hypolipémiants) (52). Une autre étude confirme que le traitement de la DE avec un IPDE5 induit une amélioration significative de l'observance chez les patients traités au long cours (53).

Une évaluation des DS est donc essentielle de la part du médecin généraliste, elle offre une opportunité de bilan de santé et s'intègre dans une démarche de médecine préventive (54). La question peut être formulée ainsi : « Les patients qui ont votre maladie peuvent avoir des problèmes d'érection, est-ce que c'est votre cas ? »...

2.6.5. Les obstacles

Le point de vue des praticiens dans leur gestion des DS a été évalué par une étude anglaise en soins primaires, le nombre de praticiens interrogés y est modéré (133 réponses sur 218 questionnaires envoyés) mais l'identification des freins à la prise en charge des DS est recherchée par expression libre. Les obstacles avancés sont les suivants :

- Obstacles liés au médecin 22,1% (Manque de formation 13,6% / De principe n'aborde pas de sujet 4,4% / Manque d'expérience dans l'abord 2,9% / Gêne du médecin 1,8%)
- Obstacles liés à la relation médecin-malade 12,9% (Genre différent 7,8% / Sujet sensible 1,6% / Culture différente 1,6% / Embarras du patient par rapport au médecin 1,4% / Age différent 0,5%)
- Obstacles liés au patient 21,4% (Gêne du patient 15,6% / Le patient pense que c'est normal 3,2% / Abord indirect 1,1% / Difficulté d'aborder 0,9% / Ne veulent pas faire perdre son temps au médecin 0,5%)
- Obstacles liés au système de soins 43,6% (Manque de temps 22,8% / Manque de possibilité de prise en charge (traitement, accès psychothérapie...) 10,4% / Manque de liberté de prescription 10% / Tabou sociétal 1,4%). (55)

Les trois raisons principales avancées par les médecins généralistes sont donc le manque de temps, la gêne des patients et le manque de formation.

Les patients ont également des réticences envers la prise en charge des DS et ne consultent pas. Les raisons avancées sont les suivantes (résultats exprimés en % chez les patients, puis chez les patientes) : les DS sont normales avec l'âge (87%, 84%), c'est un motif de consultation non sérieux (72%, 72%), ce n'est pas un problème médical (57%, 56%), l'absence de médecin référent ou le coût (27%, 24%), la relation avec le médecin (trop familier, genre) (22%, 45%), les difficultés du médecin à parler de sexualité (12%, 10%). (38)

Enfin, on ne peut aborder la sexualité sans parler du genre. Il a été observé que les patients suivis pour DE par des médecins de sexe féminin étaient significativement plus susceptibles d'être référés à un autre spécialiste que ceux suivis par les médecins de sexe masculin (40). Cette relation « médecin-patient genrée » a été étudiée de manière qualitative auprès des médecins généralistes anglais. La plupart des interviewés pensent que le patient préfère

s'adresser à un médecin de même genre. Le genre ne semble pas être un problème pour les praticiens qui abordent facilement la sexualité avec leurs patients, pour d'autres c'est un paramètre complexe. Certains médecins se considèrent comme non-qualifiés pour prendre en charge des DS chez des patients de genre opposé. Il est évoqué le risque d'une « sexualisation » de la relation avec des patients de genre opposé. Quel que soit le genre du médecin, l'abord est plus simple avec les femmes (au cours du suivi gynéco-obstétrical) qu'avec les hommes. (56)

Bien que de plus en plus étudiée, la prise en charge des DS en soins primaires reste souvent complexe pour le médecin généraliste et son patient.

3. Les médecins généralistes remplaçants

La place du médecin généraliste remplaçant (MR) s'intègre dans la notion de continuité des soins définie par le Code de Santé Publique (article R.4127-47) « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. (...) S'il (le médecin) se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

3.1. Description des médecins remplaçants

Les MR sont soit Docteur en médecine inscrit au Tableau de l'Ordre des Médecins, soit étudiant en médecine titulaire d'une licence de remplacement (délivrée pour les étudiants de troisième cycle ayant effectué trois semestres d'internat dont un chez un praticien généraliste agréé).

Au 1er janvier 2012, le tableau de l'Ordre recense 10 065 médecins remplaçants (toutes spécialités confondues). Sur les six dernières années, les effectifs ont augmenté de 4,4%. Les médecins remplaçants « actifs » (toutes spécialités confondues) sont âgés en moyenne de 45 ans. Les femmes représentent 55% des effectifs (Figure 1).

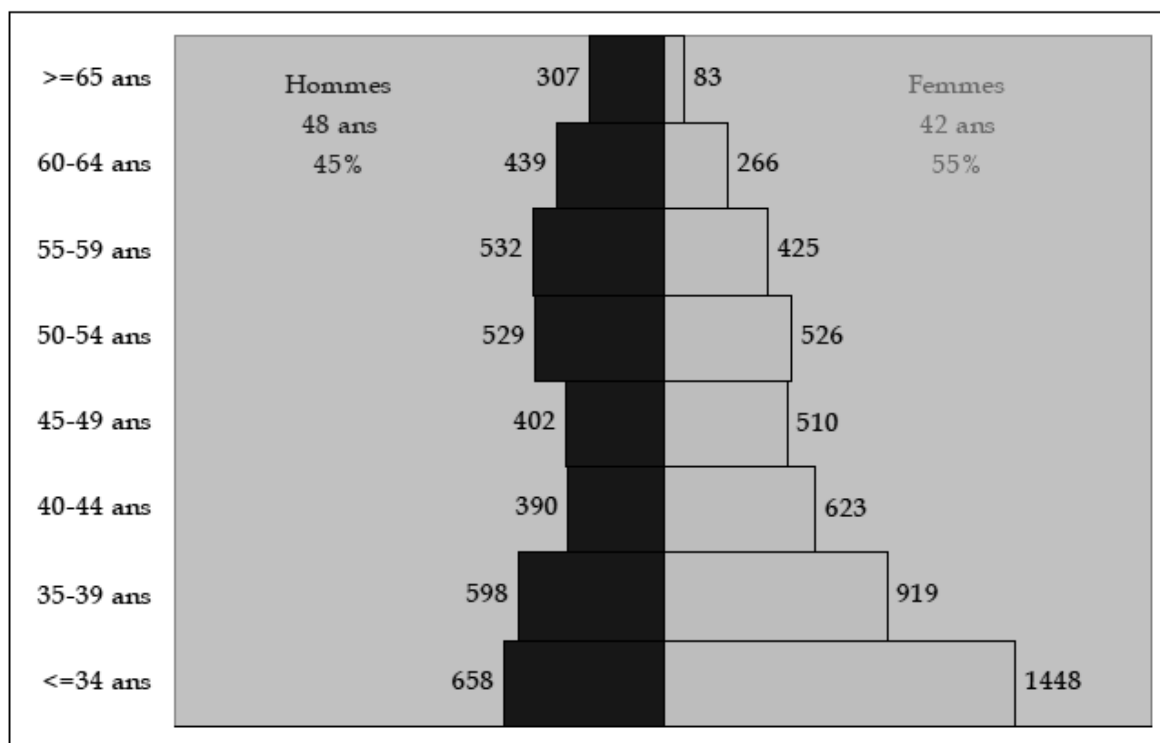


Figure 1 - Pyramide des âges des médecins remplaçants (2012)

Parmi les médecins remplaçants actifs, 69% sont qualifiés en médecine générale (âge moyen 43 ans, 58% de femmes).

Concernant les jeunes médecins généralistes, 40% exercent une activité de remplacement.

75% des médecins remplaçants nouvellement inscrits en 2011 au tableau de l'Ordre ont obtenu leur diplôme la même année. L'obtention de la thèse n'est donc pas une contrainte à l'installation.

Les médecins remplaçants contribuent également au fonctionnement de l'offre de soins de premier recours dans des zones potentiellement en danger. Près d'un sur deux s'installe dans un délai de 4 ans. 90% d'entre eux choisissent de s'installer dans la région où ont été faits leurs remplacements. (57)

Pour information, en France en 2012, 41% des médecins généralistes installés sont des femmes (âge moyen 49 ans) et 59% des hommes (âge moyen 54 ans). Avec une variation des effectifs de -5% par rapport à l'année n-5.

3.2. Motivation au maintien du statut de médecin remplaçant

Longtemps vu comme une période de transition, le remplacement peut être considéré aujourd'hui comme un métier à part entière. En effet, selon le Syndicat

National des Enseignants de Médecine Générale l'âge moyen d'installation en libéral ne cesse de reculer et est bientôt de 40 ans (58).

Le médecin remplaçant se satisfait de cette liberté apparente et met en suspend des contraintes liées à son exercice. Voici de façon non exhaustive les éléments interférant avec son statut (issus de travaux de thèse sur les médecins remplaçants (59)) :

- la gestion du cabinet médical / les charges administratives
- l'aménagement de l'emploi du temps / la vie privée
- les modalités d'exercice et les pratiques professionnelles
- la routine et l'engagement / l'adaptabilité et le changement
- la relation médecin-patient / le suivi
- la communication inter professionnelle (réseau) / la représentation nationale

Cette vision du métier de remplaçant peut être nuancée par une approche plus sociologique du comportement des jeunes médecins généralistes qui se dirigent en partie vers le statut de remplaçant. Les réflexions suivantes sont issues d'une étude de la DREES sur le suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (de 2003 à 2010) intitulé « Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? » (60) : Récemment et difficilement, la médecine générale est parvenue à acquérir un statut dans les facultés ; en 2004 elle devient une spécialité et sa filière universitaire se met en place depuis 2008. Avec l'instauration du stage chez le praticien, les jeunes médecins se considèrent mieux formés que leurs aînés au sortir des études. Néanmoins, ils choisissent une période plus longue de remplacement. La formation universitaire tente d'ancrer les étudiants dans l'exercice d'une spécialité à part entière, le marché de l'emploi est favorable pour les jeunes médecins généralistes mais après la faculté revient le temps des logiques privées. De plus, le devenir libéral expose à la dimension marchande de la médecine avec une opportunité de gain mal corrélée à la qualité du travail. Les contraintes médicales sont vues comme une entrave à la prise en charge médicale. A ce moment de transition qu'est la sortie des études, la médecine générale via le remplacement est parfois vue comme une polyvalence.

3.3. La relation médecin remplaçant - patient

3.3.1. La relation médecin-patient en médecine générale

En médecine générale, la relation médecin-malade regroupe des éléments très disparates : les données biomédicales, les paramètres psychologiques, le rôle de l'environnement familial et social. Plus que le médecin généraliste, c'est l'exercice de la médecine générale qui entraîne des particularités. (61)

Sans pouvoir et sans vouloir être exhaustive, j'ai choisi certaines caractéristiques pouvant être utiles à notre sujet dans l'article cité ci-dessus :

- Le patient choisit son médecin traitant pour des raisons multiples et propres à chaque patient.
- La relation évolue au cours du temps, parfois de la naissance jusqu'à la mort.
- Le médecin généraliste doit faire concilier des recommandations générales de dépistage et de santé publique avec la singularité de chaque patient.
- Derrière son rôle de tri et de priorisation, la prise en charge doit rester globale.
- La patient propose au médecin des symptômes qui ne sont pas toujours les vrais.
- Le médecin ne peut à priori rien récuser comme hors de sa compétence ; après des bilans diagnostiques négatifs et des échecs thérapeutiques, le médecin généraliste doit continuer à soigner.

3.3.2. Particularité de la relation remplaçant-patient

« Toutes les personnes dont la fonction est de soigner établissent, qu'elles le veulent ou non, une relation soignant-soigné. » (61) Le médecin remplaçant et son patient développent une relation avec des spécificités. Les éléments la caractérisant, déclinés ci-dessous, sont extraits d'une thèse qualitative sur la perception de la relation médecin-patient par les médecins généralistes remplaçants (entretiens collectifs) : (59)

Aspects positifs

- Le MR a un regard différent sur le patient, « il ouvre des voies qui n'ont pas été ouvertes ».
- Le manque d'expérience du MR peut être rattrapé par le médecin remplacé.
- Le patient apprécie parfois de trouver des éléments de personnalité différents chez le MR.
- Le patient apprécie de voir un médecin de genre opposé, par rapport à son médecin habituel.

- Le patient exprime au MR son mécontentement sur sa prise en charge par son médecin traitant.
- Le MR relance des réflexions qui n'ont plus été abordées depuis longtemps.
- Le patient ose raconter des choses différentes au MR.

Aspects négatifs

- Le MR ne connaît pas les patients.
- Le patient exprime sa déception d'être pris en charge par le MR.
- Le MR doit prouver qu'il est à compétence égale avec le « médecin traitant tout puissant ».
- Il existe une gêne du MR à faire des diagnostics différents que ceux du médecin traitant.
- Le MR doit garder une pratique personnelle tout en restant confraternel.
- Le MR est frustré de son intervention épisodique.

La relation avec le médecin remplaçant est donc construite à la fois en parallèle et en interdépendance avec celle du médecin remplacé.

Selon une thèse réalisée dans le département du Nord sur la perception du médecin généraliste remplaçant par les patients, 76% des patients consultent le MR sans hésitation, 23% en cas d'urgence. Les raisons pour lesquelles le patient attend le retour de son médecin sont l'absence d'urgence, une meilleure connaissance du dossier médical et des rouages administratifs. Le sexe du remplaçant n'intervient pas pour 96% des interrogés, les 4% correspondant à des patientes suivies par un médecin femme. La moyenne de satisfaction est de 7,5/10. Les patients de cette étude consultent donc facilement le remplaçant et en tire satisfaction (62).

4. Question de recherche

Les dysfonctions sexuelles sont des pathologies fréquentes, avec des présentations très différentes selon le genre et les représentations. Une personne qui ressent une difficulté dans sa santé sexuelle ne l'exprime pas systématiquement à son médecin généraliste.

Seul un patient sur dix est interrogé par son médecin traitant sur ces questions (38). Malgré une relation médecin-malade privilégiée et un suivi au long cours, l'abord des dysfonctions sexuelles reste minoritaire en soins ambulatoires.

La plupart des patients attendent que le médecin fasse le premier pas. Ils sont 58% à préférer aborder le sujet avec le médecin généraliste et 5% avec un médecin

généraliste autre que leur médecin habituel (41), dont les médecins remplaçants font partie.

D'après une thèse sur les attentes des patients concernant les médecins remplaçants, les patients n'utilisent pas tout à fait le remplaçant comme leur médecin traitant. Les patients apprécient de consulter un professionnel neutre qui est jugé plus prudent, avec une pratique systématique, un regard nouveau, une liberté de prescription. Il casse la routine, il donne un second avis et permet de parler de sujets intimes (63).

Mais les praticiens remplaçants, bien souvent débutants sont-ils des interlocuteurs adaptés pour les dysfonctions sexuelles ?

Un article de la revue *Exercer* constate, au travers de la supervision directe et indirecte des internes en médecine générale au cabinet médical, qu'il existe un malaise chez les futurs généralistes dans la prise en charge d'une plainte sexuelle (64).

Quelle est donc la place du médecin remplaçant dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires ?

Comment le médecin remplaçant aborde-t-il ces consultations autour de la santé sexuelle ? Quelles sont ses représentations ? A-t-il un rôle proactif ? Le patient lui exprime-t-il ses symptômes ? Quelles sont ses stratégies ?

METHODE

1. Méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés

1.1. La méthode qualitative

1.1.1. Les types d'études

Il existe de nombreux types d'études : quantitatives, qualitatives, semi-quantitatives, médico-économique, secondaire, d'évaluation de la qualité des soins.

Le choix d'étude est défini selon le champ dans lequel se place la question de recherche :

- l'empirisme basé sur l'expérience
- le positivisme qui teste des hypothèses, mesure des variables quantifiables et cherche à les généraliser
- l'interprétation qui s'intéresse à la construction du sens et du contexte, et qui fait l'hypothèse que la réalité peut être comprise à travers le langage, la conscience et les significations partagées
- le constructivisme qui définit la connaissance comme une élaboration humaine, et non comme le reflet exact de la réalité.

Les études qualitatives ont pour objet d'explorer le sens et la valeur des phénomènes sociaux, de construire une hypothèse et de développer une théorie. Elles sont basées sur l'interprétation et le constructivisme. (65)

1.1.2. Définition de la recherche qualitative

La recherche qualitative est issue des sciences humaines et sociales. Historiquement, les premières études qualitatives sont anthropologiques dans les années 1920. Puis dans les années 1950, le marketing utilise les techniques de recueil. C'est à partir des années 1990 que les chercheurs en santé se sont appropriés ces méthodes. (66)

Elle étudie spécifiquement les représentations, les comportements et les déterminants des acteurs du système de soins. Elle permet également d'explorer l'expérience vécue. Il ne s'agit pas de convertir les opinions en nombre pour les quantifier mais de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions. (65) La recherche qualitative est particulièrement adaptée lorsque les facteurs observés sont

subjectifs, difficiles à mesurer comme par exemple pour les aspects relationnels des soins. La démarche fait alors référence aux modèles culturels et à la culture vécue.

La recherche quantitative est une démarche déductive qui teste des hypothèses sur des relations causales entre des variables mesurables. La recherche qualitative est une démarche inductive qui crée des hypothèses en étudiant les sujets dans leur environnement et en comprenant le contexte. (66)

Voici un exemple récent de l'implantation progressive de la recherche qualitative dans le champ de la santé, y compris au niveau des instances nationales d'évaluation du système de soins. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a mis en place des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC). Dix ans après son adoption, le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) a réalisé un état des lieux qualitatif de la perception et du fonctionnement des CRUQPC afin de compléter les rapports chiffrés (*La Gazette Santé Sociale*, Mars 2012). La recherche qualitative ne s'oppose pas à la recherche quantitative, les modèles sont complémentaires car ils n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance.

La recherche qualitative peut être menée par enquête d'observation (directe ou indirecte) ou par entretiens, ces derniers pouvant être collectifs (focus groups) ou individuels (ouverts, semi-dirigés ou dirigés).

1.1.3. Particularités méthodologiques de la recherche qualitative

C'est une démarche inductive, interprétative. L'hypothèse est générée à partir des faits observés.

L'analyse est concomitante au recueil de données. Un aller-retour permanent entre la conception de l'étude, le recueil et l'analyse des données permet de construire l'hypothèse. La méthodologie peut donc être modifiée en cours d'étude. (65)

1.1.4. La validité des résultats en recherche qualitative

La validité des résultats est augmentée par :

- la standardisation des guides d'entretien
- la triangulation (l'analyse croisée de plusieurs chercheurs et des techniques de recueil de données variées). (65)

1.1.5. Les biais en recherche qualitative

Les avis sur les critères d'évaluation et de « scientificité » de la recherche qualitative sont multiples (66). Les biais ci-dessous sont ceux présentés dans le livre *Initiation à la recherche* de l'Association française des jeunes chercheurs en médecine générale (65).

Les *biais internes* liés aux caractéristiques personnelles du chercheur et des participants (l'âge, le genre, l'expérience, les valeurs, les attitudes). Ils sont difficilement contrôlables mais peuvent être limités en reformulant le discours pour vérifier la bonne compréhension.

Les *biais externes* liés à l'environnement (choix du lieu), à la présence de leaders d'opinion si réalisation de focus groups.

Le *bias d'investigation* lié à la manière dont le chercheur interroge les participants, ce qui peut influencer les réponses.

Le *bias d'interprétation*, lorsque l'analyse n'est effectuée que par un seul chercheur. On peut le limiter par un double codage (deux chercheurs codent indépendamment) et par une triangulation des données (comparaison des résultats avec les résultats issus d'autres études qui utilisent des méthodes de recueil différentes).

Les biais imposent une description la plus exacte de la population étudiée.

1.1.6. La recherche qualitative, une reconnaissance encore fragile

Le *British Medical Journal (BMJ)* est une grande revue médicale internationale généraliste qui publie hebdomadairement des travaux de recherche en soins primaires. Selon la revue *Exercer*, pour publier dans le *BMJ*, il faut en rester aux essais comparatifs randomisés. La recherche qualitative n'est pas plébiscitée par les rédacteurs en chef. La proportion d'études qualitatives publiée est faible.

Voici les raisons avancées : les questions de recherche ne présenteraient que peu d'intérêt pour la prise en charge clinique des patients, la saturation des données serait rarement atteinte et la recherche sur l'éducation des patients n'est pas une priorité pour le *BMJ* (67). Le changement prend du temps...

1.2. L'entretien individuel

Le chercheur questionne directement les sujets.

1.2.1. L'entretien individuel semi-dirigé

« L'entretien est un parcours. Alors que le questionneur avance sur un terrain entièrement balisé, l'interviewer dresse la carte au fur et à mesure de ses déplacements ». L'entretien va à la recherche des questions des acteurs eux-mêmes, il fait appel au point de vue de l'acteur et donne à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité, une place de premier plan. L'enquête par entretien ne peut prendre en charge les questions causales, les « pourquoi », mais fait apparaître les processus et les « comment ». (68)

Le chercheur utilise une grille préétablie de questions ouvertes : le canevas ou guide d'entretien.

L'entretien est enregistré et anonymisé. Il est retranscrit mot à mot, ainsi que les aspects non verbaux et les commentaires notés par l'enquêteur. (65)

1.2.2. L'enquêteur

Il ne s'agit pas seulement de faire décrire mais de faire parler sur.(68)

Il doit avoir une attitude bienveillante, empathique, être patient, non autoritaire et parfois intelligemment critique. Il ne doit pas conseiller, juger, ni discuter avec l'interviewé.

S'il intervient c'est pour dissiper les inquiétudes, encourager l'expression précise et fidèle des pensées et aiguiller le discours sur les points négligés ou oubliés.

Les stratégies d'intervention sont :

- la contradiction, l'interviewer quitte son statut de neutralité pour induire une tendance de l'interviewé à extrémiser ses opinions (comme dans l'entretien journalistique avec les hommes politiques)
- les consignes, pour donner le contexte thématique et structurer le discours produit, les champs de réponse doivent être larges
- les relances :
 - l'écho (répéter ou reformuler le discours),
 - le reflet (répéter avec un préfixe modal « vous pensez que »),
 - la complémentation (préciser la référence par des déductions, des anticipations, des commentaires logiques),
 - l'interprétation (suggérer une attitude non explicite),

- l'interrogation référentielle (demande d'identification supplémentaire de la référence « dans quel cas »),

- l'interrogation modale (demande d'identification de l'attitude « qu'est-ce que vous en pensez »).

Il faut poser les questions une à une :

- laisser parler l'enquêté, l'encourager à développer et à citer des exemples

- respecter d'éventuels « blancs »

- reformuler pour vérifier la bonne compréhension du discours

- rester neutre.

La prise de notes est possible mais ne doit pas faire perdre le fil de l'entretien. (65)

1.2.3. L'échantillonnage

La *taille de l'échantillon* ne doit pas être déterminée par des règles de calcul. Si l'analyse s'effectue au fur et à mesure des entretiens, il existe un moment où le recueil de tout nouvel entretien n'apporte plus aucune donnée nouvelle : on parle de « saturation des données ».

Des facteurs pragmatiques peuvent influencer la taille de l'échantillon, comme le coût ou le temps disponible.

La *qualité de l'échantillon* est fondamentale, sinon la saturation des données peut être faussement atteinte. Il ne faut pas rechercher la représentativité statistique comme dans les études quantitatives. Les stratégies d'échantillonnage les plus connues sont :

- l'échantillonnage en variation maximale, pour mettre en évidence la diversité des perceptions/opinions/comportements, avec l'identification de variables pertinentes et le recrutement de participants dans chaque classe

- l'échantillonnage homogène, qui se focalise sur une population réduite et particulière

- l'échantillonnage en chaîne (ou échantillonnage en boule de neige), où ce sont les premiers participants qui orientent le chercheur vers les futurs participants pertinents.

1.2.4. Le canevas d'entretien

« C'est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour soi) en questions d'enquête (pour les interviewés) ». Il structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours, il doit permettre à l'interviewer d'improviser des relances pertinentes sur les

différents énoncés de l'interviewé au moment où ils sont abordés. Ce qui permet d'obtenir un discours librement formé mais répondant à la question de recherche. (68)

Il reprend la liste des thèmes à aborder avec des sous-questions de relance pour aborder les points importants si l'enquêté ne les développe pas spontanément.

Ce canevas reste souple et l'enquêteur peut s'adapter au cours de l'entretien.

Il peut également être modifié à l'issue de deux ou trois entretiens pilotes (dont les résultats peuvent être intégrés à la recherche).

Concernant l'agencement des questions, la première est une question « brise-glace », par exemple demander à l'interviewé de raconter une consultation.

Il est important de discuter de tâches concrètes, en demandant aux participants « comment ils font » plutôt que « comment il pensent ». (65)

1.2.5. Lieu et matériel

Le contexte de l'entretien a un impact direct sur les résultats (confort, environnement sonore et horaire).

Il faut choisir et tester le matériel audio pour s'assurer de la qualité de l'enregistrement.

1.3. L'analyse des données

Durant l'analyse il faut trouver du sens et répondre aux objectifs de la recherche. Une analyse de contenu doit rendre compte de la totalité du corpus, être fidèle (ce qui est vérifiable par codage multiple) et autosuffisante (sans retour nécessaire au corpus).(68)

La « Grounded theory » ou théorie ancrée est une méthode développée par Glaser et Strauss (1967) dont le propos est de construire la théorie à partir des données recueillies. (66)

L'analyse est basée sur le verbatim retranscrit et sur les notes rédigées pour relever le non-verbal.

Etape 1 : se familiariser avec le verbatim, lire et relire pour s'imprégner du texte et de son sens.

Etape 2 : le codage.

Il faut décontextualiser les résultats en identifiant les mots ou expressions porteurs de sens : unités minimales de sens (UMS). Ces codes doivent tenir compte du contexte (qu'est-ce qui a stimulé cette réponse ?), de la fréquence, de l'ampleur

(comment ce code a-t-il été mentionné ?), de l'intensité (avec quelle force le point de vue a-t-il été exprimé ?), du niveau d'implication dans la réponse (première personne ou troisième personne comme une grande vérité) et des non-dits.

Ces codes doivent être confrontés, regroupés et classés en sous thèmes (occurrences) et grands thèmes (dimensions).

Etape 3 : recontextualiser, en interprétant, en définissant des concepts pour apporter un sens aux codes. Une théorie explicative peut alors être développée.

Après avoir défini les thèmes sur les premiers entretiens, chaque nouvel entretien est positionné sur chacun des thèmes en codant les modalités pertinentes.

Les résultats de l'analyse sont soumis aux participants pour rétroaction.

Mais il faut tenir compte du fait qu'analyser n'est pas résumer mais systématiser en restant « collé » aux données et en intégrant le contexte. (65)

1.4. La rédaction des résultats

Elle doit contenir :

- la description précise et les caractéristiques de la population
- les difficultés liées au recueil de données
- les évènements inattendus ayant motivé la modification du canevas d'entretien et l'analyse
- les citations, qui font fonction d'éléments de « preuve » (68)
- une présentation des occurrences, des dimensions et des codes avec illustration de chaque code par un verbatim. (65)

2. Les raisons du choix méthodologique

2.1. Choix du type d'étude

En médecine générale, les situations cliniques sortent fréquemment du cadre des recommandations et doivent être prises en charge de manière individuelle, en fonction du contexte. Les représentations des patients et des médecins dominent alors la relation médecin-malade. Les représentations sont encore plus complexes dans la relation avec le médecin remplaçant. Plus particulièrement, en ce qui concerne les questions intimes comme les dysfonctions sexuelles.

La recherche qualitative s'intéresse aux déterminants des comportements. En ce sens, elle est un outil adapté à notre sujet : l'étude des représentations et des

pratiques des médecins remplaçants dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles.

2.2. Choix de la population

Nous avons choisi de ne pas interviewer les patients, étant donnée la complexité d'effectuer un recrutement. Les obstacles identifiés étant : le thème de leur santé sexuelle, la disponibilité en temps pour un entretien, les biais internes de la relation enquêteur-enquêté, une difficulté d'analyse.

Le recueil de données a donc été effectué dans une population large de médecins remplaçants (thésés ou non, en remplacement fixe ou occasionnel, en milieu rural ou urbain, avec des durées d'exercice multiples).

2.3. Choix de la technique de recueil

Les entretiens individuels sont plus chronophages mais permettent d'aborder des sujets plus délicats. Dans la revue *Exercer*, pour illustrer la recherche qualitative par entretien individuel, est cité un article anglais sur la perception par les médecins des barrières liées à la différence de sexe entre le patient et le médecin quand il faut aborder la sexualité (66). Pour les sujets intimes, la dynamique de groupe peut être délétère. Par peur de jugement des éléments seront non explicités.

3. Application au sujet

3.1. Echantillonnage de la population

Les médecins généralistes remplaçants (MR) ont été invités à participer aux entretiens via le listing mail 2012 de l'association NorAGJIR (Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants du Nord-Pas-de-Calais). La liste de diffusion est composée de 46 personnes. Quatre médecins ont été recrutés par ce biais sur cinq réponses : 1 homme et 3 femmes (le 5^{ème} médecin, de genre féminin, n'ayant pu être interrogée pour des raisons d'organisation).

Les autres médecins ont été sollicités parmi les remplaçants travaillant régulièrement dans les maisons médicales où j'effectuais moi-même mes remplacements. Deux praticiens ont été recrutés par ce biais.

3.2. Description de l'échantillon

3.2.1. Caractéristiques des médecins remplaçants interrogés

MR1 : Femme, 28 ans, en couple sans enfant, expérience 1 an.

MR2 : Homme, 32 ans, en couple avec enfants, expérience 3 ans ½.

MR3 : Femme, 30 ans, célibataire sans enfant, expérience 1 an ½.

MR4 : Homme, 30 ans, en couple avec enfant, expérience 3 ans.

MR5 : Homme, 30 ans, célibataire sans enfant, expérience 1 an.

MR6 : Femme, 28 ans, célibataire sans enfant, expérience 1 an.

3.2.2. Caractéristiques de l'enquêteur

Femme, 27 ans, en couple sans enfant.

Entretiens réalisés au cours du 5^{ème} semestre (Stage ambulatoire niveau 2), du 6^{ème} semestre et en post internat immédiat (activité de remplacement en médecine générale débutée).

3.3. Conditions pratiques de recueil

3.3.1. Lieu et durée des entretiens

Le lieu de l'entretien a été choisi par les médecins remplaçants interviewés. Une durée d'une heure était réservée pour chaque entretien (E).

E1 : Domicile de MR1 – 27 min.

E2 : Domicile de l'enquêteur – 34 min.

E3 : Domicile de MR3 – 42 min.

E4 : Cabinet médical où exerce MR4 – 35 min.

E5 : Domicile de l'enquêteur – 27 min.

E6 : Domicile de l'enquêteur – 37 min.

3.3.2. Matériel et retranscription

L'enregistrement audio a été réalisé avec QuickTime Player, directement avec le microphone de l'ordinateur portable.

Le discours non verbal n'a pas été recueilli. En tant qu'enquêteur débutant, je n'avais pas les compétences pour ce type d'exercice. De plus, une tierce personne aurait probablement été un frein à l'expression libre des interviewés.

La retranscription a été manuelle. Certaines répétitions non significatives ont été supprimées, les tics de langage (« euh ») ont été allégés, pour permettre une

lecture plus fluide des verbatims. Les répétitions et tics de langage marquant un doute, une hésitation, n'ont pas été modifiés.

3.3.3. Relecture des verbatims

Chaque verbatim et son analyse ont été soumis à relecture par les interviewés, toutes les demandes d'anonymisation du texte, de modification des codes ont été prises en compte. Certaines données ont été précisées secondairement par les MR, sur demande de l'enquêteur ou spontanément à la lecture de l'analyse.

3.4. Le canevas d'entretien

La première partie de l'entretien s'est intéressée à la situation personnelle du MR et à sa formation en sexologie. Ensuite, son approche des sujets intimes en tant que soignant a été évoquée. La notion de santé sexuelle a été reprécisée afin de cadrer le sujet.

Dans un second temps, à partir d'une situation clinique racontée par le MR, l'enquête a porté sur l'abord des dysfonctions sexuelles et les stratégies de prise en charge. La question du genre a été précisée si elle n'avait pas été soulevée spontanément.

Pour terminer, un temps d'expression libre a été laissé à l'interviewé.

Après deux entretiens, le canevas a été réévalué. Aucune modification profonde n'a été nécessaire. L'expression d'une situation clinique a été avancée dans le déroulement de l'entretien. Chaque nouvelle stratégie de prise en charge exprimée par un MR a été soumise au interviewés suivants, si elle n'avait pas été spontanément exprimée.

3.5. Saturation des données

Un nombre d'entretien n'avait pas été prédéfini précisément (pas de limite de coût, pas de limite de temps). Mais au vu de la bibliographie qualitative dans le champ des DS, entre 5 et 10 étaient prévisibles. L'analyse des entretiens a été réalisée au fur et à mesure. Le 5^{ème} entretien a révélé une pratique très différente des quatre précédents. Au 6^{ème} entretien, la saturation des données a été considérée comme atteinte. En effet, le 6^{ème} entretien apporte des nouvelles données en ce qui concerne le soignant, mais dans l'abord des DS et dans les stratégies, il rejoint le 3^{ème} et le 4^{ème} entretien.

3.6. Méthodologie d'analyse

3.6.1. Un codage manuel

Le codage a été réalisé manuellement par l'enquêteur.

Les unités minimales de sens ont été listées chronologiquement dans les analyses en annexes, puis regroupées et classées en thèmes et occurrences au fur et à mesure des entretiens. Le plan et la dénomination des parties et sous parties ont été modifiés régulièrement pour y intégrer les nouveaux codes.

3.6.2. Un double codage

Un double codage a été réalisé pour E1 et E2. Il a été réalisé par le directeur de thèse à l'aide du logiciel Nvivo. Plus de 90% des codes étaient concordants avec le codage manuel pour les deux verbatims.

4. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée en langue française et anglaise via les moteurs de recherche suivants : Google Scholar, Pubmed, EMC (EM-Premium), Sudoc, Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine.

Voici la liste des mots clés utilisés seuls ou associés avec les opérateurs booléens (AND, OR, NOT) :

- Soins Primaires, Médecine générale / Primary (Health) Care, Family Practice.
- Médecin Remplaçant / Medical Student, General practice, Family Physician.
- Santé Sexuelle, Dysfonction Sexuelle / Sexual Health, Sexual Problems, Sexual Dysfunctions. (Exclusion des pathologies tumorales, infectieuses et des abus sexuels.)

Pour la gestion et la rédaction de la bibliographie en référence Vancouver le logiciel Zotero a été utilisé.

RESULTATS

1. Les médecins remplaçants et la santé sexuelle

1.1. Connaissance de la notion de Santé Sexuelle

Pour les médecins remplaçants (MR), la santé sexuelle est une notion vague, voire inconnue.

Elle est définie comme « *la bonne santé, un état de bien être psychologique, physique autour de la sexualité* » E5. La satisfaction individuelle est mise en avant « *Si ça pose problème c'est un problème, si ça ne pose pas de problème ce n'est pas un problème* » E2, « *c'est quelqu'un qui est... on va dire satisfait de sa sexualité. Sachant qu'il n'y a pas de norme* » E6.

1.2. Intérêt pour la sexologie

Pour certains MR un intérêt est porté à cette spécialité « *C'est vrai que la sexologie j'aime bien...* » E1. D'autres la considèrent comme un sujet neutre « *moi je le prends comme des consultations classiques* » E2.

A l'opposé, pour la majorité des MR interrogés, on note une absence d'intérêt pour le sujet « *je n'aime pas ce sujet là et ... je ne suis pas bon* » E4.

1.3. La formation

Spontanément, les MR expriment l'absence de formation sur le sujet « *Ah bah ça va être bref, aucune !* » E1.

Puis ils évoquent les deux heures de formation pendant le DES de médecine générale, qui sont insuffisantes pour tous les MR interrogés « *Juste ce que l'on a eu en cours, c'est à dire pas grand chose* » E2, « *au niveau formation, je trouve que je ne suis plutôt pas formée !* » E6.

« *Mais c'était un enseignement vraiment intéressant* » E2. L'enseignement porte essentiellement sur la dysfonction érectile (DE). La formation à la prise en charge des dysfonctions sexuelles (DS) féminines est quasi inexistante.

La formation sur les DS est parfois prise à la légère « *on s'est surtout bien marré* » E3. « *L'intervenant qui est venu, il était super intéressant c'est pas ça, mais si on avait eu 15 ans (...) c'était pareil !* » E3, le manque de maturité et l'effet groupe sont des raisons avancées.

La théorie aide à simplifier l'abord des DS « *je pense que ça nous a permis de trouver des moyens un peu plus faciles de faire parler les gens* » E3. Le manque de formation pratique accentue la difficulté de la confrontation au corps.

La formation n'est pas garante d'une prise en charge optimale des DS « *Après y'a des situations je sais pas si finalement avoir une formation ça aide ! Oui c'est du bon sens...* » E3.

Un besoin de formation est ressenti au sortir des études. Pour la majorité des MR, aucune formation médicale continue sur le sujet n'a été proposée ou recherchée. « *Mais je ne suis jamais allée chercher la formation...* » E1.

Pour MR5, les connaissances ont été réactualisées par des recherches personnelles, devant un intérêt pour le sujet et devant la demande en consultation.

Au fur et à mesure de l'entretien, un projet de formation est envisagé « *ça pourrait servir, il faudra que je trouve un moyen de me former à ce sujet là.* » E4, « *il faudrait... que je fasse une petite formation rapide sur la prise en charge de la dysfonction érectile* » E6.

Mais ce n'est pas une priorité de formation « *c'est pas ce qu'on a envie de faire le plus vite possible* » E6.

Les MR assument de ne pas approfondir leur pratique dans certains domaines, par manque d'intérêt pour le sujet. « *Ça me va de passer le relais... de la même façon qu'il y a des médecins généralistes hommes qui ne veulent pas faire de suivi gynéco...* » E6.

2. Prise en charge des dysfonctions sexuelles

2.1. Fréquence

Les consultations pour DS sont peu fréquentes au cours des remplacements « *je suis capable de citer le nombre de patients. Il y a peu de situations où je peux citer le nombre de patients...* » E4, « *C'est des sujets de consultation qui sont, fin moi dans mon expérience assez rares* » E2.

La dysfonction sexuelle la plus fréquemment évoquée est la DE.

Les DS féminines sont plus rares en médecine générale, l'une des raisons avancées est le suivi gynécologique indépendant dans le parcours de soins « *Une fois il y a une dame qui m'a dit : « De toute façon pour tout ce qui est gynéco j'ai mon gynéco » » E5, « elles ont plus accès à un « spécialiste », à qui elles pourront en parler et qui ne sera pas leur médecin traitant... » E5.*

Les MR considèrent que les consultations pour DS sont peu fréquentes en médecine générale pour les médecins remplacés et remplaçants.

2.2. Abord par le patient

Quand une DS est abordée par le patient, elle n'est pas explicitement présentée comme dédiée au médecin remplaçant.

En cas d'abord avec le MR, ce dernier demande au patient si le sujet des DS a été abordé avec le médecin remplacé « *Vous en avez déjà parlé ?* » E4.

La DS peut être exprimée par le patient comme motif principal de consultation « *C'était sa demande principale* » E1. Cette demande principale peut concerner un couple ou un patient seul.

Dans la majorité des situations, les DS sont exprimées en deuxième partie de consultation voire en toute fin de consultation « *Assez rarement c'est le sujet principal de la consultation, ça vient plutôt en bout de table* » E2, « *C'était même pas du motif secondaire, mais voire du motif tertiaire, quand ils étaient bien rhabillés* » E3.

L'expression en tant que motif secondaire est soit indépendante soit liée au motif principal. Les DS peuvent être évoquées par le patient dans un contexte de syndrome dépressif. Les patientes abordent les DS via l'examen gynécologique « *Les femmes surtout quand on fait un examen gynéco, il n'y a aucun problème elles viennent quasiment pour ça* » E1, ou par l'expression des problèmes conjugaux.

Le second avis dans la prise en charge d'une DS est rare « *ça m'est peut être arrivé une fois ou deux, qu'on me dise : « On m'a donné ça, ça ne marche pas, est-ce qu'il y a autre chose ? »...Mais comme pour tout traitement et comme toute prise en charge.* » E5, « *elles ont eu un traitement (...) ça marchait pas trop et puis elles m'ont demandé (...) est-ce que il y a autre chose que l'on peut faire pour les sécheresses vaginales* » E1.

Le second avis n'est pas lié au contexte du remplacement. « *Je ne pense pas que c'est parce que j'étais remplaçant que l'on m'a demandé un second avis. C'était juste un patient qui consultait pour dire le traitement ne fonctionne pas bien ! (...) C'était le hasard* » E5.

Si le sujet des DS est abordé avec le remplaçant, il est « *assez souvent* » le premier interlocuteur E2.

Pour un renouvellement de traitement de la DE, le patient s'adresse aussi bien au médecin traitant qu'au MR. La demande arrive en fin de consultation « *Au fait,*

mon ordonnance un peu spéciale, que le docteur me fait de temps en temps, vous avez le droit de me la renouveler quand même que vous êtes remplaçant, ou pas ? » E3. Lors de sa demande de renouvellement, le patient n'est pas demandeur d'une prise en charge plus complète avec le MR « Et je leur donne, j'approfondis pas, parce qu'ils le cherchent pas » E4. Le renouvellement des traitements pour DE est un renouvellement distinct pour certains patients. Les patients ont un parcours de soins indépendant pour la délivrance en pharmacie et « il y a des gens qui en plus de la distinction d'ordonnance font la distinction de médecin » E5.

2.3. Abord par le médecin remplaçant

Les MR considèrent très majoritairement que le patient doit avoir l'initiative de l'abord « Si à un moment il a besoin de la solution il posera la question ! » E4, « Spontanément je vais pas poser la question si les gens n'en parlent pas...! (...) A la limite ça va plutôt être le raisonnement si il y a un problème il va le dire ! » E3.

Le MR a conscience que le patient attend que le médecin aborde le sujet « même si je pense que les patients voient pas les choses sous la même optique » E3.

Parfois, les DS sont abordées indirectement « j'aborde pas le sujet de front (...) est-ce qu'il y a des problèmes avec le traitement ? » E2. La question n'est pas spécifique des DS « je ne suis pas aussi franc dans mes questions » E2.

La plupart des interrogés n'envisagent pas le dépistage des DS « Mais sinon je me vois mal demander à un mec si il bande bien ! » E4.

« Sauf si il me tend des perches » E4, le MR explicite les demandes indirectes des patients « si je vois que ça vient d'eux et que c'est difficile je vais les aider, y'a pas de problème » E3.

Pour d'autres, la question des DS peut être posée au patient asymptomatique « (contexte d'une consultation de renouvellement) ...après si le gars... est bien, autant profiter de la consultation pour le faire. Donc oui c'est du dépistage ! » E5. Le MR doit initier le dépistage des DS « Pour tout ce qui est dépistage là je pense que... on peut... que on a quelque chose à faire et ça c'est beaucoup plus facile peut-être même pour le remplaçant que pour le médecin installé. » E1.

La recherche d'une DE doit alors s'intégrer au reste de l'interrogatoire « je pense qu'à partir d'un certain âge chez les hommes ça doit faire partie de la consultation » E5. Dans ce cas la DE est recherchée via les symptômes urinaires « Et j'ai

compris... que quand je posais une question sur des problèmes urinaires, les gens comprenaient sexuels » E5.

Tendre une perche sur les DS au patient n'est pas délétère pour la relation MR-patient, *« ça avait été assez facile d'aborder le sujet » E5.*

2.4. Les stratégies de prise en charge

2.4.1. Assurer la continuité des soins

Pour tous les MR interrogés, le renouvellement de traitement pour DE est la prise en charge la plus fréquemment évoquée *« Le docteur il m'a donné un truc pour que ça aille avec madame » E4.*

Le dossier informatisé est une aide pour le MR en cas de renouvellement de traitement pour DS *« je regarde un peu l'historique (...) je regarde un peu les antécédents, enfin j'essaie de voir si c'est pas contre indiqué. » E4.*

Le renouvellement d'un traitement pour DE prend du temps au MR car il ne maîtrise pas les règles de prescription.

Le MR renouvelle les traitements pour DS mais ne pousse pas l'interrogatoire *« j'avais fait mon travail de façon systématique comme un automate... » E6.*

2.4.2. La stratégie d'évitement

Le sujet des DS est évité par le MR de façon indirecte *« en général je botte plutôt en touche (...) tu bottes en touche avec une petite biologie et tu dis... « On reverra ça ! » » E4.*

Surtout quand c'est un deuxième motif de consultation.

Le MR utilise sa situation de médecin temporaire pour les prises en charge non maîtrisées *« ça m'a aussi arrangé de faire ça ! (Rires) Comme souvent quand on remplace, quand on est un peu face à une impasse on botte en touche et puis on dit... » E6.*

2.4.3. La prise en charge minute

L'intervention du MR dans le cadre des DS est ponctuelle. Si la situation le permet, une prise en charge elle aussi ponctuelle est privilégiée.

Le temps de consultation est adapté au motif *« En général j'allonge la consultation... il faut mieux prendre à chaud lorsqu'ils sont décidés » E2.*

La prise en charge minute est satisfaisante pour le médecin remplaçant, mais les situations le permettant sont rares et la prise en charge minute est difficile « *On peut pas tout finaliser sur une consultation !* » E3.

2.4.4. La consultation dédiée

L'un des MR propose des consultations dédiées afin de finaliser lui même la prise en charge « *Il y a un souci on l'a identifié, j'aimerais que l'on se revoie pour ce problème là* » E5. La consultation dédiée permet un temps de recherche si le sujet est non maîtrisé. Si le contexte (terrain du patient et durée du remplacement) est favorable, la prise en charge est complète, des consultations de suivi sont proposées.

Les patients sont satisfaits d'une prise en charge par un praticien unique « *Les gens étaient contents que ce soit la même personne qui fasse cette prise en charge* » E5.

2.4.5. La coordination

Le MR se soumet à son obligation de moyen « *Donc il faut essayer de pouvoir les aider, même si tu sais pas comment les aider, voilà t'adresses...* » E4.

Le MR effectue un premier bilan de la situation et réadresse au médecin remplacé. Le patient est adressé vers le médecin remplacé par stratégie d'évitement ou par obligation (fin du remplacement).

Le patient peut également être adressé vers un autre praticien au cours du remplacement :

- Soit devant l'atteinte des limites de ses compétences « *quand c'est hors de mon champs de compétence j'adresse* » E2, « *il faut savoir passer la main* » E3.

- Soit comme stratégie d'évitement « *À la fois c'est les compétences théoriques, et à la fois dans la prise en charge je ne suis pas à l'aise.* » E6.

Selon le MR, les patients ne souhaitent pas toujours être adressés à un autre spécialiste pour la prise en charge des DS « *les gens ne souhaitent pas être vus par quelqu'un d'autre.* » E5.

Si le patient est adressé, le MR ne pratique pas d'examen clinique orienté et prescrit des examens complémentaires pour la consultation spécialisée.

En majorité, le correspondant privilégié est le gynécologue pour les patientes et le sexologue ou l'urologue pour les patients. Une orientation est aussi envisagée selon

le caractère somatique (urologue ou gynécologue) ou psychologique. Le sexologue est alors le correspondant envisagé.

Le MR manque de réseau « *Les sexologues sur le secteur je ne les connais pas* » E1, « *En tant que remplaçant pour avoir des adresses c'est vachement compliqué !* » E3.

Le MR ne connaît pas le coût d'une consultation chez le sexologue « *Faudra que je me rapproche d'elle pour savoir combien ça coûte* » E4. En pratique, le sexologue n'est pas utilisé comme correspondant par le MR.

Une consultation cardiologique est recommandée par le MR pour le bilan avant traitement de la DE sur un terrain à risque cardiovasculaire « *Il était tabagique, il avait 40 ans je lui ai dit d'aller voir un cardiologue quand même pour faire un point* » E1.

2.5. La problématique du suivi

Les praticiens sont confrontés à l'impossibilité d'un suivi dans les conditions d'exercice du remplacement « *Des gens j'en ai vus pour des DS, le problème c'est que je ne les ai pas revus !* » E1. Pour certains praticiens, l'importance portée au suivi de patientèle en tant que MR oriente vers des remplacements fixes.

Le patient est informé que le suivi ultérieur de la DS se fera avec le médecin remplacé « *Je le note dans l'ordinateur (...) Mais il faudra revenir la revoir.* » E1.

Le suivi par le MR n'est pas proposé « *Je ne dis pas au patient quand je reviens* » E1.

Le choix du suivi est laissé au patient « *après fonction des résultats, ils viendront me voir moi ou le médecin remplacé* » E4. Le MR reste à la disposition du patient « *Je trouve que c'est important qu'ils sachent qu'il y a un plan de secours* » E2.

Le patient exprime au MR sa satisfaction sur la prise en charge d'une DS « *il était content parce qu'il était revenu (...) Ah lui était content d'en parler d'ailleurs il me l'a dit* » E2.

Les patients évitent le double suivi MR et médecin remplacé. Un parallèle est fait avec les prises en charge psychologiques « *Pour la plupart le fait d'avoir abordé le sujet et le fait de devoir en parler avec quelqu'un d'autre c'est compliqué* » E3, « *Souvent quand ils sont déjà lancés dans une prise en charge ... ils ont du mal à tout re-raconter.* » E1, « *Le prenez pas mal mais je vais reprendre rendez vous un jour où*

il sera là parce que ce dont j'ai besoin de lui parler il est au courant » E3, « En général, c'est rare qu'on partage pour les dysfonctions sexuelles » E2.

Le patient recherche un suivi avec le même praticien quand une DS a été exprimée *« Il a rappelé très rapidement pour savoir si j'avais les résultats de la prise de sang. Je lui ai dit « non je l'ai pas », il m'a dit « Ah, ça sera encore vous quand...? » » E6.* L'interprétation de cette citation a été corrigée par le MR interrogé qui considère que ce patient cherchait à être rassuré rapidement sur la normalité du bilan biologique, quel que soit l'interlocuteur.

2.6. La transmission de l'information

La continuité des soins par la transmission de l'information dans le dossier médical est évidente pour tous les praticiens interrogés *« Je me vois pas ne pas le noter dans le dossier » E3.*

Certains MR demandent l'accord du patient pour consigner les informations concernant les DS, au minimum le patient est informé *« si vous êtes d'accord je le note dans l'ordinateur pour que le médecin soit au courant... » E1.*

D'autres considèrent que le secret médical doit être partagé pour les DS sans forcément demander l'accord du patient *« ça peut être intéressant pour le médecin que je remplace » E2.*

Le MR peut, dans l'intérêt du patient et dans certaines situations, assumer un secret médical envers le médecin remplacé. *« Si il n'osait pas en parler parce que docteur untel suit toute la famille depuis 30 ans... il peut m'en parler je ne répèterai rien à personne si il veut » E4.*

Le patient accepte le plus souvent la transmission de l'information. Le patient exprime sa DS à un autre praticien que son médecin traitant tout en sachant qu'il sera informé *« je pense que c'est du domaine de l'inconscient le fait qu'ils veuillent m'en parler à moi et le fait...de... ils acceptent implicitement que je le note dans le dossier. Parce que c'est contradictoire finalement ! » E5.*

Parfois, le patient ne souhaite pas la transmission de l'information au médecin remplacé *« ils m'ont dit de ne pas en parler... ils m'ont posé des questions sur le logiciel pour savoir ce que j'ai noté » E4, « Vous marquez pas tout ce que je vous raconte... » E3,* dans ce cas l'information transmise est d'ordre général.

Au contraire, d'autres patients s'assurent de la transmission de l'information « *Mais de toute façon le docteur sera au courant quand il reviendra, je serai pas obligé de tout raconter dès le début ?* » E3.

3. Les facteurs qui influencent la prise en charge

3.1. Société et santé publique

Selon les MR, la société n'est pas neutre avec le sujet des DS « *C'est un sujet un peu tabou* » E1, « *il y a tout une autre dimension, ça touche à quelque chose de particulier, plus qu'une fissure ou des hémorroïdes.* » E4.

Le milieu médical n'est pas épargné « *Voilà et le problème sans méchanceté aucune je pense qu'à la fac comme partout c'est pareil...ça fait sourire mais moins on en parle mieux on se porte !* » « *C'est général en fait ; on n'est pas autrement que les autres parce qu'on sort du milieu médical* » E3, « *je me vois jamais aborder ça en tant qu'homme, jeune, ça peut paraître malsain si tu veux, même si on est toubib* » E4.

Le sujet de la santé sexuelle peut être cocasse « *Faut même des fois se retenir de pas rigoler...* » E3.

Certaines demandes font du médecin un confident « *Des femmes qui n'en pouvaient plus et qui avaient envie de mettre leur mec dehors...* » E3.

Le patient attend parfois du médecin une prise en charge sortant du champ médical « *moi je suis désolé, je ne peux pas faire faire la vaisselle au mari...* » E4.

Certains MR considèrent que l'intrusion du médecin dans la santé sexuelle du patient, quand celui ci n'en exprime pas le besoin, est à la limite du champ médical « *je pourrais toujours me réfugier derrière des trucs en disant voilà on a autre chose à faire, on a déjà bien assez de boulot avec les pathologies « classiques » mais c'est pas ça ! C'est juste que je considère pour l'instant que c'est de l'ordre du privé (...) sauf si on en fait la demande, là effectivement je suis open pour en discuter* » E2.

Les DS sortent du cadre de la santé publique « *on peut considérer au premier abord en tout cas que les DS ça en fait pas partie* » « *on n'a pas été formé à dépister les DS, ou à les mettre (...) dans le cadre de la santé publique !* » E2.

Les praticiens expriment des difficultés pour l'abord des DS, selon la religion, les origines, la famille du patient, même si le patient aborde le sujet.

L'abord de certains sujets est facilité par des campagnes d'information grand public, un parallèle est fait avec « *les antibiotiques c'est pas automatique* » « *Il y a*

quand même des choses sur lesquelles ça a avancé parce qu'il y a eu des campagnes grand public. » E3.

Seule la prise en charge de la DE bénéficie d'une information grand public « mais la campagne est axée DE ! En gros ils ont le droit d'avoir une DE le reste autour on s'en fout ! Si je schématise c'est un peu ça. Mais la patiente qui venait pour dire « je n'arrive pas à suivre son rythme... »...Elle est arrivée comme si elle n'était pas normale ! » E3.

Même avec des campagnes d'information, l'abord des DS reste complexe pour le patient et le soignant « C'est pas pour autant qu'avec moi ils en parlent plus facilement ! » E3.

3.2. Les patients

Le MR considère que le patient est réticent à aborder les DS « Je suis pas sûre que tout le monde apprécierait » E3, qu'il éprouve des difficultés à s'exprimer sur le sujet « On sent qu'ils sont un peu gênés parfois » E4.

Le patient subit le dogme psychologique des DS « il avait été adressé en andrologie (...) Et je l'ai revu après, je lui ai dit « alors c'est bientôt le rendez vous ? » Il m'a dit « Je pense que ça ne sert à rien d'aller chez le psychiatre ! » » E4.

Le MR a conscience que le patient n'exposera pas systématiquement une DS invalidante au médecin « Bah non il ne va pas forcément le dire. Ça on s'en rend compte tard ! » E3.

Le patient attend qu'on lui pose la question des DS « en fin de consultation je lui ai dit : « Mais vous en avez déjà parlé au Dr X que je remplace ? » Et il m'a répondu : « Non, mais bon on ne m'avait jamais posé la question » E5.

Le désir de médicalisation de la sexualité varie d'un patient à l'autre « certains aimeraient qu'on leur pose la question, parce que pour eux c'est tabou d'en parler et que pour eux la sexualité ça ne fait pas partie de la santé. Et il y en a d'autres qui poseront la question parce que pour eux ça fait partie de la santé. » E5.

Le MR aide le patient à passer outre ses réticences « On finit toujours par réussir à désamorcer le truc » « je ne suis pas en train de vous rendre malade mais... ça y est vous l'avez dit, on va peut être travailler dessus » E3.

L'abord des DS par le MR est accepté par les patients « Jamais personne ne s'est braqué, jamais. » E5, « Globalement quand on aborde le sujet...ils se disent...tiens je vais pouvoir en parler, il y a quelque chose que j'avais envie de dire

» « *Non, globalement j'ai jamais eu de mauvais retour de patient qui me disait j'ai pas envie d'en parler...* » E1.

Pour le MR, le patient ne s'attend pas à un dépistage des DS « *il ne va pas se demander pourquoi je ne lui demande pas si il bande* » E4.

Le patient peut être déconcerté par l'interrogatoire « *policier* » d'un MR « *Il y a des gens qui disent « et pourquoi vous voulez savoir tout ça ? » » E6, les patients ne s'attendent pas à un nouvel interrogatoire, leur dossier médical étant informatisé « les gens... disent « bah c'est marqué dans mon dossier ! » » E6.*

Quand le patient exprime le besoin d'une prise en charge, le statut du médecin n'influe pas « *Ils m'ont dit, c'est aussi bien que ce soit vous, c'est pareil, ça change rien...* » E4, « *vous êtes médecin c'est bon on peut en parler* » E1.

Le patient s'excuse envers le médecin avec lequel il choisit l'abord d'une DS « *j'ai un monsieur qui m'avait dit « Oui, je suis désolé de vous infliger ça au début de la journée. » » E6.*

Le patient utilise le MR pour se rassurer sur un symptôme sexuel « *c'est dans le sens « Est-ce qu'il faut y faire quelque chose ? » »*. Un parallèle fait avec la dermatologie « *« docteur j'ai ce bouton qu'est-ce que vous en pensez ? » et alors là on leur dit soit faut aller voir le dermato soit (...) ça risque rien ça va pas bouger et ils sont contents ils sortent ils sont rassurés ils en parleront plus jamais » « ... et ils savent qu'il n'auront plus à aborder le sujet... et donc du coup sous-entendu plus aborder le sujet avec leur médecin officiel » E2.*

Le patient a besoin d'un temps d'expression puis d'un temps de prise en charge des DS « *Parce que des fois ils l'ont dit et puis derrière ils sont complètement hermétiques à tout ce qu'on leur raconte parce que c'est fou ça y est c'est sorti ! » E3.*

3.3. Les soignants

Certains médecins interrogés n'éprouvent pas de difficultés pour la prise en charge des DS « *En tant que soignant en discuter avec les gens moi je sais que ça ne me gêne pas du tout ! » E1.* Ils ont conscience que le sujet est compliqué pour d'autres « *Y'en a beaucoup que ça gêne » E1.*

« *C'est quelque chose qui me gêne en fait. Je ne suis pas à l'aise voilà honnêtement* » E6, « *Ce serait un peu... réducteur de dire facile, parce que ça l'est pas ! » E3, « C'est un sujet un peu tabou et pas tabou que pour les patients mais pour moi en tout cas » E4.* Les praticiens exprimant ces difficultés ont conscience qu'elles n'existent

pas pour l'ensemble de leurs confrères « *je ne suis pas très à l'aise... J'en ai parlé... avec une amie, une autre remplaçante, qui me dit qu'elle au contraire elle était vraiment très très à l'aise* » E6.

Pour le soignant, les DS sont plus qu'un sujet touchant à l'intimité « *Tu peux essayer de dédramatiser en plaisantant sur des hémorroïdes avec le patient où tu sais que ça peut passer et que ça peut aider. Sur... sur la sexualité je me vois pas facilement le faire, et ça vient de moi !* » E4.

Certains l'évoquent comme leur responsabilité, pour d'autres c'est une adaptation à la « *pudeur* » du patient, « *moi ce qui me dérange c'est pas le sujet, c'est la manière dont c'est pris par le patient* » (...) « *C'est pas un sujet qui pose de souci pour moi, à partir du moment où c'est abordé par le patient* » E2.

Le MR a des réticences à aborder une DS avec un patient dont les représentations sont supposées différentes de ses propres représentations « *je ne sais pas comment dire... après c'est une représentation que j'avais... du coup, qu'il avait une image de la femme un peu réductrice, voilà 'fin je ne sais pas comment (...)* Voilà j'ai eu cette impression là et du coup j'ai pas eu envie d'entendre... » E6.

La confrontation à l'intimité du corps participe au malaise du MR « *Je trouve que quand même toujours quand il y a la nécessité d'examiner sur le plan soit gynéco soit appareil génital masculin* » (...) « *Dès que ça touche à l'intimité, voilà je sens que la consultation va être plus compliquée...* » E6.

Le patient est témoin de la gêne du praticien « *Je pense que ça se ressent. Je pense que je suis rouge pendant la consultation* » E6.

Certains praticiens regrettent un manque de formation pratique « *Donc c'est la formation qui t'a manqué pour gérer ce genre de situations ? Oui, peut être, peut être un peu la pratique, oui c'est ça !* » E6. Pour d'autres, la levée du tabou sur l'intimité du corps lors des stages, en urologie par exemple, permet un abord plus spontané de la sexualité ultérieurement « *Le fait d'aborder des problèmes urologiques avec les patients, ça a fait tomber un tabou et j'en parle très facilement depuis que je suis passé dans ce stage* » E5.

L'intimité du patient au cours des études est banalisée « *A l'hôpital on passe devant les gens à moitié à poil à la fin on ne les regarde même plus...* » (...) « *Je dis pas qu'on les considère plus comme être humain c'est pas ce que je suis en train de dire, mais...* » E3.

Son statut de professionnel de santé ne lui permet pas de passer outre le tabou « *En mettant ça sous couvert médical... je pourrais partir du principe que je peux parler de tout, que les gens seront pas choqués. Et en fait c'est encore pire je trouve... je ne sais pas comment poser la question dans une consultation même pour un renouvellement... je me dis « mais ils vont me prendre pour une folle ! » » E3.*

La gêne du MR, induite par le sujet des DS, met à l'épreuve son professionnalisme « *Le sujet faisait que du coup je ne pense pas avoir été aussi professionnelle que j'aurais pu l'être dans d'autres situations. » E6.* Sa capacité à réagir devant une situation nouvelle, devant des traitements non maîtrisés et la qualité de sa démarche diagnostic sont altérés « *J'étais un peu prise au dépourvu parce que je n'avais pas d'automatisme » E6.* « *Ou alors je me dis « bon voilà on va dire que c'est pas ça ! » » E6.*

Le médecin connaît la iatrogénie sexuelle des traitements, mais le patient n'est pas informé « *On ne les prévient pas, c'est aussi notre rôle de dire « il y a une période, le temps d'adapter le traitement, où... » » E3.*

Le MR assume son statut professionnel « *En même temps ça fait partie de notre travail ! » E6,* « *quand ils viennent en parler c'est qu'ils ont besoin d'en parler. Il n'y a pas de tabou à partir de là. » E4.*

3.4. La formation

Le sujet est évité par le MR par manque de connaissance et de formation « *Même ceux qui m'ont demandé à moi en particulier, comme c'est un sujet que je ne connais pas, bah je l'évite » « je n'ai pas eu une formation solide, je ne vais pas avoir (...) une réponse adaptée », « On n'aime pas les patients chez qui on ne sait pas résoudre les problèmes. Si il vient avec une angine (...) C'est carré, c'est très bien ! » « Tu préfères aller sur des terrains que tu connais ? Oui, ça c'est les vraies raisons » E4.*

Le manque de formation n'est pas forcément invalidant car les demandes de consultations sont rares et relèvent du bon sens « *Pour les situations auxquelles j'ai été confrontée pour le moment non, la formation ça va à peu près » E3.*

Le MR a étudié le risque de DS chez les patients avec des pathologies chroniques. Le MR n'a pas d'automatismes pour le dépistage des DS chez les patients chroniques à risque « *Je dirai qu'on est formé parce qu'on... sait... euh... je*

crois qu'on n'est pas formaté à ça ! ... au bout d'un moment on a un fonctionnement un peu binaire, j'ai mon patient diabétique devant moi je vérifie sa glyquée (...) je vérifie son carnet de glycémie... par contre après est-ce qu'il a des problèmes de dysfonction érectile, puff ! » E3, « Ce serait plus automatique si dans la formation c'était plus systématique ...c'est vrai qu'on dit « chez les patients diabétiques c'est important de rechercher la DE ». Mais euh enfin moi dans la consultation du diabétique... c'est vrai que je ne demande pas... » E6.

Le MR effectue des actes de prévention et de dépistage (la vaccination, les cancers, les IST) « *Quasi systématiquement... c'est stupide mais on a été formé à ça ! » E2.*

Des questions intimes sont posées aux patients par automatisme dans certaines pathologies « *Et c'est vrai ... quand on y pense quand on recherche... pour les lombosciatiques pour vérifier si il n'y a pas de syndrome de la queue de cheval ou de signes de gravité, on demande si il n'y a pas de troubles sphinctériens. La question « vous ne perdez pas vos urines, vous sentez bien quand vous allez aux toilettes ? », je ne vais pas plus loin ! » E6.*

Le MR n'est pas formaté au dépistage des DS « *c'est pas du tout le même mécanisme automatique » E3.*

Le dépistage des DS proposé par le MR n'est pas exhaustif « *Un homme de 50 ans qui fume, moi jamais j'ai posé la question « est-ce que vous avez des problèmes érectiles ? » Jamais (...) Les dames qui sont ménopausées par contre je peux plus facilement leur poser les questions « est-ce que vous avez des problèmes de sécheresse vaginale, des douleurs pendant les rapports... » » E1.*

Pour l'un des MR, le manque de formation initiale pour la prise en charge des DS a été comblé par une formation personnelle « *J'ai recherché moi même dans la bibliographie certains articles pour approfondir un peu les choses. » E5.*

3.5. L'âge et l'expérience du médecin remplaçant

L'abord des DS est compliqué par le statut de MR « *C'est plus compliqué pas en tant que soignant mais en tant que remplaçant ! » E1.*

Il est difficile pour un jeune médecin de prendre en charge des DS « *Vous êtes toute jeune », « Avouer une DE à une jeune femme, plus jeune qu'eux en général donc ça c'est vrai que c'est plus difficile » E1, « En plus le problème c'est que une fois sur deux on me demande l'âge que j'ai » E3, « Pourquoi je me vois mal*

faire ça, parce que ! Plus parce que je suis jeune que parce que je suis remplaçant. Plus pour ça. » E4.

Certains praticiens développent au cours des remplacements une expérience dans la prise en charge des DS. Globalement les MR ont peu d'expérience, mais cette inexpérience est assumée. *« Forcément de... de part l'expérience professionnelle, j'ai moins d'expérience qu'un médecin qui a 50 ans, c'est quand même... c'est quand même normal ! » E1.*

La composante négative de l'inexpérience prêtée au remplaçant n'est pas appropriée pour le MR *« J'ai l'impression que je propose des démarches adaptées »* *« Je ne pars pas du principe : je suis un remplaçant donc je suis un sous médecin » E2.*

3.6. La relation médecin remplacé-patient

Le patient exprime au MR sa préférence pour aborder les sujet intimes avec son médecin traitant *« je voudrais vous parler de quelque chose mais c'est pas le docteur ! », « C'est vraiment personnel je vais attendre qu'il revienne » E3.* L'explication avancée est une relation médecin remplacé-patient forte *« je dirai que c'est parce qu'ils ont des relations avec leur médecin traitant qui sont dans certains cas limite fusionnelles » E3.*

Une prise en charge détachée du médecin habituel est un frein à l'abord des DS avec le MR *« C'est vrai que ça les chiffonne un peu quand c'est le remplaçant car derrière il faudra réexpliquer... » E3.*

Quand une relation MR-patient s'installe ou quand une relation médecin remplacé-patient est en difficulté, le patient aborde le sujet avec le MR *« Parfois c'est vrai que tu te rends compte que... que ça passe bien avec tel ou tel patient, ou parce qu'avec le médecin remplacé ça passe plus donc ils n'osent pas en parler » E4.*

La relation médecin remplacé-patient ancienne peut être un obstacle. Un parallèle est fait avec les vaccinations *« Au bout d'un moment le médecin souvent il oublie de poser la question des vaccins, il oublie d'en reparler parce que bah il oublie la notion du temps, ça fait tellement longtemps qu'il les connaît il sait plus... » E1.*

Les patients jeunes apprécient l'abord de la sexualité avec le MR *« Alors les jeunes je pense qu'ils sont très contents... parce que surtout le fait d'être jeune moi aussi... et que c'est pas le médecin de famille qui les connaît depuis qu'ils ont 10 ans, c'est beaucoup plus facile... pour eux... » E1.*

Le patient exprime une DS au remplaçant quand il existe une crainte de jugement par le médecin traitant « *j'en profite que vous soyez remplaçant parce que le docteur il se moquerait de moi* » E2.

Le médecin remplacé a conscience de la position particulière du MR pour aborder les DS « *Le médecin que je remplaçais m'avait dit : « Avant de partir en vacances je demande au laboratoire des échantillons de Cialis et de Viagra, il y en a dans le tiroir, pour moi c'est difficile d'en parler avec les gens, de temps en temps j'en donne ou j'en prescris, il y en a là et puis fais en ce que tu veux ! » (...) Il est parti 15 jours, je l'ai remplacé 15 jours, et effectivement j'ai eu des gens* » E5.

Le MR est une alternative au médecin remplacé pour le patient « *il y en a certainement qui profitent que ce ne soit pas le médecin traitant* » E4.

3.7. La relation médecin remplaçant-patient

« *Quand tu es remplaçant, tu as rarement le temps d'être complètement à l'aise avec les gens* » E1. L'abord des DS nécessite la construction d'une relation médecin-patient « *Tu en parles quand tu connais bien les gens* » E1.

La difficulté d'abord est renforcée par le premier contact avec le patient. « *D'autant plus quand on est médecin remplaçant je trouve que... euh... fin c'est toujours quand on ne connaît pas les gens, de toujours redemander « vous êtes en couple, vous êtes mariés, vous avez des enfants ? ».* Il y a quand même des gens qui ont une histoire un peu difficile » « *c'est compliqué au cours d'un remplacement parce que tu n'as pas accès à tout !* » E6.

Une connaissance du mode de vie du patient facilite l'abord des DS « *c'est tellement des choses plus faciles quand on connaît les gens, quand on n'a pas le besoin de poser ces questions là et que ça vient naturellement...* » E6.

Pour d'autres, l'abord des DS est facilité par une relation médecin-patient nouvelle « *La première fois que je vois le patient je ne trouve pas ça compliqué !* », « *j'ai l'impression que si ce tabou n'est pas franchi dès la première consultation on a du mal après ! (...)* Plus on connaît les gens, moins on peut aller dans ce sens là » E5.

La relation qui se construit complexifie l'abord des DS « *c'est la relation de bonne entente entre deux personnes. Et euh le fait de bien s'entendre avec quelqu'un, j'ai l'impression que ça gêne l'abord des choses intimes.* » E5.

La prise en charge est adaptée quand le patient est en difficulté dans la relation avec le MR « *mais tu te rends compte que c'est pas parce que c'est toi et qu'ils en parleront à l'autre, tu leur dis de revenir voir le médecin remplacé !* » E4.

Le MR utilise sa situation de médecin ponctuel pour éviter l'abord des DS « *et après l'autre raison c'est que je me dis : « bah de toute façon je suis que le remplaçant, ils en reparleront »* » E4.

Le MR est un praticien comme les autres, en dehors de la relation médecin-patient « *je suis un médecin comme le médecin remplacé... sauf que la plupart du temps c'est pas moi* » E2.

Le regard nouveau sur le dossier médical facilite le dépistage pour le MR « *C'est plus facile quand on connaît pas, allez hop on va... vous en êtes où de vos vaccinations, vos dernières prises de sang c'était quand, ah bah tiens maintenant on propose le dépistage des maladies sexuellement transmissibles, est-ce que vous l'avez déjà fait ?* » E1.

L'intervention ponctuelle du MR, est une garantie de confidentialité pour le patient « *ils ont l'impression... qu'ils ne me verront plus donc euh... que je ne répèterai pas à leur bon docteur les problèmes sexuels qu'ils ont...* » E5.

3.8. Le genre

Selon les MR, en cas de DS, les patientes consultent principalement un médecin remplaçant femme (MRf) et les patients homme un médecin remplaçant homme (MRh).

3.8.1. Les médecins remplaçants de genre féminin

Pour les MRf, une influence du genre dans l'abord est identifiée. « *C'est peut être plus facile avec les femmes qu'avec les hommes* » E1. D'autres MRf ont une expérience de prise en charge de DS surtout avec des patients hommes et n'ont pas de demande par les patientes.

Pour les patients hommes, l'examen clinique est difficile avec les MRf « *Quand il a fallu lui demander de se déshabiller c'était d'un compliqué !* » « *Fin ne serait-ce que déjà pour les examiner quand ils toussent ... Déjà ça, ils sont vite gênés.* » E3.

Le MRf est gênée par l'examen génital chez les patients hommes.

La gêne pour prendre en charge des patients hommes est accentuée quand le patient et le MRf ont un âge proche « *je suis encore assez gênée pour prendre en charge des gens qui ont mon âge, des hommes qui ont mon âge...* » E6.

Pour les MRf, le genre identique du médecin et du patient facilite l'abord « *J'ai effectivement l'impression que les médecins hommes ont moins de difficultés à aborder le sujet avec les hommes !!* » E3, « *Ah faut que je vous demande un truc, je vous le demande parce que entre femmes on se comprend* » E3.

A l'inverse, le genre opposé du patient complique l'abord pour les MRf « *Avec les hommes, j'attends qu'ils m'en parlent, c'est vrai qu'en général j'aborde pas...* » E1, « *Avouer une DE à une jeune femme (...) ça c'est vrai que c'est plus difficile* » E1.

Les patients hommes recherchent parfois l'abord d'une DS avec un médecin de genre opposé plus qu'avec un MR « *lui, il m'en a parlé parce que j'étais une fille !* » E6, « *Ah bah tiens comme vous êtes une femme je vais vous parler de tout ça (consultation avec un patient de genre masculin)* » E6.

La priorité du genre sur la fonction est explicitée au MRf, par des patientes ou des patients.

3.8.2. Les médecins remplaçants de genre masculin

Pour certains MRh, la difficulté dans l'abord du sujet des DS n'est pas liée au genre du patient, le regard neutre du MR dans la relation médecin-patient a plus d'influence.

Les patientes abordent moins les DS, avec les MRh « *moi je pense que je suis moins disposé et puis elles doivent le sentir, fin c'est ...on laisse transpirer des choses et elles doivent le comprendre implicitement.* » E5, « *il n'y a pas de femmes qui m'ont parlé de sexe ! Je vais tout de suite préciser jamais !* » E4.

Pour d'autres, autant de patients que de patientes abordent les DS avec les MRh.

Pour le MRh, l'abord est moins spontané avec les patientes, mais pas plus difficile « *c'est ma vision d'homme qui fait que euh... je ne pense pas forcément à en parler avec les femmes. Mais ce n'est pas parce que c'est le sexe opposé qui fait que je ne pense pas à poser à question...* » E5.

3.8.3. Le genre du médecin remplacé

Les MRh signalent que les médecins femmes recherchent parfois exclusivement des remplaçantes « *D'ailleurs on peut remarquer que sur certaines*

annonces du Conseil de l'Ordre les femmes réclament des remplaçantes et pas de remplaçant des fois. » E2.

Remplacer un médecin du même genre n'a pas d'impact sur la fréquence des consultations pour DS. *« Etre une femme remplacer une femme et bien ça change rien ! » E1.* Les MRh partagent cette observation.

Pour un MRf, remplacer un médecin homme influe sur les consultations *« Quand je remplace des hommes médecins... des femmes qui viennent pour des problèmes gynéco ça c'est hyper hyper fréquent, ça arrive à tout le monde je pense. » E1.* L'abord des DS par le patient (patientes et patients) semble plus fréquent pour un MRf quand elle remplace un homme *« C'est quand j'ai remplacé des médecins de genre opposé que j'ai eu à prendre en charge... » E6.*

Les patientes apprécient d'avoir à disposition un médecin de genre opposé à leur médecin homme habituel *« ça arrive à intervalle régulier qu'elles me disent vous devriez rester là parce qu'on aurait une femme qu'on pourrait aller voir » E3.*

« Une fille qui arrive, les patientes sont ravies, les patients c'est beaucoup plus compliqué, surtout quand on arrive dans ces domaines là... » E3, les patients hommes sont gênés avec le MRf, quand ils ont un médecin traitant de genre masculin *« Je vais aller voir un homme ça va aller... et pas de bol c'est une femme » E1.*

Le genre du médecin remplaçant influence moins les patientes qui ont un médecin de genre masculin *« Elles n'ont pas le besoin de voir une femme, elles aiment bien de temps en temps mais sans réel besoin, elles ont choisi un médecin homme et c'est qu'elles partaient du principe que ça ne posait pas de problème pour tous les sujets... » E3.*

Si les patients ont décidé d'initier l'abord, le genre n'influence pas *« Je ne savais pas que ce serait une femme mais tant pis, vous êtes médecin quand même » E1.*

Si le MR est du même genre que le remplacé, le patient peut privilégier le MR pour la prise en charge des DS. A l'opposé, la fonction de remplaçant peut être un critère secondaire par rapport au genre du médecin *« l'avis d'un médecin de genre opposé plutôt que l'avis du remplaçant... » E6.*

3.9. La disponibilité

Le manque de temps en consultation est une difficulté supplémentaire à l'abord des DS pour les MR. C'est une raison secondaire « *Après je pourrais toujours me réfugier derrière des trucs en disant voilà on a autre chose à faire, on a déjà bien assez de boulot avec les pathologies « classiques » mais c'est pas ça !* » E2.

L'abord de la DS en tant que deuxième motif de consultation renforce la difficulté « *Voilà ma consultation était terminée...et puis le sujet faisait que du coup je ne pense pas avoir été aussi professionnelle que j'aurais pu l'être dans d'autres situations.* » E6.

Le temps disponible (une consultation) limite la prise en charge complète des DS par le MR « *En 15 min c'est un peu difficile* » E1.

4. Les interrogations des médecins remplaçants

Les raisons de l'abord du sujet avec le MR reste floues « *Non je sais pas pourquoi il me l'a demandé, je suis pas particulièrement sympa et agréable* » E4.

Une expérience plus avancée n'est pas garante d'un abord plus facile des DS « *je dis pas qu'avec l'âge et l'expérience ce sera pas plus facile dans 10 ans, ça j'en sais rien !* » E3, « *avec plus d'expérience, peut-être que ce serait différent et que je m'y intéresserais* » Analyse E6.

Le fait d'exercer dans le cadre d'un remplacement n'influence pas le comportement du médecin dans le cadre des DS « *ma démarche serait la même si j'étais installé en cabinet en fait* », « *Je ne suis pas convaincu que le fait que je sois remplaçant ça change grand chose* » E2.

Le type de relation médecin-patient propice à l'abord des DS reste une interrogation « *Je sais pas si il faut une relation de confiance ou si il faut avoir un œil neuf !* », « *est-ce que... tiens, si moi j'avais une dysfonction érectile, j'irai en parler à un médecin traitant qui me connaît vraiment depuis longtemps et qui connaît toute ma famille etc., ou est-ce que je serais content (...) d'aller voir un médecin que je connais pas. Si un jour je dois faire une coloscopie je pense que j'irai pas faire la colo par un confrère que je connais, ce serait peut être pareil !* » E4.

Un doute est exprimé sur la facilité d'abord des DS après une relation médecin-patient établie « *Mais quand on connaît tout le monde des fois c'est peut être un peu plus... fin c'est peut être une fausse idée j'en sais rien* » E3.

Le MR a conscience de la nécessité d'un abord avec ses futurs patients « *Mais oui effectivement je sais que y'a un moment va quand même falloir que j'envisage de le placer dans certaines... peut être pas toutes les consultations... » E3.*

5. Synthèse : Les rôles du médecin remplaçant

La synthèse est rédigée par rôle. Il faut concéder à cette présentation un caractère caricatural. Ces profils ne peuvent être attribués à tel ou tel praticien interrogé.

Face au patient, l'ensemble des praticiens interrogés se positionnent en tant que médecin « *Je pense qu'on a le même rôle que n'importe quel médecin qu'on soit remplaçant ou pas remplaçant » E3.*

Son statut lui offre d'autres stratégies pour la prise en charge des DS :

- Le médecin de substitution : Le MR assure la continuité des soins, pour les renouvellements par exemple.
- L'écoute active : « *Enquêteur : Donc ton rôle c'est (...) de commencer à débrouiller le problème quand le patient l'exprime ? Interviewé : Oui c'est ça ! » E3.*
- L'alternative : Par sa fraîcheur, le MR a un rôle complémentaire à jouer dans la prise en charge des DS « *je suis peut être la porte de secours » E4.*
- Le révélateur : La situation du MR favorise l'initiation de l'abord et l'information du patient sur les DS.
- Le correspondant ponctuel : Le MR rassure le patient.
- Le référent : Par son implication, le MR peut presque atteindre le statut de médecin traitant dans le champ des DS.

Ces rôles sont délicats à assumer pour le MR, il n'en reste pas moins professionnel « *c'est normal c'est mon métier » E6.*

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1. Points forts

1.1.1. Une méthode de recherche adaptée

Les entretiens démontrent que la prise en charge des DS en soins primaires est chargée de représentations. Elle ne peut se résumer à la connaissance et à l'application de recommandations. Elle renvoie à l'intimité, à la pudeur. Elle oblige la population étudiée à exposer des pratiques hésitantes, importunées par la gêne et les tabous. En ce sens, la méthodologie qualitative par entretien individuel est une technique de recherche adaptée à notre sujet.

1.1.2. Des conditions de recueil de données satisfaisantes

Aucune difficulté matérielle n'est survenue au cours des entretiens. L'environnement est resté calme durant les entretiens (absence de sonneries, ou d'interventions externes).

Du fait de l'enregistrement avec le microphone intégré, l'interviewé était face à un simple ordinateur portable posé sur table ; la vision d'un micro pouvant être intimidante pour l'interviewé et l'interviewer.

Le canevas d'entretien a permis d'entrer sereinement dans le vif du sujet grâce à une longue mise en confiance. Durant les entretiens, les 10 premières minutes consacrées aux généralités me donnaient l'impression d'épuiser l'interviewé avant de commencer réellement la recherche de données. Avec du recul, ce temps est essentiel, surtout face à un sujet où la gêne peut entraver l'expression libre et l'exactitude des données.

1.1.3. L'absence de hiérarchie enquêteur - enquêté

L'âge et la position sociale de l'enquêteur et des enquêtés étant similaires, aucune hiérarchie ne s'est installée au cours des entretiens. La situation était même en faveur des enquêtés, l'enquêtrice étant plus jeune que tous les participants et moins expérimentée en tant que médecin remplaçant.

La relation genrée peut influencer sur le cours de l'entretien. (Ce terme est employé dans certains documents de la bibliographie, il est à comprendre comme

l'intervention du genre dans la relation.) Dans notre étude, entre les enquêtés ou enquêtées et l'enquêtrice, aucun obstacle lié au genre n'a été exprimé ou ressenti.

1.2. Limites

1.2.1. Les limites de l'échantillonnage

La qualité de l'échantillonnage est essentielle afin de recueillir une diversité d'opinion, de perception et de comportement. Sinon, la saturation des données peut être faussement atteinte.

L'échantillonnage initial a été réalisé dans une population d'adhérents NorAGJIR. L'adhésion à une association de professionnels est a priori une volonté de garder un contact institutionnel. Elle traduit un désir d'être informé et formé. Le fait que la population étudiée ne soit pas forcément représentative de la population générale des MR n'intervient pas dans la validité d'une étude qualitative.

Un échantillonnage en variation maximale, avec comme variable le genre et l'expérience, avait été envisagé. Pour finir, ce type d'échantillonnage n'a pas été respecté du fait d'un faible nombre de participants (5 réponses, dont 1 abandon, lors de la première sollicitation par mail).

Secondairement, des réflexes de méthodologie quantitative m'ont conduite à rechercher un équilibre des genres chez les interviewés lors du recrutement de MR4 (genre masculin).

Pour MR5, je connaissais son abord des DS, différent des médecins précédemment interrogés. Son recrutement allait permettre de recueillir une perception complémentaire et d'éviter une saturation des données trop précoce.

Pour la quasi totalité des entretiens, il s'agissait d'un premier contact entre enquêteur et enquêté ; sauf pour MR5 qui était connu personnellement avant l'entretien.

Les refus de participation à l'enquête peuvent constituer une limite. Pas en ce qui concerne la représentativité statistique de l'échantillon, car cette notion n'existe pas en recherche qualitative, mais si les refus sont liés au thème de l'enquête, on peut craindre une surreprésentation des praticiens avec une expérience positive du sujet. Cependant, les quatre candidatures spontanées via le listing mail (MR1, MR2, MR3 et MR6) présentent des expériences variées et parfois vécues difficilement.

1.2.2. Les limites du recueil de données

Il s'agit de mon premier travail en recherche qualitative. L'inexpérience en tant qu'enquêtrice se décline à plusieurs niveaux :

- Les données non verbales n'ont pas été recueillies, pour se concentrer sur la conduite de l'entretien.
- Il est difficile de se focaliser sur les « comment », le dialogue a souvent dévié vers les « pourquoi ». La faible expérience des MR sur la prise en charge des DS, a fait que, régulièrement, l'explication a porté sur ce qu'ils pensaient du sujet. C'est normalement à l'enquêteur de recadrer sur leur façon de faire les choses afin de générer des hypothèses au travers de faits, d'actes et non au travers de leur avis sur le sujet. Cette limite dans l'étude après analyse des résultats me semble majeure, c'est également l'une des plus difficiles à éviter pour une débutante.
- L'absence de hiérarchie enquêteur-enquêté a pu aboutir au contraire à une collaboration, avec une influence trop marquée de l'enquêteur. L'intervention est essentielle à l'évolution de l'entretien via les consignes, les relances et la contradiction. Mais par une projection inconsciente de la propre expérience de l'enquêteur, les interventions ont pu modifier l'expression libre.
- Plus spécifiquement sur les relances : l'écho, le reflet, la déduction et l'interprétation étaient utilisés à bon escient mais l'interrogation référentielle et l'interrogation modale ont été insuffisantes et des données ont probablement été manquées.

La saturation des données a été obtenue après 6 entretiens. Dans les référentiels de recherche qualitative, il est recommandé de vérifier la saturation par un entretien supplémentaire. Cet entretien n'a pas été réalisé, par manque de temps et de candidats disponibles.

1.2.3. Les limites de l'analyse

L'information recueillie présente de nombreuses contradictions au sein d'un même entretien. Les interviewés ont de nombreuses fois modifié leur approche du sujet, leur réflexion évoluant en parallèle du déroulement de l'entretien. Ceci complique l'analyse des données mais est lié à la singularité de chaque consultation pour DS.

Il était difficile pendant le codage et l'analyse des résultats de ne pas généraliser les unités minimales de sens (UMS) au delà du contexte dans lequel elles étaient utilisées.

La fréquence, l'ampleur et l'intensité des UMS n'ont pas été prises en compte dans l'analyse entretien par entretien. Le caractère répétitif, affirmatif, hésitant de chaque code est difficile à faire ressortir via le codage manuel, surtout lors d'une première approche des techniques qualitatives. Les citations dans la rédaction des résultats et les sources multiples pour certains codes comblent en partie ce manque.

Saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions demande de l'entraînement, il a été très délicat dans la rédaction des résultats de rester factuelle et d'écarter toute subjectivité. D'autant plus qu'en tant que remplaçante je me suis interrogée sur ma propre pratique.

La notion de genre a été complexe dans l'analyse ; de nombreux codes s'interprètent avec le genre du patient, celui du remplaçant et celui du remplacé. Des raccourcis ont probablement échappé à ma vigilance.

Enfin, j'ai tenté de scinder le comportement du médecin en soignant et remplaçant. Considérer cette donnée comme une hypothèse préalable est une erreur en recherche qualitative ; d'autant qu'après analyse, ces caractéristiques s'avèrent indissociables.

1.2.4. Synthèse des biais dans l'étude

Les biais internes et externes sont restreints dans l'étude.

Le biais d'investigation est limité par la soumission des verbatims et de leur analyse aux MR interrogés. Une lecture critique a été apportée par E1, E2 et E6. Les modifications ont été apportées aux résultats.

Le double codage limite le biais d'interprétation.

Devant l'absence de recherches analogues retrouvées, aucune conclusion sur la validité externe ne peut être formulée.

2. Discussion des résultats

2.1. La santé sexuelle, un domaine pour le remplaçant ?

Les MR interrogés s'accordent pour dire que les DS, au cours de leur activité, sont rares ; ce qui contraste avec les études menées chez les patients sur la fréquence de leurs symptômes mais qui rejoint les données sur la rareté de l'abord

avec le médecin généraliste. Notre étude ne peut conclure sur une moindre fréquence des DS au cours du remplacement.

Les consultations restent néanmoins marquantes pour les MR. Ils connaissent presque le nombre exact de situations rencontrées et surtout ils sont capables de les raconter en détails. En 2009, dans les motifs de consultation chez l'homme en médecine générale, les DS arrivent en 37^{ème} position devant l'asthénie, l'entorse et la sciatique (69). Le souvenir serait-il alors le même pour une sciatgie ou une entorse ? Probablement pas. Ces motifs relèvent de l'urgence, sauf l'asthénie qui implique une exploration plus profonde comparable aux DS. Pourtant le MR est probablement moins marqué par le souvenir de ce type de consultation alors que l'abord des DS ne le laisse pas indifférent.

En commençant leur activité, les MR ne s'attendent pas à être confrontés à la santé sexuelle. En effet, le sujet s'inscrit dans une approche holistique avec une connaissance du contexte. Après l'absence d'urgence, la non connaissance du dossier médical par le remplaçant est une raison avancée par le patient pour ne pas le consulter (62). Le remplacé semble donc en meilleure position du fait de sa maîtrise du dossier médical du patient et le MR considère qu'il n'est pas un interlocuteur de choix en médecine sexuelle. Cette thèse sur la perception du remplaçant par le patient va dans ce sens : le patient privilégie son médecin traitant en cas de problèmes intimes (70).

Mais un jour, au hasard d'une consultation, le patient s'assied face au médecin qu'il est, et lui demande de prendre en charge une DS. Par professionnalisme, par intérêt ou malgré lui, le MR découvre les rôles qu'il est capable de proposer au patient.

2.2. Les rôles du médecin remplaçant

Selon la situation, chaque médecin adopte une ou plusieurs stratégies entrant parfois en contradiction, sans pour autant les répéter invariablement au cours de sa pratique. Notre analyse permet de définir des rôles dont le remplaçant prend possession en fonction du contexte, de ses compétences ou de ses possibilités pratiques :

- Le premier rôle mis en évidence est dicté par sa mission en soins primaires, assurer la continuité des soins. En tant que médecin de substitution, il renouvelle les thérapeutiques déjà initiées pour les DS. Nous avons constaté que l'interrogatoire n'était pas approfondi, un service est assuré pour le patient mais l'engagement n'est

que partiel. Les MR considèrent que le patient ne souhaite pas de double prise en charge remplaçant/remplacé, et eux non plus. Selon une thèse sur la perception de la relation MR-patient, le MR peut éprouver une gêne à effectuer un diagnostic ou une prise en charge différente du remplacé, il doit exercer une pratique personnelle tout en restant confraternel (59).

- L'écoute active est une solution appréciée des MR. Le patient peut s'exprimer, le MR recueille certaines données et propose un début de prise en charge. Souvent, il ne s'agit pas d'une prise en charge très avancée, elle commencera plutôt à la consultation suivante. Le MR ne propose pas systématiquement au patient d'être le praticien de cette 2^{ème} consultation. Ce moment d'écoute peut être perçu comme une façon de gagner du temps pour le médecin mais il est probablement essentiel pour le patient. Nous avons vu qu'il n'est pas simple de médicaliser une DS pour le patient et que, soulagé d'avoir enfin exprimé un symptôme, le patient peut devenir dans un premier temps moins réceptif aux objectifs de prise en charge.

Ces deux rôles discrets, peu intrusifs, semblent être des fondements du statut de MR. A l'empathie dont doit faire preuve le remplaçant s'additionne la croyance que le patient n'a pas confiance. Il pense devoir prouver qu'il est à compétence égale avec le « médecin traitant tout puissant » (59), ce qui n'est pourtant pas un argument avancé dans les enquêtes de patients (62,63).

- Le MR est également l'alternative du médecin traitant. Alternative choisie ou alternative au hasard d'une consultation ? La demande n'est jamais explicitée clairement au MR. Seule une étude chez les patients pourrait mettre en évidence cette utilisation de la relation médecin remplacé-patient pour les DS. Les patients craignent moins le jugement du remplaçant, ils osent lui raconter des choses différentes, il lui trouve des éléments de personnalité différents (59). Pour les patients jeunes, le remplaçant rompt une relation médecin-malade construite au cours de l'enfance.

- Au delà de la routine, le MR est aussi le révélateur d'une possible médicalisation des DS. Il a une approche différente du patient, « il ouvre des voies

qui n'ont pas été ouvertes », il relance des réflexions qui n'ont pas été ouvertes depuis longtemps (59). Révélateur direct pour les MR disposés à l'abord des DS ; ou révélateur indirect par une formulation, une question, un langage, entendus différemment par le patient. De plus, le regard nouveau sur le dossier médical facilite le dépistage et pour certains MR ce dépistage est étendu aux DS.

- Le MR peut se comporter en correspondant ponctuel. Il rassure le patient sur des questions de normalité comme dans l'éjaculation précoce par exemple. Il réalise une prise en charge minute de la DS ; en une consultation, la solution est apportée au patient. Il s'agit d'une prise en charge appréciée par le patient qui ne souhaite pas laisser traîner ce sujet délicat mais ceci est rarement possible en pratique. Troisième intervention, il donne un avis sur la médicalisation de la DS. Le patient cherche à savoir si le symptôme est médical et si l'on peut le prendre en charge, avant d'affronter son médecin traitant pour les modalités pratiques. Ces interventions peuvent se rapprocher d'un second avis, pourtant les praticiens interrogés ne relatent pas ces demandes de cette façon. Les patients sont alors les seuls à connaître la vérité : un second avis formulé subtilement ou bien un second avis anticipé, recueilli avant le premier avis.

- Parfois, le praticien est tellement frustré de son intervention épisodique liée à son statut, qu'il se positionne presque en médecin référént pour la DS exprimée. Via des consultations dédiées, il organise toute la prise en charge, initie un traitement et propose un suivi si le temps du remplacement le permet. Cette stratégie concerne des praticiens avec un intérêt pour le sujet et qui développent une expérience en médecine sexuelle. Une sorte d'expérimentation au service du patient, avant de devenir opérationnel pour sa propre patientèle.

2.3. Des difficultés communes à tous les médecins généralistes...

Pour les remplaçants, de nombreuses difficultés dans la prise en charge des DS semblent être partageables par l'ensemble des médecins généralistes (MG).

2.3.1. Un sujet tabou, même pour les médecins ?

Tous les praticiens de notre étude reconnaissent que les DS sont des motifs de consultation particuliers, bien différents d'autres motifs intimes comme les symptômes proctologiques par exemple. Les campagnes d'information grand public

visant à limiter le tabou sociétal ne semblent pas avoir eu raison du tabou médical. Dans un article d'*Exercer* sur les stratégies d'abord de l'éjaculation prématurée par le MG, l'une des difficultés mise en avant est le fait que la prise en charge des troubles de la sexualité ne fait pas partie de leur domaine d'intervention, sauf si le patient le demande (71). Nos entretiens confirment cette observation. Les médecins ont conscience que les DS sont des affections médicales mais la frontière entre sexualité et santé sexuelle est affectée par trois tabous principaux, le corps, le jugement du patient et les représentations du médecin sur la sexualité.

Devenir médecin nécessite un apprentissage de l'intimité ; le praticien doit vaincre sa pudeur pour remplir son rôle. La formation hospitalière banalise le corps, alors que dans l'intimité d'un cabinet médical, le praticien masque plus difficilement sa propre pudeur. Certains de nos praticiens se réfugient derrière la pudeur du patient pour ne pas aborder les DS et de façon plus ou moins avouée pour éviter d'être confronté à leur propre pudeur. Dans l'analyse des entretiens de la thèse *Le médecin et sa pudeur : de l'obstacle à la redéfinition du rôle*, elle est présentée comme une action de discrétion, soucieuse du bien-être de chacun. La pudeur est perçue de façon positive, elle est souvent présentée comme une valeur noble par les médecins qui mettent en avant le souci de donner une bonne image (72). La difficulté dans l'abord des DS serait donc vertueuse. Cette vertu met à l'épreuve le professionnalisme du médecin, des sujets sont évités, des conseils ne sont pas associés aux prescriptions. Pour certains au contraire, les stages hospitaliers ont démystifié le corps et l'examen génital ; le praticien se concentre alors plus facilement sur la prise en charge même s'il reste bien entendu attentif à l'acceptation du patient.

D'autres assument pleinement au delà de la pudeur le caractère privé du sujet et donc l'importance du choix du patient pour l'aborder. Nous avons pourtant vu qu'une grande partie des patients attendent le signal du médecin et qu'ils considèrent que le médecin est un interlocuteur privilégié pour aborder les troubles de la sexualité. Le praticien ne souhaite pas prendre le risque d'être jugé par le patient, il ne veut pas paraître malsain, intrusif. Son âge, son genre, le moment, etc., trop de facteurs peuvent être gênants pour le patient. Mais le jugement affecte celui qui est visé. Alors gêne pour le patient ou pour le médecin ?

En ce qui concerne les représentations du médecin, leur impact est montré dans un article de la revue *Academic Medicine* sur la prescription des traitements

pour DE par des étudiants américains en fin de cursus. Des facteurs extra-thérapeutiques influenceraient la prescription, qui est plus fréquente chez les patients sans comportements sexuels à risques, séronégatifs pour le VIH, et sans relations extraconjugales. (73) Ces résultats mettent en évidence la difficile limite entre les valeurs personnelles et les obligations professionnelles. Une autre composante des représentations est avancée par une étude nord-américaine. Menée chez des étudiants, elle semble difficilement généralisable à l'ensemble des médecins mais soulève le questionnement. Ainsi, les étudiants ont été interrogés sur leur sexualité et via des échelles médicales sur leurs propres DS. Les personnes ayant une faible expérience sexuelle personnelle ou à risque de DS étaient plus susceptibles de déclarer avoir des difficultés à prendre en charge des patients pour DS (74). Ces deux exemples montrent que, pour le médecin, une connaissance de ses propres représentations peut être une première étape pour démystifier l'abord des DS.

Entre la confrontation au corps, les limites de l'intrusion dans la vie privée du patient, le risque de devenir un confident et ses propres représentations, le praticien doit trouver une place médicale dans la santé sexuelle des patients.

2.3.2. Le genre

Le genre semble avoir un impact pour le patient. Ses représentations sur la sexualité l'orienteraient vers un médecin homme ou femme pour la prise en charge des DS. Notre étude ne peut conclure sur le point de vue du patient. Une étude chez les patients en ce qui concerne l'abord des infections sexuellement transmissibles apporte quelques éléments. Les patientes ayant choisi un médecin femme sont plus gênées quand elles doivent discuter de sexualité avec un médecin de sexe différent. (Ce que remarquent les MRh de notre étude). Les patients hommes, eux, préfèrent que leur médecin prenne l'initiative si c'est un médecin femme mais garder l'initiative si c'est un médecin homme (75). Nos MRf prennent pourtant moins l'initiative avec les patients hommes ; et lorsqu'un MRh prend l'initiative avec un patient homme, ce dernier n'exprime pas de réticence.

Dans une étude anglaise, les MG pensent que le patient préfère voir un médecin de même genre ; ceci est présenté comme une déduction du fait qu'il sont plus à l'aise avec des patients du même genre (56). Par contre, pour ces MR interrogés sur la perception de leur relation avec le patient, les patients apprécient de voir un médecin de genre opposé (59). Notre étude confirme que les patients et

patientes expriment régulièrement au MR l'importance du genre du médecin, surtout pour les MRf « puisque vous êtes une femme... ».

Une discordance apparaît entre les représentations du MG et les MR sur ce que pense le patient. Les patients priorisent parfois la fonction sur le genre ou l'inverse. On ne peut conclure que ces représentations sont liées à des utilisations différentes du MR et du MG par le patient, les études n'étant pas réalisées en ce sens.

La majorité des MR sont dans une période de transition entre l'apprentissage et l'expérience mais le genre semble maintenir son empreinte de façon constante.

L'interaction entre le genre de l'étudiant et celui de son patient paraît plus évidente du fait d'une faible expérience et de l'apprentissage en cours de la confrontation médicale au corps. Une étude a montré que les étudiants sont plus à l'écoute des patients du même sexe et ont plus de difficultés à examiner des patients de sexe opposé (76).

Mais l'expérience ne semble pas modifier cette influence du genre qui se retrouve chez les MG. Dans ce travail sur le parcours de soins pour les DS en soins primaires, les MG femmes prennent plus en charge les DS féminines et les MG hommes les DS masculines (77). MR5 confirme cette donnée. Autre étude : les patients suivis par des médecins de sexe féminin sont significativement plus susceptibles d'être référés à un spécialiste que ceux suivis par les médecins de sexe masculin pour DE (51). De manière qualitative, chez les MG anglais, les barrières liées au genre dans l'abord des DS sont retrouvées également (56). Les praticiens se sentent discrédités avec le genre opposé. Surtout pour le MG homme, qui, même avec une ouverture via l'examen gynécologique, aborde plus difficilement les DS avec les patientes. Par ailleurs, un risque de sexualisation de la consultation est évoqué, plutôt par les MG femmes. Le Conseil de l'Ordre met en garde les médecins sur les tentatives de sexualisation dans la pratique médicale de la part du praticien ou du patient. Le plus important étant d'avoir conscience de ces problèmes qui doivent être intégrés à la formation médicale initiale ou continue (78).

Une méta-analyse sur l'effet de genre du médecin en communication médicale révèle que les praticiens femmes s'engagent plus dans le contexte psychosocial et le counseling (79) : deux notions essentielles pour les DS. Le genre féminin serait plus

disposé à aborder les DS. Pourtant, l'avantage du genre féminin via la communication semble se transformer en handicap dans l'abord des DS pour nos praticiens. Les MRf de l'étude évoquent le genre comme une difficulté dans l'abord avec les patients hommes et une gêne lors de l'examen. De plus, il existe une fluctuation de l'activité en fonction du remplacement de médecin homme, avec plus de demandes de la part des patients et des patientes dans le domaine des DS.

Les MRh, ne semble pas évoquer le genre comme une difficulté majeure, mais l'abord est plus rare avec les patientes. Une moindre disposition du MRh, semble expliquer la fréquence plus faible des consultations pour DS avec les patientes. De façon plus ou moins inconsciente, les MRh laisseraient-ils moins souvent les portes de l'abord ouvertes aux patientes ?

Autre remarque importante, le genre est fortement lié aux autres caractéristiques du médecin, comme l'âge, « *en tant qu'homme, jeune, ça peut paraître malsain* » E4. Ce que confirme une étude où le genre et l'âge des médecins sont corrélés à leur croyance sur la DE et à son management en général (40).

Les caractéristiques du patient interagissent également avec le genre. Dans cet article sur les DS féminines, les difficultés rencontrées par les MG pour l'abord avec des patientes de genre opposé sont : l'âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 65 ans, un niveau scolaire bas et le fait que la patiente soit divorcée (39).

Le genre en santé sexuelle est présent, presque par logique. Il semble que le praticien doive engager un travail de contrôle de ses représentations tout en gardant ses propres convictions afin de laisser place à la prise en charge de la DS. La formation et l'enseignement doivent également intégrer la notion du genre. Au nom de l'égalité, la médecine est trop souvent aveugle au genre et l'égalité du genre n'est pas un processus spontané (80).

2.3.3. La formation

Dans une étude sur les barrières liées au genre dans l'abord des DS chez les MG anglais, la moitié de l'échantillon ne citait pas le genre comme difficulté pour parler de santé sexuelle. Le manque de formation était mis en avant (56). Dans un article sur les stratégies d'abord de l'éjaculation prématurée par le MG également

(71). Dans une thèse sur le parcours de soins dans la prise en charge des DS, le manque de formation était encore avancé (77).

Le MG est donc paradoxalement en manque de formation dès la fin des études, ce qu'exprime l'ensemble de nos interviewés.

Chez les étudiants de fin de 3^{ème} cycle du DES de médecine générale, 47% ne sont pas à l'aise face à une plainte sexuelle et 22% le sont plus ou moins. L'une des deux raisons avancées avec le tabou lié au sujet est le manque de formation. 84% déclarent ne pas avoir de formation universitaire et le besoin de formation est exprimé dans 94% des cas (64). Le MG ne quitte donc pas la faculté avec le bagage nécessaire en médecine sexuelle. Pourtant, les DS s'inscrivent dans les compétences de la médecine générale (81) : le centrage sur le patient, l'approche holistique, l'adaptation au besoin et à la demande du patient, l'analyse des plaintes réelles derrière les plaintes alléguées...

Chaque médecin reste néanmoins libre de sa formation médicale continue et pourrait, comme certains MR de notre étude, face à une demande en consultation réactualiser personnellement ses connaissances au sortir des études.

2.3.1. Le médecin généraliste et la médecine sexuelle

Dans l'analyse des verbatims, la compétence et la prise en charge semblent fortement liés à l'intérêt porté au sujet « je n'aime pas ce sujet là et ... je ne suis pas bon » E4, et les praticiens assument. Il faut en effet en finir avec l'idée d'une médecine idéalisée avec des praticiens aux compétences multiples toujours réactualisées. Les médecins orientent leurs pratiques selon leurs affinités. En effet, un quart des médecins généralistes du réseau de la Société Française de Médecine Générale ne prennent pas en charge les dysfonctions sexuelles (82).

Les comportements du MR sont décrits par Giami qui définit 4 modes de spécialisation informelle du MG en santé sexuelle : l'évitement, le modèle de l'appropriation médicale (le praticien se réfugie vers la maladie organique et les explorations complémentaire), l'approche globale et holistique (la dimension relationnelle et psychologique est prise en compte), la sexualité au centre de la pratique (le MG devient sexologue) (83). Ces profils peuvent être complétés par l'étude sur le parcours de soins pour les DS et sur la place du sexologue (77). Les DS prises en charge par le médecin généraliste étaient la DE et le désir sexuel hypoactif (nos MR, eux, n'ont pas abordé les troubles du désir), les MG

s'impliquaient et adressaient à un spécialiste d'organe quand une prise en charge multidisciplinaire était nécessaire. 10% de ceux qui orientaient le faisaient par manque d'intérêt. Certains praticiens de notre étude adressent effectivement dans ce sens vers un autre spécialiste.

Dans la même étude, les femmes étaient adressées au gynécologue, les hommes à l'urologue et les troubles du désir au psychiatre ; ce qui se rapproche du fonctionnement de nos MR pour l'urologue et le gynécologue (le psychiatre n'a pas été évoqué comme interlocuteur mais l'abord du désir sexuel hypoactif semble plus rare avec le MR).

Cette difficulté à aborder les DS n'est pas l'apanage de la spécialité médecine générale. Les études montrent que les spécialistes d'organe sont également peu disposés à prendre en charge une DS, comme les diabétologues qui suivent pourtant une population à haut risque (50).

Le sexologue est peu utilisé par nos MR. Les raisons de sa non-utilisation sont un manque de réseau et une méconnaissance du coût. Des raisons identiques sont rapportées par les MG de l'étude sur la place du sexologue. Au manque de référent est ajoutée la formation inhomogène des sexologues et le tabou envers le patient. Ce dernier point se rapproche de l'entretien 4 où un patient exprime un doute sur le fait qu'un caractère psychiatrique est souvent associé à sa DS.

Répondant à une interview du New York Times en février 2000, l'un des urologues de l'Université de Boston déclarait : « Unless you have a treatment, you don't have a condition » (Vous n'êtes considérés que si vous avez un traitement) (84). Au delà de la polémique sur l'acharnement pour un traitement à tout prix, cette phrase soulève un questionnement. Les praticiens semblent prendre en charge prioritairement des DS avec un traitement codifié et une prescription comme la DE. Le MG serait donc limité par l'absence de thérapeutiques disponibles. Le médecin doit apprendre à prendre en charge sans forcément prescrire, autant que le patient doit apprendre à être satisfait d'une prise en charge sans prescription. Une étude sur la prise en charge des DS montre que les patients étaient satisfaits de la prise en charge et pourtant elle ne consistait qu'en une simple discussion dans 56% (45).

2.3.2. Qui doit aborder la dysfonction sexuelle ?

Dans notre étude, le patient exprime rarement une DS en motif principal de consultation. Le plus souvent il s'agit d'un motif secondaire et l'on peut penser que cette présentation est identique avec le médecin habituel. La gestion d'un 2^{ème} motif est toujours compliquée pour un praticien, la gestion du temps en soins ambulatoires étant une contrainte permanente. De plus, le placement en fin de consultation accentue la gêne attribuée au symptôme. Par contre, en fin de consultation, le praticien peut éviter plus facilement le sujet de manière plus ou moins inconsciente, prétextant un manque de temps.

Pour une majorité de nos interrogés, l'initiative de l'abord doit être laissée au patient. La peur d'embarrasser le patient rend légitime l'absence d'abord. Le médecin ne doit pas être intrusif dans la vie privée du patient au travers de sa sexualité. Nous avons pourtant vu que le patient souhaitait majoritairement être interrogé par le médecin, comme démontre également ce travail de thèse sur l'acceptabilité de l'abord des IST en médecine générale où 85% des patients étaient favorables à un interrogatoire sur leur mode de vie sexuelle et 90% des personnes étaient disposées à en parler avec leur médecin traitant. Seulement 20% préféraient engager eux-mêmes la discussion, 50% souhaitaient que le médecin le fasse de façon directe et 30% de façon indirecte (75). Pourtant, nos MR restent pour la plupart convaincus que le patient asymptomatique ne s'attend pas à des questions sur sa santé sexuelle. Ils préfèrent aborder le sujet quand le sujet est initié par les patients. Ce constat est partagé par l'ensemble des MG ; en effet, ils sont à l'aise avec l'interrogatoire sexuel si la plainte apparente du patient est liée (85). Dans la relation médecin-patient les symptômes proposés au praticien par le patient ne sont pas toujours les vrais (61) et le médecin doit démasquer les plaintes. Certains des MR interrogés tentent ainsi une approche via l'interrogatoire sur les signes urinaires. Un dépistage en santé sexuelle est réalisé au cours du remplacement, le patient n'exprimant à priori pas de réticence.

Le titre d'une étude anglaise sur l'abord des IST en médecine générale résumait bien le quiproquo que peut représenter l'abord de la santé sexuelle. « Doctors are from Mars and patients from Venus » (86). Inspiré d'un célèbre roman adapté au théâtre sur les difficultés de communication dans un couple, il souligne la silencieuse expectative du médecin et du patient en santé sexuelle.

2.3.3. L'organisation de la médecine générale

Le parcours imposé au patient en soins ambulatoire permet aux patientes de court-circuiter le MG en cas de DS. Dans notre étude, les MR considèrent que les patientes expriment moins leurs dysfonctions sexuelles car elles consultent régulièrement leur gynécologue qui semble être un interlocuteur privilégié. Ce que semblait confirmer une étude anglaise (bien que le système de soins soit différent), 42% des femmes atteintes de plaintes sexuelles cherchaient de l'aide auprès de leur gynécologue (39).

Dans l'article sur les stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée, une autre difficulté mise en avant par le MG est le manque de temps (71). Nos MR partagent cette difficulté. Le patient se déplace rarement spécifiquement pour une DS. L'abord doit intervenir en second motif, dans un créneau de 15 minutes. Le praticien doit alors trouver une accroche pour convaincre le patient de l'intérêt d'une consultation dédiée. Mais dans l'étude, le manque de temps s'avère être une raison secondaire même si elle ne peut qu'être prise en compte. Au travers du paiement à l'acte, l'organisation des soins primaires est un frein supplémentaire à l'abord des DS par les généralistes.

2.3.4. Des zones d'ombres en santé sexuelle

Les MR de notre étude évoquent peu la santé sexuelle de certains patients. Notre étude n'était bien entendu pas construite afin d'avoir une vision exhaustive des patients concernés par la sexologie en soins primaires, mais l'absence d'évocation spontanée de certains sujets accentue l'arrière-pensée d'un tabou sociétal.

Les troubles de la sexualité dans le handicap ne sont pas abordés.

Les patients suivis en cancérologie non plus, pourtant 50% des patients présentent une DS sous chimiothérapie (35).

La religion, elle, est évoquée par l'un des MR. Et même quand l'abord vient du patient, elle semble freiner le praticien dans la prise en charge.

Autre tabou sociétal d'actualité, l'homosexualité n'est pas évoquée. Selon une étude qualitative britannique, l'homosexualité des patients est un obstacle à l'abord des DS par les médecins généralistes. Les raisons avancées sont la méconnaissance des modes de vie homosexuels et des pratiques sexuelles, la difficulté de trouver un langage approprié. L'homophobie reste minoritaire. (87)

Enfin, le sujet de la sexualité des personnes âgées montre combien les praticiens sont chargés de représentations. Dans une étude de 2007, on notait que 32 % des femmes et 86 % des hommes, âgés en moyenne de 81 ans aimeraient pouvoir aborder les DS avec leur MG (88) qui est leur principale source d'aide. Pourtant, une enquête montrait que les obstacles, selon les patients, étaient les caractéristiques du médecin, son attitude envers la sexualité du 3^{ème} âge, l'attribution des troubles sexuels à un vieillissement normal, le fait que les DS étaient considérées comme non sérieuses et le manque de connaissance sur les aides possibles (89). Le médecin doit avoir un rôle proactif. La sexualité active chez les seniors est une réalité ; les médecins doivent l'évoquer spontanément, conformément aux attentes des patients. L'enseignement doit permettre de passer outre les représentations. « La médecine contribuera ainsi à ajouter, non seulement, des années à la vie mais, aussi, de la vie aux années. » (90,91).

2.4. Et des spécificités en tant que remplaçant.

Au delà de son statut de médecin, le remplaçant exerce avec certaines spécificités évoquées au début de ce travail de thèse et déjà, en partie, discutées dans la partie sur les rôles du MR. Une attention plus précise doit néanmoins être portée à l'impact de cette relation triangulaire dans la prise en charge des DS, à l'absence de suivi de patientèle et à l'inexpérience attribuée au remplaçant.

2.4.1. Le remplaçant : un médecin inexpérimenté ?

Dans les entretiens, les MR rapportent cette impression que le patient le considère en formation et inexpérimenté. L'âge jeune réel ou attribué renvoie directement à l'inexpérience pour le patient. Pourtant, les MR ne se considèrent pas comme des médecins de second rang et exercent comme tous les MG. Ils assument leur moindre expérience en comparaison à leurs aînés. Ils s'imaginent petit à petit s'améliorer dans la prise en charge de la santé sexuelle, passant outre leur manque d'expérience et leur premier contact avec le patient. Un doute plane pour certains sur leur capacité à combattre ces difficultés ; l'expérience ne change peut être rien ? Si on arrive à prendre en charge les DS c'est dès le début de l'exercice de sa profession ?

Une étude a montré que les MG âgés de plus de 50 ans semblaient plus s'impliquer dans la prise en charge des DS, l'expérience aidant donc. Pourtant selon les auteurs, les jeunes générations ont bénéficié de plus de communication sur la

sexualité (77). Les praticiens plus âgés voyant le tabou sociétal évoluer dans leur patientèle, prennent-ils conscience de l'importance de la médecine sexuelle ?

2.4.2. Le suivi

Le suivi est une problématique importante pour les interrogés, surtout pour la santé sexuelle. Ils considèrent en effet que sans suivi possible la prise en charge a moins de sens.

Le patient cherche parfois cette absence de suivi, ils ne souhaitent pas revoir le médecin à qui ils ont exprimé une DS.

Le MR, lui, semble parfois rassuré par cette absence de suivi. Selon une thèse sur les motivations du médecin généraliste à rester remplaçant sont évoqués le désir de mobilité et le souhait de ne pas s'impliquer dans la relation médecin-patient, avec une peur de cette relation au long cours (92). L'engagement fait peur aux praticiens qui voient leur statut de remplaçant comme une situation intermédiaire, un temps où tout est encore possible.

Le patient s'adresse-t-il alors plus facilement au MR dans le cadre d'un remplacement fixe ? Ceci ne peut être affirmé. Selon certains interrogés, il semble que ce soit plutôt le comportement du MR qui, via des remplacements fixes, cherche à s'implanter dans la patientèle et propose une prise en charge complémentaire au médecin qu'il remplace, dans le respect de sa pratique.

2.4.3. Relation médecin remplaçant-patient-médecin remplacé

D'après les entretiens, le MR se soucie systématiquement de savoir si le sujet des DS a été abordé avec le remplacé, son ombre plane sur la relation remplaçant-patient.

Dans la thèse sur la perception de la relation MR-patient, les MR considèrent que leur manque d'expérience sera rattrapé par le remplacé (59). Nos MR utilisent en effet le remplacé comme un correspondant et lui laissent le plus souvent le choix de la prise en charge.

Dans un travail sur la vision du remplaçant par le médecin généraliste remplacé, 75% en avaient une image favorable. Des critiques étaient faites sur la gestion des dossiers médicaux et l'absence d'empathie avec le patient (93). Une critique probablement rapportée par le patient qui appuie la crainte de jugement par le patient envers le remplaçant.

De plus, le MR ne connaît pas le patient, son contexte personnel même si le dossier médical est une aide précieuse comme le soulignent les interrogés. Nous avons vu que ce point est l'une des préoccupations majeures du patient. La même constatation a été faite dans un travail de thèse de 2012. Après la consultation les patients étaient satisfaits mais une crainte persistait avant la consultation, non pas sur le manque de confiance, mais sur le fait que le MR ne connaisse pas le patient (70).

De même, le patient ne connaît pas le MR, il n'est pas choisi comme le remplacé. Ses représentations sont inconnues pour le patient ce qui ne facilite pas l'abord d'un sujet considéré comme délicat par les deux parties. Le patient exprime alors au MR sa préférence pour aborder le sujet ultérieurement au retour du médecin remplacé.

A l'inverse, la routine, une relation trop familière, une relation trop paternaliste avec le remplacé pousse le patient vers le remplaçant. Le remplaçant est alors plus qu'un médecin de substitution, il devient un intervenant médical à la fois lié et indépendant du médecin traitant.

3. Ouverture

3.1. Améliorer la formation des remplaçants

La participation à la thèse est source de réflexion pour les MR. L'entretien conduit en effet les interrogés à avoir un regard critique sur leur pratique dans le domaine des DS. Pour certains, un désir de formation est même explicité. Nous avons vu précédemment que la formation n'est pas une solution unique et forcément suivie de résultats pratiques, mais c'est une solution concrète.

Quel visage doit prendre cette formation ? Nous n'aborderons pas l'autoformation ni la formation médicale continue. Elles sont certes essentielles mais elles ne concernent pas l'ensemble des praticiens de façon homogène. De plus, elles sont corrélées à l'intérêt porté au sujet.

D'après l'analyse des entretiens, deux axes de la formation médicale initiale apparaissent comme essentiels pour l'amélioration de la prise en charge des DS par les médecins remplaçants.

3.1.1. L'intégration de la sexologie aux autres spécialités

Les MR regrettent la sectorisation de leur formation en différentes spécialités au cours du DES. Elle laisse en effet peu de place à la santé sexuelle et concentre l'enseignement sur la dysfonction érectile et l'éjaculation prématurée, faute de temps.

De plus, le manque d'automatisme est clairement mis en avant. Les médecins ne sont pas formatés à la prise en charge des DS. Un abord répété des DS est envisageable via l'enseignement sur le patient cardiovasculaire, le patient dépressif, le post-partum...

Une nuance doit toutefois être apportée : les médecins interrogés ont bénéficié de l'ancienne version des enseignements du DES de médecine générale à Lille. Actuellement, une approche plus transversale des soins primaires est proposée aux internes. Il pourra donc être intéressant de renouveler ultérieurement cette étude pour voir si la modification des enseignements apporte un regard différent lors de la prise en charge des DS par le MR.

3.1.2. Les techniques de communication

Les techniques de communication professionnelle s'intègrent dans la pédagogie médicale depuis une trentaine d'années, sous l'influence des universités québécoises. L'apprentissage de la communication en santé est basé sur un référentiel qui doit être solide (comme les travaux de Calgary-Cambridge), sur une pratique répétée, associée à une rétroaction et sur une intégration de la communication médecin-patient au cours des études avec une certification des compétences. De plus, des activités de connaissance de soi sont préconisées, elles permettent de reconnaître l'intervention de ses propres valeurs et de ses émotions dans la relation médecin-patient (94).

En effet, les MR de notre étude contrôlent difficilement leurs représentations face à l'abord d'une DS. Ceci est probablement lié, en partie, à l'enseignement d'une relation médecin-patient trop conventionnelle. Selon Lussier et Richard, la relation médecin-patient est modulable ; le contexte (lieu, genre de maladie, urgence) ne doit pas être oublié. Un répertoire de relations médecins-malades doit être maîtrisé par les praticiens pour améliorer leur pratique (95).

La filière universitaire de médecine générale en France évolue néanmoins dans le sens de cette pédagogie. Les stages ambulatoires de niveau 1 et 2 sont propices à la rétroaction et donc à l'enseignement de la communication

professionnelle en situation de soins primaires. La formation des maîtres de stage dans ce domaine et l'augmentation du nombre de terrains de stage doit continuer.

Le passage de la théorie à la pratique présente néanmoins de nombreuses complexités. Une enquête menée chez des étudiants en médecine a montré l'effet paradoxal que peut avoir une formation trop précoce à la communication. Avant un stage hospitalier, des étudiants ont bénéficié d'un enseignement théorique de la relation médecin-malade centrée sur le patient ; lors de la réévaluation après le stage, les étudiants avaient des compétences moindres en communication que le groupe contrôle. Les auteurs ont avancé un effondrement des normes théoriques sur le terrain, avec une perte de confiance et la difficulté d'adapter l'étude du patient idéal à la pratique. Une seconde évaluation des mêmes personnes deux ans après la fin du cursus a montré l'évolution de leur capacité à utiliser ces techniques dans des situations complexes avec la pratique (96).

L'ajout d'une 4^{ème} année professionnalisante dans le DES de médecine générale via l'universitarisation des maisons et pôles de santé est envisagée actuellement. Elle permettrait, entre autres, un temps pratique supplémentaire. Les jeunes praticiens généralistes installés ou remplaçants appréhenderaient plus confortablement les sujets complexes de la médecine générale dont fait partie la santé sexuelle.

3.2. La triangulation

D'un point de vue méthodologique, la validité interne de l'étude pourrait être améliorée par une triangulation des sources et des méthodes.

3.2.1. La triangulation des sources

Dans notre étude, le patient est exploré via le discours du MR. Les caractéristiques du patient qui influencent la prise en charge des DS sont celles ressenties, supposées ou rapportées par le MR. Elles ne peuvent se substituer aux représentations telles qu'elles seraient exprimées par le patient lui-même. Les patients pourraient être consultés de manière qualitative mais le choix de l'enquêteur serait essentiel afin de limiter les biais internes. Une étude quantitative serait également intéressante, à l'aide des données qualitatives exprimées par les MR dans notre étude. Un questionnaire pourrait être élaboré à destination des patients. Les représentations des MR seraient ainsi confrontées au jugement du patient. Il existe très probablement une discordance entre les pensées attribuées au patient et la réalité. Nous avons en effet remarqué en début de travail que le MR considère que

le patient a moins confiance en lui, ce que ne confirme pas les patients ; que le MR comme les MG installées ont peur de gêner le patient, alors que le patient attend qu'on lui pose la question. Le patient aborde-t-il plus sereinement sa santé sexuelle avec un MR ? La réponse est peut-être inattendue.

Concernant la fréquence de l'abord des DS en consultation, seule une étude quantitative pourrait conclure sur une différence entre remplacé et remplaçant dans une même patientèle.

Les médecins généralistes remplacés sont également concernés par notre question. Dans une approche qualitative, la difficulté pour l'enquêteur serait de recentrer le discours sur la perception de la pratique du remplaçant et les retours des patients, sans dévier sur leur propre pratique. De plus, le recueil de données devrait concerner ce qu'ils observent et non pas ce qu'ils pensent. Cette approche n'est à envisager que pour compléter notre étude et non comme une étude indépendante.

Les autres médecins spécialistes (urologues, gynécologues, psychiatres et sexologues) pourraient aussi être interrogés. Soit sur la fréquence des patients adressés par les médecins généralistes remplaçants, soit sur les patients adressés par leur généraliste pour un motif principal avec une DS comme second motif caché au médecin traitant.

3.2.2. La triangulation méthodologique

L'étude de notre sujet peut être complétée par d'autre approche méthodologique.

D'un point de vue qualitatif, nous avons vu que les focus groups étaient difficiles à envisager pour ce sujet. La présence de leaders d'opinion pourrait perturber l'expression libre des MR réunis.

Toujours en qualitatif, les techniques d'observation semblent compliquées pour notre sujet. L'observation directe non-participante ou l'observation indirecte perturberait le déroulement de la consultation avec une modification des comportements liée à la présence d'une tierce personne ou d'une caméra. Elle pose aussi la question de la confidentialité pour le patient et le MR.

En quantitatif, un questionnaire à destination d'une population plus large de MR pourrait être élaboré. Afin d'évaluer si des différences de prise en charge existent selon les enseignements pratiques et théoriques reçus, entre les facultés par exemple. Afin d'évaluer la forme que devrait prendre la formation et le moment où

elle devrait être délivrée. Enfin, une enquête comparative permettrait de mesurer la fréquence de l'abord et la difficulté attribuée au sujet dans des sous groupes de MR (âge, expérience, genre, remplacements fixes ou occasionnels).

CONCLUSION

Les dysfonctions sexuelles sont des symptômes fréquents, sujets à de multiples représentations, dont la prise en charge reste complexe pour les médecins généralistes non sexologues. Les médecins remplaçants apparaissent ponctuellement dans la relation médecin-patient en soins primaires.

Notre étude avait pour objectif de définir leur rôle en santé sexuelle, de savoir si le patient exprimait ses symptômes au remplaçant et de définir les stratégies utilisées par ces praticiens occasionnels.

Même si notre étude présente quelques biais méthodologiques mineurs, elle permet de montrer la place particulière des remplaçants dans l'abord de la santé sexuelle. Les consultations sont parfois marquantes mais restent rares dans leur activité.

C'est le patient qui aborde le plus souvent les dysfonctions sexuelles. Le médecin remplaçant est rarement l'initiateur, essentiellement par pudeur envers le patient. Cette discrétion est accentuée par le manque de reflexe théorique et d'expérience pratique.

La formation initiale en sexologie est insuffisante pour l'ensemble des interrogés, ce qui les conduit parfois à adopter une stratégie d'évitement.

Néanmoins, le praticien remplaçant assure la continuité des soins dans le domaine de la santé sexuelle. En tant que médecin de substitution, il renouvelle les traitements pour dysfonction sexuelle. Une écoute active est proposée au patient, un début de prise en charge est organisé. Malgré lui, le praticien se révèle parfois être une alternative. Il permet d'aborder un sujet oublié, de relancer une prise en charge. Si la durée du remplacement et les symptômes exprimés le permettent, une prise en charge minute ou des consultations dédiées peuvent être proposées. Selon leur intérêt et leurs compétences en sexologie, certains remplaçants atteignent presque le statut de correspondant ponctuel voire de médecin référent dans ce domaine précis.

L'une des limites de leur statut est l'impossibilité d'un suivi au long cours. Une attention particulière est portée à la transmission de l'information via le dossier médical dans l'intérêt du patient.

Le tabou sociétal, la question du genre et la formation sont autant de facteurs influents.

Des travaux complémentaires sur la perception par les patients et par les médecins remplacés du rôle du médecin remplaçant dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles permettraient d'approfondir le sujet.

Pour le médecin remplaçant, les pratiques en santé sexuelle semblent fixées dès ses premières années de remplacement. Les difficultés de l'abord et de la prise en charge des dysfonctions sexuelles étant communes à l'ensemble des médecins généralistes, elles sont à risque de devenir pérennes au delà du remplacement.

Sans tomber dans le tout médical, les médecins généralistes remplaçants doivent, comme leurs homologues installés, s'intéresser à la médecine sexuelle. Une formation initiale plus transversale et la sensibilisation aux techniques de communication professionnelle doivent leur donner les clés d'une meilleure prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires. Les sexologues résumant habituellement la situation avec l'expression suivante : « il faut sexualiser la médecine en évitant de trop médicaliser la sexualité ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. Le Journal des psychologues. 2007;250(7):56.
2. Opsomer RJ, Opsomer F, Van Cangh P-J. Physiologie de la fonction sexuelle masculine. Louvain médical. 2005;124(10):S268-274.
3. Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals. Geneva: World Health Organization; 1975. Report No.: 572.
4. Masters WH, Johnson VE, New York Academy of Medicine. Human sexual response. Boston: Little, Brown and Company; 1966.
5. Tourette-Turgis C. Le counseling. Que sais-je? PUF; 1996.
6. Giami A. De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité. Le gouvernement des corps. EHESS. 2004.
7. Enquête sur les médecins sexologues [Internet]. 2004. Disponible sur: <http://www.sfsc.fr/sfsc/sfsc0225.htm>
8. Giami A, De Colomby P. Profession sexologue ? Sociétés contemporaines. 2001;41-42(1):41.
9. El Feki M. La sexothérapie: Quelle thérapie choisir en sexologie clinique ? De Boeck Supérieur; 2010.
10. Hubin A, De Sutter P. Les traitements sexothérapeutiques du désir sexuel hypoactif. Louvain médical. 2010;129(9):S101-104.
11. Hubin A, De Sutter P, Reynaert C. La bibliothérapie : un outil thérapeutique efficace pour les dysfonctions sexuelles féminines ? Sexologies. avr 2011;20(2):119-124.
12. Hirsch E. Physiologie de la fonction sexuelle féminine. Louvain médical. 2005;124(10):S275-278.
13. Tignol J, Thibaut F. Module 3 - Maturation et vulnérabilité. Question 40 - Sexualité normale et pathologique.
14. Rabii R, Heddat A. Physiologie sexuelle féminine. J Maroc Urol. 2010;(18):5-9.
15. Clement P, Giuliano F. Neurophysiologie et neuropharmacologie de l'érection et de l'éjaculation. Louvain médical. 2007;126(9):78.
16. Buvat J. Hormones et comportement sexuel de l'homme : données physiologiques et physiopathologiques. Contraception, fertilité, sexualité.

24(10):767-778.

17. Giami A. Fonction sexuelle masculine et sexualité féminine. Permanence des représentations du genre en sexologie. *Communications*. 2007;(81):135-151.
18. Colson M-H. L'orgasme des femmes, mythes, défis et controverses. *Sexologies*. janv 2010;19(1):39-47.
19. Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Sexual Dysfunctions: Classifications and Definitions. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 janv 2007;4(1):241-250.
20. Bianchi-Demicheli F. Désir sexuel hypoactif chez l'homme : prise en charge en médecine sexuelle. *La sexualité: entre psyché et soma*. 24 mars 2010;241(11):614-619.
21. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*. 24 juin 2004;17(1):39-57.
22. Association InterHospitalo Universitaire de Sexologie. Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile. 2010.
23. Santtila P, Jern P, Westberg L, Walum H, Pedersen CT, Eriksson E, et al. The Dopamine Transporter Gene (DAT1) Polymorphism is Associated with Premature Ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010;7(4pt1):1538-46.
24. Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, Rosen RC, Andersson K, Althof S, et al. Original Research: Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Men. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 juill 2004;1(1):6-23.
25. Buvat J. 24e Congrès de l'European Association of Urology (EAU), mars 2009. *Androl*. 1 sept 2009;19(3):186-188.
26. Ejaculation : délai très variable. *Prescrire*. mai 2007;27(283):375.
27. Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer DH, Boolell M. Original Research-Ejaculation Disorders: A Multinational Population Survey of Intravaginal Ejaculation Latency Time. *The Journal of Sexual Medicine*. 2005;2(4):492-7.
28. Morel Journal N, Ruffion A, Campos-Fernandes J, Grima F, Leriche A. Maladie de La Peyronie: connaissances validées et hypothèses en physiopathologie,

épidémiologie, diagnostic et thérapeutique. *Pelvi-périnéologie*. 2007;2(2):135-143.

29. West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch. Intern. Med.* 14 juill 2008;168(13):1441-1449.

30. Martin-Du Pan R. Déficit en androgènes chez la femme : indications et risques d'un traitement par la testostérone ou la DHEA. *Revue Médicale Suisse*. 2007;(3104).

31. Basson R, Wierman ME, Van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med.* janv 2010;7(1 Pt 2):314-326.

32. Mimoun S. Ménopause, andropause et fonction sexuelle. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. févr 2003;31(2):141-146.

33. Bondil P. Vieillesse sexuelle : mythes et réalités biologiques. *Sexologies*. juill 2008;17(3):152-173.

34. Rapport du congrès sur la médecine sexuelle. Congrès AFU; 2012 nov.

35. Bou Jaoudé G. La dysfonction érectile d'origine médicamenteuse : mythe ou réalité ? [Internet]. 63ème Journées Internationales Francophones d'Angéiologie; 2011. Disponible sur: www.sfms.fr

36. Silvestri A, Galetta P, Cerquetani E, Marazzi G, Patrizi R, Fini M, et al. Report of erectile dysfunction after therapy with beta-blockers is related to patient knowledge of side effects and is reversed by placebo. *Eur Heart J.* 11 janv 2003;24(21):1928-1932.

37. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé. Editions La Découverte; 2008.

38. Buvat J, Glasser D, Neves RCS, Duarte FG, Gingell C, Moreira ED Jr. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: results of a population-based survey in France. *Int. J. Urol.* juill 2009;16(7):632-638.

39. Wylie K. Assessment & management of sexual problems in women. *J R Soc Med.* déc 2007;100(12):547-550.

40. De Berardis G, Pellegrini F, Franciosi M, Pamparana F, Morelli P, Tognoni G, et al. Management of erectile dysfunction in general practice. *J Sex Med.* avr 2009;6(4):1127-1134.

41. Costa P, Avances C, Wagner L. Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5.099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans. *Progrès en Urologie*. 2003;(13):85-91.
42. Buvat J, Ratajczyk J, Lemaire A. Les problèmes d'érection: une souffrance encore trop souvent cachée. *Andrologie*. mars 2002;12(1):73-83.
43. Lemaire A, Colson M-H, Alexandre B, Bosio-Le Goux B, Klein P. Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent ? D'après une enquête française de l'ADIRS. *Sexologie*. 2009;(18):32-37.
44. Spence S. Problems that patients feel are appropriate to discuss with their GPs. *J Soc Med*. 1992;(85):669-673.
45. Aschka C, Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. *J Fam Pract*. sept 2001;50(9):773-778.
46. Naeinian MR, Shaeiri MR, Hosseini FS. General health and quality of life in patients with sexual dysfunctions. *Urol J*. 2011;8(2):127-131.
47. Buvat J. Congrès 2005 de l'American Urological Association (AUA), San Antonio, Texas, USA, 21–26 Mai 2005. *Andrologie*. 2005;15(3):334-335.
48. Rosenberg MT. Diagnosis and management of erectile dysfunction in the primary care setting. *Int. J. Clin. Pract*. juill 2007;61(7):1198-1208.
49. Kostis JB, Jackson G, Rosen R, Barrett-Connor E, Billups K, Burnett AL, et al. Sexual dysfunction and cardiac risk (the Second Princeton Consensus Conference). *Am. J. Cardiol*. 26 déc 2005;96(12B):85M-93M.
50. Bondil P, Halimi S. Mise au point thérapeutique : la dysfonction érectile chez le diabétique. *Médecine des Maladies Métaboliques*. févr 2010;4(1):59-68.
51. Kirby MG, Schnetzler G, Zou KH, Symonds T. Prevalence and detection rate of underlying disease in men with erectile dysfunction receiving phosphodiesterase type 5 inhibitors in the United Kingdom: a retrospective database study. *Int. J. Clin. Pract*. juill 2011;65(7):797-806.
52. Lowentritt B, Sklar G. The effects of erectile dysfunction on patient medication compliance. *J Urol*. 2004;171(suppt (abstracts AUA 2004, San Francisco)):231 (abstract 874).
53. McLaughlin, Trent, Harnett, James, Burhani, Soraya, et al. Evaluation of Erectile Dysfunction Therapy in Patients Previously Nonadherent to Long-Term

Medications: A Retrospective Analysis of Prescription Claims. *American Journal of Therapeutics*. déc 2005;12(6):605-611.

54. Costa P, Grivel T, Giuliano F, Pinton P, Amar E, Lemaire A. La dysfonction érectile : un symptôme sentinelle ? *Progrès en Urologie*. 2005;(15):203-207.

55. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Family Practice*. 1 oct 2001;18(5):516-518.

56. Hinchliff S, Gott M, Galena E. GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations: A qualitative study. *European journal of general Practice*. 2004;10(2):56-60.

57. Atlas national du Conseil de l'Ordre des Médecins 2012. 2012 oct.

58. 668 postes d'interne vacants [Internet]. 2010 oct. Disponible sur: www.snemg.fr/Espace-presse

59. Herrenschildt Kohler A. Perceptions de la relation patient-médecin par les médecins généralistes remplaçants : Recherche qualitative par la méthode des focus groups [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2010.

60. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Série Études et Recherche N° 104 - DREES. 2011.

61. Rouy J-L, Pouchain D. Relation médecin-malade et médecine générale. EMC (Elsevier Masson SAS). 2003;1-0025.

62. Larivière-Abdoussi S. La perception du médecin généraliste remplaçant par le patient : enquête par questionnaire réalisé auprès des patients d'un échantillon de 26 médecins généralistes du département du Nord [Thèse d'exercice]. Université du droit et de la santé (Lille); 2009.

63. Lesage F. Les attentes des patients vis à vis du médecin remplaçant en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Picardie; 2010.

64. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. *Exercer*. 2008;81:49-51.

65. Frappé P. Initiation à la recherche - Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. *Global Media Santé, CNGE*. 2011.

66. Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;(84):142-145.

67. Mc Auley D, Weber W. Les secrets pour publier de la recherche en soins

primaires dans le BMJ. *Exercer*. 2012;20(100 (suppl.1)):64S.

68. Blanchet A, Gotman A. *L'enquête et ses méthodes - L'entretien - 2^e édition*. Armand Colin.

69. Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents par patients pour les hommes pour l'année 2009. *Observatoire de la médecine générale*. 2009.

70. Petrigny L. *Perception par les patients du remplaçant de leur médecin traitant habituel [Thèse d'exercice]*. [Saint-Etienne, France]: faculté de médecine; 2012.

71. Barais M, Cadier S, Chiron B, Barraine P, Nabbe P, Le Reste J. *Éjaculation précoce : stratégies pour aborder le sujet en médecine générale*. *Exercer*. 2011;(95):10-5.

72. Mach C. *Le médecin et sa pudeur : de l'obstacle à la redéfinition du rôle : enquête qualitative auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]*. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2009.

73. Farber NJ, Cederquist L, Devereaux M, Brown E. Do Extratherapeutic Factors Affect Residents' Decisions to Prescribe Medication for Erectile Dysfunction in Ethically Challenging Scenarios? *Academic Medicine*. déc 2011;86(12):1525-1531.

74. Shindel AW, Ando KA, Nelson CJ, Breyer BN, Lue TF, Smith JF. Medical student sexuality: how sexual experience and sexuality training impact U.S. and Canadian medical students' comfort in dealing with patients' sexuality in clinical practice. *Acad Med*. août 2010;85(8):1321-1330.

75. Ssi-Yan-Kai N. *Acceptabilité de l'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention des IST en médecine générale*. Université Paris 5; 2010.

76. Zaharias G, Piterman L, Liddell M. Doctors and patients: gender interaction in the consultation. *Acad Med*. févr 2004;79(2):148-155.

77. Andrade J de, Noussenbaum G. *Dysfonctions sexuelles et parcours de soin : la place du sexologue : enquête auprès de 105 médecins généralistes*. 2009.

78. Hoerni B. *Pratique médicale et sexualité*. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2000 déc.

79. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician Gender Effects in Medical Communication. *JAMA*. 14 août 2002;288(6):756-764.

80. Verdonk P, Benschop YWM, Haes HCJM, Lagro-Janssen TLM. From gender bias to gender awareness in medical education. *Advances in Health Sciences Education*. 15 févr 2008;14(1):135-152.

81. Frappé P, Attali C, Matillon Y. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale. *Exercer*. 2010;(91):41-6.
82. Raineri F. Les dysfonctions sexuelles. *La Revue du praticien. Médecine générale*. 13 oct 2003;17(626):1264-1265.
83. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. *Singuliers généralistes. Sociologie des Médecins Généralistes [Internet]*. 18 févr 2010 ; Disponible sur: <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00511538>
84. Hitt J. The second sexual revolution. *The New-York Times*. févr 2000;
85. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore SE, Fry-Johnson Y. Sexual history-taking among primary care physicians. *J Natl Med Assoc*. déc 2006;98(12):1924-1929.
86. Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royen P, et al. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. *Family Practice*. 1 févr 2003;20(1):11 -15.
87. Hinchliff S, Gott M, Galena E. 'I daresay I might find it embarrassing': general practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health & Social Care in the Community*. 1 juill 2005;13(4):345-353.
88. Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid M. Sex After Seventy: A Pilot Study of Sexual Function in Older Persons. *The Journal of Sexual Medicine*. sept 2007;4(5):1247-1253.
89. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Family Practice*. 1 déc 2003;20(6):690 -695.
90. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Soc Sci Med*. juin 2004;58(11):2093-2103.
91. Algrain V, Zdanowicz N, Reynaert C, Godenir F. La vie affective et sexuelle des belges après 50 ans : présentation de l'étude épidémiologique « Zénith 2005 ». *Louvain médical*. 2006;125(4):107-115.
92. Galand É. Quelles sont les motivations à rester médecin généraliste remplaçant ? : méthode focus group et entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.

93. Walter J-C. Difficultés et attentes du médecin généraliste vis-à-vis du médecin remplaçant à Paris [Thèse d'exercice]. 2007.
94. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie médicale*. mai 2004;5(2):110-126.
95. Lussier M-T, Richard C. En l'absence de panacée universelle Répertoire des relations médecin-patient. *Can Fam Physician*. 8 janv 2008;54(8):1096-1099.
96. Bombeke K, Simons L, De Winter B, Debaene L, Schol S, Van Royen P. Apprendre des techniques de communication : (dé)motivant pour une approche centrée sur le patient ? *Exercer*. 2011;(96 (supp.2)):78-79.

ANNEXES

- Guide d'entretien Version 1
- Guide d'entretien Version 2

- Verbatim 1 / Analyse Verbatim 1
- Verbatim 2 / Analyse Verbatim 2
- Verbatim 3 / Analyse Verbatim 3
- Verbatim 4 / Analyse Verbatim 4
- Verbatim 5 / Analyse Verbatim 5
- Verbatim 6 / Analyse Verbatim 6

GUIDE D'ENTRETIEN_V1

Introduction :

Rappel du sujet de thèse.

L'entretien permet de mettre en valeur les représentations et les pratiques. La conversation est enregistrée puis retranscrite mot à mot dans son intégralité. Ensuite elle est codée pour être analysée. Tout ce travail est bien sûr anonyme et soumis à ton approbation si tu le souhaites, afin que l'analyse soit au plus près de ton expérience.

Les questions ne sont là que pour guider la discussion ; les réponses sont libres, peuvent sortir du cadre de la question ou induire d'autres questions.

(Les termes en italiques concernent les sujets de relance)

Présentation

1/ Peux-tu te présenter en tant que médecin remplaçant.

Age, Situation Familiale, Remplacement fixe ou occasionnel, Expérience, Rural ou urbain.

Médecin et santé sexuelle

2/ Quelle formation as-tu reçue en sexologie ?

Lieu et type de formation, Formation suffisante ?

3/ D'une manière générale, l'abord de ces sujets intimes est-il quelque chose de facile pour toi en tant que soignant ?

Interrogation sur les facteurs : âge, genre, formation, expérience.

4/ Connais-tu la notion de santé sexuelle ? Comment la définirais-tu ?

Lecture de la définition de l'OMS de 1975 : « *La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counseling (orienter, aider, informer, soutenir, traiter) et les soins concernant la procréation ou les MST.* »

Médecin remplaçant et dysfonctions sexuelles :

5/ En tant que médecin remplaçant es-tu concerné, pour tes patients, par cette notion de santé sexuelle ?

Rôle ? Dépistage ? Comportement des patients avec MR pour ces problèmes ?

6/ Peux tu me raconter une situation clinique où un patient a exprimé une dysfonction sexuelle ?

Demande volontairement exprimée avec le remplaçant ? Second avis ?

Prise en charge complète de la plainte ? Réorientation vers le médecin traitant, vers un spécialiste ? Consultation dédiée pour dysfonctions sexuelles lors d'un remplacement ?

Demande de ne pas transmettre l'information au médecin remplacé ?

7/ Concernant le genre du patient, du médecin remplaçant et celui du médecin traitant quel est l'impact sur la prise en charge des dysfonctions sexuelles ?

Conclusion:

As-tu des commentaires à ajouter sur notre entretien ?

Son déroulement, le lieu et l'horaire ?

(Avais-tu déjà participé à un travail de recherche qualitative ?)

GUIDE D'ENTRETIEN_V2

Introduction :

Rappel du sujet de thèse.

L'entretien permet de mettre en valeur les représentations et les pratiques. La conversation est enregistrée puis retranscrite mot à mot dans son intégralité. Ensuite elle est codée pour être analysée. Tout ce travail est bien sûr anonyme et soumis à ton approbation si tu le souhaites, afin que l'analyse soit au plus près de ton expérience.

Les questions ne sont là que pour guider la discussion ; les réponses sont libres, peuvent sortir du cadre de la question ou induire d'autres questions.

(Les termes en italiques concernent les sujets de relance)

Présentation

1/ Peux-tu te présenter en tant que médecin remplaçant.

Age, Situation Familiale, Remplacement fixe ou occasionnel, Expérience, Rural ou urbain.

Médecin et santé sexuelle

2/ Quelle formation as-tu reçue en sexologie ?

Lieu et type de formation (Faculté, Congrès, Formation Médicale Continue).

3/ D'une manière générale, l'abord de ces sujets intimes est-il quelque chose de facile pour toi en tant que soignant ?

Interrogation sur les facteurs : âge, genre, formation, expérience, relation médecin-malade, société.

4/ Connais-tu la notion de santé sexuelle ? Comment la définirais-tu ?

*Lecture de la définition de l'OMS de 1975 : « La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le *counseling* (*orienter, aider, informer, soutenir, traiter*) et les soins concernant la procréation ou les *MST*. »*

Médecin remplaçant et dysfonctions sexuelles :

5/ Peux-tu me raconter une situation clinique où un patient a exprimé une dysfonction sexuelle ?

Demande volontairement exprimée avec le remplaçant ?

Comportement du patient lors de la consultation ?

Prise en charge ? Consultation dédiée ? Réorientation vers le médecin traitant ? Qui sont les correspondants ?

Transmission de l'information au médecin remplacé ? Autorisation du patient ? Refus ?

6/ En tant que médecin remplaçant es-tu concerné, pour tes patients, par la notion de santé sexuelle ?

Dépistage ? (Préciser les facteurs facilitant le dépistage par le médecin remplaçant)

Second avis ? Renouvellement ? Suivi ? Demande « minute » ?

7/ Concernant le genre du patient, du médecin remplaçant et celui du médecin traitant quel est l'impact sur la prise en charge des dysfonctions sexuelles ?

Conclusion:

As-tu des commentaires à ajouter sur notre entretien ?

(Avais-tu déjà participé à un travail de recherche qualitative ?)

VERBATIM ENTRETIEN N°1 – 27 min

E = Enquêteur

I = Interviewé

E : Je te redéfinis un peu le sujet, c'est sur la prise en charge des dysfonctions sexuelles (DS) par le médecin remplaçant (MR).

I : Par le MR, d'accord !

E : C'est un entretien, on discute, donc ça permet de mettre en valeur les représentations et les pratiques. Le but c'est vraiment que la conversation soit libre, il y a des questions pour guider le cadre, mais si toi tu juges qu'il y a des champs à explorer, sur lesquels je ne t'ai pas interrogée, toi tu peux rajouter ce que tu veux. C'est aussi ton discours qui va me coordonner l'ensemble des questions et voir un petit peu dans quel sens je vais aller. Si il y a des champs qui paraissent plus importants pour les MR, à développer, je vais les rajouter pour les entretiens suivants.

I : Et du coup tu ne cherches pas plutôt des gens qui remplacent depuis longtemps, parce que... pour tout ce qui est le suivi des gens parce que moi des gens j'en ai vus pour des DS, le problème c'est que je ne les ai pas revus !

E : C'est tout le principe des MR et c'est pour ça que le recrutement pour les entretiens doit prendre en compte l'expérience. Donc le travail est enregistré donc tu peux relire le verbatim, donc ça c'est le texte retranscrit ; et ensuite si tu veux tu peux relire aussi l'analyse, ça a pour intérêt que tu me dises si j'ai correctement interprété et compris le sens de tes phrases, il ne faut pas que je fausse en codant la chose que tu as voulu exprimer et le sens que tu as voulu donner aux

mots ou à une expression. Et ensuite qu'est ce qu'on peut préciser, c'est ... bon bah voilà c'est anonyme et voilà.

Pour commencer est-ce que tu peux te présenter en tant que MR... décrire ton type d'exercice en tant que remplaçant.

I : Donc là, donc moi déjà j'ai fini mon internat là en novembre 2011, j'ai commencé à remplacer avant en janvier 2011 donc là, ça fait un petit peu plus d'un an que je remplace, sur la fin de mon internat j'ai peu remplacé, parce que c'était surtout sur les périodes de congés et c'était surtout les médecins que j'avais vus en stage en fait que je remplaçais à l'occasion et là depuis la fin de l'internat je remplace, fin, des médecins de la région péri-lilloise que je connaissais ou des médecins d'où je viens car moi je viens du Pas-de-Calais, je remplace dans le village d'où je viens !

E : Donc c'est plutôt des remplacements en ville ? En milieu rural ?

I : Alors je cherche la campagne, je cherche le rural, il y a juste un médecin que j'ai remplacé sur X (urbain).

E : Et donc, c'est des remplacements fixes pour l'instant c'est toujours les mêmes médecins chez lesquels tu reviens depuis un an ?

I : Oui un peu près

E : Ok, ton âge ?

I : 28 ans !

E : Et ta situation familiale, si tu as des enfants ?

I : Je suis pacsée, et j'ai pas d'enfant !

E : Très bien et donc pour l'expérience tu m'as déjà dit que tu avais commencé depuis un an.

Donc maintenant est-ce que tu pourrais me préciser un petit peu la formation que tu as reçue en sexologie.

I : Ah bah ça va être bref, aucune !

E : D'accord

I : Non, j'ai eu un cours pendant mon internat, ... euh sur le milieu de l'internat, fait par un sexologue qui était très très bien et c'était un cours de 3 heures où il a fait essentiellement la dysfonction érectile (DE).

E : D'accord, en dehors de ça en formation, en congrès...

I : Très peu, c'est vrai que sur les congrès que j'ai faits... alors moi je m'oriente beaucoup vers la pédiatrie, moi spontanément j'ai fait plus de formation de pédiatrie, après c'est vrai que la sexologie j'aime bien ! Mais je suis jamais aller chercher la formation... juste une info, je suis de la catho, fin j'ai fait toutes mes études à la catho

E : Ok. Et donc par rapport à la prise en charge de la sexualité en général est-ce que pour toi c'est quelque chose de facile en tant que soignant ?

I : Alors la prise en charge je sais pas... enfin moi, en tant que soignant en discuter avec les gens moi je sais que ça ne me gêne pas du tout ! Y'en a beaucoup que ça gêne, moi je sais que ça ne me gêne pas du tout ! Après... euh le truc c'est que c'est plus compliqué pas en tant que soignant mais en tant que remplaçant ! Parce que les gens tu ne les connais pas ils savent très bien qu'ils risquent de ne pas te revoir... euh... c'est difficile d'aborder le sujet en général c'est vrai que... c'est un sujet un peu tabou donc t'en parles quand tu connais bien les gens, souvent, ou quand tu es à l'aise avec eux quand tu es remplaçant tu as rarement le temps d'être complètement à l'aise avec les gens, donc c'est pas forcément facile.

E : Donc c'est plutôt l'ancienneté de la relation avec le patient qui te gêne plus que l'âge ou le genre du patient ?

I : Alors euh le genre, c'est vrai que c'est peut être plus facile avec les femmes qu'avec les hommes ! Les femmes surtout quand on fait un examen gynéco, y'a aucun problème elles

viennent quasiment pour ça... euh ... c'est vrai que les hommes ont beaucoup plus de mal souvent en plus... euh... fin... avouer une DE à une jeune femme, plus jeune qu'eux en général donc ça c'est vrai que c'est plus difficile. Donc c'est vrai que le genre du patient c'est plus facile avec les femmes qu'avec les hommes... euh... le fait que je sois plus jeune aussi je pense, et que je fasse déjà beaucoup plus jeune !

E : L'âge ou l'expérience alors du coup ?

I : Les deux, ah oui oui les deux, parce que souvent les gens... euh... déjà je fais plus jeune et puis les gens me voient et me disent « ah bah ils posent des questions, bah vous avez terminé quand ? Ah vous êtes toute jeune etc.... donc forcément de... de part l'expérience professionnelle, j'ai moins d'expérience qu'un médecin qui a 50 ans, c'est quand même... c'est quand même normal !

E : Alors est ce que tu connais la notion de santé sexuelle ? Est-ce que c'est une notion que t'as entendue... euh...

I : Alors on l'a... je pense, je l'ai déjà entendue... on a dû le mentionner au seul cours que j'ai eu pendant mon internat, ça me dit quelque chose...

E : Et comme ça dans tes souvenirs comment tu...

I : Comment je définis la santé sexuelle ? Un bien être ! Comme la définition de la santé, un bien être sexuel ! Alors... ça dépend des gens, je suppose... chacun a sa définition de la santé sexuelle, je suppose qu'il faut avoir une sexualité épanouie sur le plan, afin chacun a ses objectifs après de ... euh je sais pas de fréquence ou de qualité, c'est juste être satisfait !

E : C'est exactement ça ! Je vais peut-être te relire la définition de l'OMS, ça implique effectivement la notion de satisfaction - lecture de la définition OMS –

I : D'accord...

E : Alors maintenant est-ce que qu'il te vient à l'esprit une consultation au cours de laquelle tu as abordé une DS pendant un remplacement avec un patient

I : Alors euh... avec un patient... enfin... euh... avec les patientes on va dire... ça va plus être elles qui vont venir en parler... qui disent bah je sais pas moi...souvent c'est au cours d'un examen gynéco. Ou si elles... elles viennent pour une raison et puis au milieu de la consultation elles vont dire ah bah j'ai une sécheresse vaginale ou alors j'ai des douleurs pendant les rapports, des trucs comme ça... c'était quoi déjà le début de la question je sais même plus ?

E : Une consultation est ce que tu peux me choisir une consultation qui te vient et la décrire.

I : Une consultation ! Alors, je vais essayer de prendre quelque chose de récent parce que là...

E : Oui.

I : Là par exemple mon dernier remplacement, ça fait un moment que j'ai pas travaillé c'était début février. Euh c'est un patient qui venait parce que effectivement... et donc il voulait... euh il venait... euh... parce qu'il voulait euh... du viagra ! Et parce qu'en fait, après il m'a raconté qu'il avait des problèmes avec sa femme que sa femme... bon y'avait toute une histoire... elle voulait être dans un couple libre... lui il n'était pas d'accord, fin bon y'a eu toutes des histoires comme ça... et donc depuis ces histoires avec sa femme, ça faisait deux mois, des problèmes de DE et bon bah voilà... fin il était très... euh lui il en a parlé... il était jeune... une quarantaine d'années, sa femme à peu près le même âge.

E : Ils étaient à deux pendant la consultation ?

I : Non, il est venu tout seul sa femme voulait pas en parler ! J'ai dit, bah est-ce que votre femme voudrait venir en discuter ? Même venir discuter à deux de vos problèmes de

couple ? Et elle ne voulait pas parce que pour sa femme ça n'était pas un problème de couple !

E : Et c'est lui qui... qui... c'était sa demande principale ?

I : C'était sa demande principale parce que depuis ce problème là, depuis qu'il savait que sa femme voulait aller voir ailleurs, lui forcément ça le perturbait et il disait qu'il n'y arrivait plus !

E : D'accord et donc tu penses que ce patient est venu te voir parce que tu étais le MR ou parce que c'était le hasard des consultations et du moment ?

I : C'était un remplacement ... euh en fait, de dernière minute, inopiné complètement... J'ai remplacé un médecin qui était malade, ça s'est fait quasiment du jour au lendemain.

E : Donc le rendez-vous était probablement déjà prévu.

I : Ouais, mais ça lui a pas posé de... Il m'en a parlé tout de suite, il m'a dit que ça ne lui posait pas de problème

E : Donc il voulait pas spécialement voir son médecin à lui, il est tombé sur le médecin remplaçant et il a pu exprimer... euh...

I : Ça avait pas l'air en tout cas de le gêner et il a dit... vous êtes médecin c'est bon on peut en parler... parce qu'après du coup je lui ai dit il faudra revenir... pour discuter... si vous êtes d'accord je le note dans l'ordinateur pour que le médecin soit au courant... etc. Mais faudra revenir la revoir.

E : Donc sur ça tu lui as demandé l'autorisation de transmettre l'information au médecin ?

I : Oui ça je le fais tout le temps ! (*Précision mail : pour les problèmes liés aux sujets intimes, problèmes psychologiques, problèmes de couple, DS*)

E : D'accord et est-ce que c'est un médecin que tu as de nouveau remplacé par la suite donc est-ce que tu as pu proposer au patient... de...

I : Je vais la re-remplacer là, aux vacances d'avril, mais je dis pas au patient quand je reviens... parce que... fin voilà en plus c'était un remplacement qui n'était pas prévu et puis je suis là en remplacement, fin je remplace leur médecin pas en tant moi même mais juste en temps que remplaçant !

(Précision mail : le médecin remplaçant peu être défini comme un médecin de substitution) Donc que ce soit moi ou le médecin pour moi c'est le même suivi donc l'important c'est d'avoir un suivi de toute façon et je lui dis pas « bah venez me revoir en avril ».

E : D'accord, ok, et là le médecin que tu remplaçais c'est un homme ou une femme ?

I : Une femme

E : Une femme d'accord ok, euh, on ne t'a jamais demandé de ne pas transmettre l'information au médecin... que tu remplaçais ?

I : Euh... je réfléchis bien, pas pour cette consultation là mais pour des autres... euh... alors après c'était pas pour des problèmes de DS mais j'ai eu une patiente qui pensait être enceinte, mais qui était pas sûre qui avait eu des douleurs pelviennes etc. qui voulait pas que je le dise au médecin en question, donc je l'ai pas mis dans l'ordi, j'ai juste fait une ordonnance papier... mais sinon pour des problèmes sexuels en eux-mêmes, non jamais !

E : D'accord et là c'était sa première demande au patient pour prise en charge pour DE ?

I : Oui c'était tout récent puis c'était lié à ses problèmes de couples, je dis ça faisait deux mois mais je sais plus exactement mais c'était vraiment hyper récent donc c'était la première fois qu'il venait formuler cette demande

E : D'accord et euh est-ce que du coup tu l'as pris en charge complètement une petite démarche étiologique et puis une

prescription à la fin de la consultation, ... la prise en charge, tu l'as clôturée terminée et puis...

I : Alors clôturée... en 15 min c'est un peu difficile

E : Bah oui...

I : Donc je ne pense pas que je l'ai faite complètement... euh mais voilà, je lui ai posé des questions sur ses antécédents si il fumait... si... etc. je l'ai examiné... je lui ai prescrit un bilan lipidique... Il était tabagique, il avait 40 ans je lui ai dit d'aller voir un cardiologue quand même pour faire un point...euh

E : Le sujet était lancé en tout cas et le patient était satisfait de ...

I : Voilà ! A priori oui, j'espère (rires), je n'ai pas eu de retour après mais donc...

E : D'accord, ok, là c'était pas un second avis, le patient n'avait jamais demandé auparavant, ça t'est déjà arrivé d'avoir un second avis concernant une DS ?

I : J'ai eu des renouvellements de traitement, surtout du viagra, mais alors un autre avis... euh... par rapport au traitement ou si il y avait autre chose à faire... euh non ou alors peut être plus des dames pour des problèmes, sinon plus après la ménopause pour des problèmes de sécheresse vaginale juste après la ménopause... elles ont eu un traitement une dizaine de jour par des... par des ovules... ça marchait pas trop et puis elles m'ont demandé bah est ce que il y a autre chose que l'on peut faire pour les sécheresses vaginales, sinon c'est tout. Ils n'ont jamais remis en questions le traitement de leur médecin, pas devant moi en tout cas !

E : Et donc est-ce que tu penses que toi vraiment en tant que médecin remplaçant tu as un rôle particulier que ce soit dans le type de prise en charge euh dans le dépistage, dans euh... est-ce que tu penses avoir une situation particulière... ?

I : Dans le dépistage, oui parce que aussi... euh alors ! C'est bien de connaître son patient, justement on est plus à l'aise pour aborder certains sujets qu'ils peuvent considérer comme tabou... mais d'un autre côté ne pas connaître les gens... par exemple le dépistage pour tout ce qui est MST, maintenant voilà il y a toutes les nouvelles recommandations là... euh il faut prescrire à tout le monde, bah c'est plus facile quand on connaît pas, allez hop on va... vous en êtes où de vos vaccinations, vos dernières prises de sang c'était quand, ah bah tiens maintenant on propose le dépistage des maladies sexuellement transmissibles, est-ce que vous l'avez déjà fait ? Est ce que ça vous intéresse, par exemple !

E : Et donc là sur des sujets intimes tu te lances plus facilement c'est ça ?

I : Voilà au moins pour le dépistage, parce que maintenant voilà il y a l'histoire du dépistage de masse etc. donc je pense que c'est beaucoup plus facile... Après quand on a un homme de 50 ans qui fume, moi jamais j'ai posé la question « est-ce que vous avez des problèmes érectiles ? Jamais. Les dames qui sont ménopausées par contre je peux plus facilement leur poser les questions est-ce que vous avez des problèmes de sécheresse vaginale, des douleurs pendant les rapports...

E : D'accord donc tu fais quand même un dépistage sur ces DS... chez certains patients...

I : Oui avec les femmes, c'est plus facile qu'avec les hommes, avec les hommes, j'attends qu'ils m'en parlent, c'est vrai qu'en général j'aborde pas... euh. Et avec les femmes j'en parle seulement quand elles viennent par exemple pour un examen gynéco ou pour... parce qu'elles ont des bouffées de chaleur... quand c'est un peu orienté... quand elle viennent pour un rhume... euh...

E : Et donc aussi, l'âge joue dans ton dépistage ?

I : Oui, oui c'est autour de 50 ans et, autour de 50 ans bah quand il commence à y avoir des problèmes etc., bon après il y a tout ce qui est femmes enceintes etc. et les jeunes... les jeunes qui viennent, les filles pour la pilule etc. surtout quand c'est une première prescription, ... bah là c'est hyper facile parce qu'elle viennent pour parler de sexualité, donc souvent c'est comme ça que...

E : D'accord

I : Les personnes âgées euh... j'y pense jamais !

E : Et les patients comment ils se comportent quand toi tu abordes le sujet ?

I : Bah ça les gêne pas, surtout... Alors les jeunes je pense qu'ils sont très contents... parce que surtout le fait d'être jeune moi aussi... et que c'est pas le médecin de famille qui les connaît depuis qu'ils ont 10 ans, c'est beaucoup plus facile... pour eux... pour les jeunes. Après les dames... les dames de la cinquantaine c'est pareil... elles ont... euh... euh beaucoup moins de tabous que les hommes, je trouve... pour en parler. Non, globalement j'ai jamais eu de mauvais retour de patient qui me disait j'ai pas envie d'en parler...

E : Ou un sentiment de gêne ou ils se sont bloqués...

I : Globalement, quand on aborde le sujet, ils... au contraire je pense qu'il se disent ah bah tiens je vais pouvoir en parler, y'a quelque chose que j'avais envie de dire... non je pense que ça les... fin j'ai jamais ressenti de gêne particulière.

I : Euh est-ce qu'il y a déjà un patient qui est venu te voir parce que tu étais un MR et parce que t'étais quelqu'un de neutre ou tu t'en ais pas rendu compte ?

I : Non

E : Je ne m'en suis pas rendu compte euh, pas en tout cas pour des problèmes sexuels. Pour d'autres problèmes oui, des gens qui revenaient me voir par ce que je les avais déjà vus

que ça s'était bien passé... et... ou même pour des... quand je remplace des hommes médecins... des femmes qui viennent pour des problèmes gynéco ça c'est hyper hyper fréquent, ça arrive à tout le monde je pense. Mais spécifiquement moi pour des problèmes sexuels non.

E : D'accord, ça passe toujours par la prise en charge d'un examen gynéco...

I : Oui Oui

E : Et est-ce que... là, tu m'as parlé d'une situation où tu remplaçais un médecin femme, est ce que le genre du patient, du médecin remplacé et du médecin remplaçant, a un lien dans la fréquence des consultations pour ce type de problème, est-ce que le fait pour toi d'être une femme et de remplacer un homme et d'avoir des patients hommes qui viennent te voir ou des patients femmes qui viennent te voir...

I : Alors d'être une femme et de remplacer un homme, y'a beaucoup plus de femmes qui vont venir te parler euh de leurs problèmes... parce que y'a la phrase typique... la femme qui vient pour complètement autre chose et après qui te dit...

« Puisque vous êtes une femme » et qui là va te parler de ses problèmes... et ça c'est... euh... tout le monde, mes copines c'est pareil, quand on discute le fait de remplacer un médecin homme en étant une femme, les femmes vont beaucoup plus venir te parler.

D'être une femme et de remplacer un médecin homme, les hommes sont beaucoup plus gênés, s'ils étaient venus parce qu'ils ont un problème, même pas seulement de DS mais un problème de prostatite ou de chose comme ça, ils vont être beaucoup plus gênés par le fait que tu sois une femme parce que pour eux dans leur tête c'est... bah je vais aller voir un homme ça va aller... et pas de bol c'est une femme... bon... des fois y'en a qui veulent pas du coup en parler...

E : T'as eu des refus ?

I : Surtout tout au début, bah en fait pas en tant que remplaçante, parce qu'en tant que remplaçante c'est difficile de refuser. (*Précision mail : En tant que remplaçante si ça les embête ils disent plutôt « je ne savais pas que ce serait une femme mais tant pis, vous êtes médecin quand même ! », c'est souvent comme ça. Quand c'est ça je leur dit que si ils veulent et si ce n'est pas urgent, ils peuvent attendre le retour du médecin mais en général si ils sont là ils ne reculent pas !*) Mais en SASPAS, des hommes qui venaient pour je sais pas épididymite, prostatite ou, euh je sais pas, hématospermie, des trucs comme ça... et ça m'est déjà arrivé qu'ils disent « Bon bah je préfère attendre et voir le médecin »... Ce que je ce que comprends tout à fait... c'est pas forcément très drôle... Et puis être une femme remplacer une femme et bien ça change rien !

E : D'accord les patients sont habitués... euh... alors est-ce que tu penses qu'il y a encore d'autres choses que tu penses être intéressantes... des commentaires... sur ce sujet... sur...

I : Bah je pense que le problème du MR c'est... fin que la prise en charge des DS c'est quelque chose qui se suit donc euh... Toi t'arrives là une fois, t'es ponctuel, à la limite initier une prise en charge euh oui parce que si le patient est d'accord on note tout dans l'ordinateur on note l'examen note les bilans complémentaires et puis après on dit bah vous reviendrez voir le médecin pour en rediscuter. Arriver comme ça en plein milieu d'un truc... si le patient il discutait avec le médecin... si il est pris en charge depuis, je sais pas moi, 6 mois 1 an, arriver en plein milieu d'un truc souvent les patients ils ont pas envie de se re-remettre à raconter leur problème etc. Donc ils vont dire bah faites moi juste mon renouvellement et puis je reviendrai pour parler, je reviendrai quand le médecin sera

revenu, souvent c'est ça quand ils sont déjà lancés dans une prise en charge. C'est comme pour les problèmes psy, hein, souvent quand ils sont déjà lancés dans une prise en charge souvent ils ont du mal à tout re-raconter.

Après pour tout ce qui est dépistage là je pense que... on peut... que on a quelque chose à faire et ça c'est beaucoup plus facile peut-être même pour le remplaçant que pour le médecin installé. *(Précision mail : le dépistage des DS je voulais dire que c'est plus facile car c'est un regard nouveau, mais pas parce que c'est mieux accepté par le patient, ni moins culpabilisant).* C'est plus facile d'y penser, puisqu'on refait le point sur l'état de santé des gens donc c'est facile de poser des questions.

E : Plus facile d'y penser ou plus facile de le faire ?

I : Bah alors les deux, parce que plus facile d'y penser parce que spontanément quand on revoit les gens, quand on les connaît pas bah ça fait partie... ça pourrait quasiment faire partie de l'interrogatoire. Bah voilà vos antécédents, est-ce que vous fumez, est-ce que vous buvez, votre dernière prise de sang, bah voilà votre dernier dépistage MST etc., bah voilà on peut le demander. Donc c'est facile d'y penser parce que ça fait partie des choses pof pof pof, interrogatoire antécédent. Plus facile à faire qu'un médecin installé ? Non, fin, en soit c'est pas très compliqué à faire, faut surtout y penser !

I : Donc toi tu penses que quand tu seras installée, t'arriveras encore à avoir cette démarche systématique de dépistage ou...

I : Ah non, c'est parce que... euh, fin il faut y penser c'est ça le problème et euh c'est facile d'y penser quand on voit les gens pour la première fois parce que bah il y a des questions qu'on pose comme ça toujours ! Au fur et à mesure les gens on connaît leurs antécédents on connaît leurs habitudes et voilà ils viennent pour leur traitement pour la tension, ils viennent

pour un vaccin ou autre et on pense pas forcément à reposer toute les questions.

E : Donc tu penses qu'on est moins systématique qu'on a pas le regard nouveau à chaque fois de...

I : Voilà c'est ça, ils sont plus systématiques pour d'autres choses, ils ont plus l'habitude, ils connaissent bien les gens etc., donc ça a quand même un avantage de connaître bien ses patients mais pour certaines chose pour certaines questions... c'est exactement la même chose pour les vaccins, tous les patients qui sont suivis depuis hyper longtemps par leur médecins depuis plus de 10 ans au bout d'un moment le médecin souvent il oublie de poser la question des vaccins, il oublie d'en reparler parce que bah il oublie la notion du temps, ça fait tellement longtemps qu'il les connaît il sait plus..

E : Et donc tu penses que le rappel pour dépister les DS ça pourrait être fait comme un rappel de vaccin dans le dossier médical informatisé ?

I : Bah oui, surtout par rapport aux facteurs de risques, voilà... il fume ou alors bah il commence à avoir plus de 40 ans... ou la femme plus de 50 ans fin voilà il pourrait y avoir des trucs comme chez les enfants, les ado, on essaie de penser pareil à leur vaccin, à leur vitamine D. Bah chez le patient de 50 ans, on pourrait essayer de penser si il y a des rappels. Bah les logiciels informatiques sont super bien fait pour ça !

E : Et est-ce que tu as déjà eu une consultation où tu n'as pas su répondre à la demande d'une prise en charge d'une DS, où c'était une DS que tu ne savais pas caractériser, que tu ne connaissais pas ?

I : Alors pour le moment j'ai pas encore suffisamment d'expérience pour... dans le domaine, souvent les DS c'était euh les DE des hommes la plupart du temps euh et sinon les femmes plus la sécheresse vaginale, ou des douleurs des

dyspareunies, après euh j'ai pas eu beaucoup d'autres situations, en tout cas pas que je me souviens dans l'immédiat, j'ai jamais eu vraiment de situations problématiques... après sinon bah on peut toujours prendre l'avis d'un sexologue...

E : Pour l'instant ça ne t'est pas arrivé d'adresser pendant ton remplacement ?

I : Non ! A un cardiologue pour faire les bilans pour les messieurs.

E : Mais sinon tu as toujours trouvé une solution ?

I : Ou à un gynéco quand il y avait besoin de quelque chose de particulier pour les dames...

E : Donc pour les dames, tu as plutôt utilisé le versant gynéco que sexologue ?

I : Oui

E : Et parce que c'est... sexologue tu ne connais pas sur les secteurs où tu remplaces...

I : C'est parce que sur les secteurs je ne connais pas, que les dames de toute façon souvent elles ont un suivi gynéco donc elles connaissent déjà un gynéco et voilà c'est déjà.. c'est plus facile et puis bon... les sexologues... je sais pas combien y'en a je sais pas... je connais pas leurs délais etc., je sais qu'il y en a des très bien, par exemple je sais que celui qui nous a fait cours là, il y a deux ans il était très bien mais voilà, fin, il exerce à Lille moi quand je vais dans le Pas-De-Calais je ne vais pas dire, bah le seul nom que je connais c'est à Lille, c'est pas hyper pratique !

E : Et l'urologue ?

I : Pour les messieurs ? ... Non, j'ai pas le réflexe, à la limite j'irai plus soit... plus vers le... pour les messieurs, plus vers le sexologue que l'urologue.

E : Et donc tu projettes de t'installer, j'ai oublié de te poser la question tout à l'heure ?

I : Oui, mais alors pas tout de suite, la je fais des remplacements, je passe ma thèse etc. je vais partir pour une petite année sabbatique, humanitaire et je m'installerai d'ici quelques années et... campagne !

E : Et tu as fait un SASPAS

I : Oui

E : D'accord, ok... est-ce que tu as encore quelque chose à ajouter ?

I : Ah c'est pas facile comme ça, mais euh non... enfin un remplaçant qui aurait plus d'expérience aurait plus de chose à raconter...

ANALYSE VERBATIM 1

Présentation / médecin remplaçant 1 (MR1):

Femme, 28 ans, en couple, pas d'enfant
Expérience 1 an
Remplacements +/- fixes, milieu rural
Formation université catholique de Lille
Exercice libéral envisagé à moyen terme
N'a jamais participé à un travail de recherche qualitative

Formation en sexologie / MR1 :

Trois heures de formation par un sexologue, pendant l'internat, essentiellement sur la dysfonction érectile.
Pas de formation continue sur le sujet.
Peu d'expérience concernant la prise en charge des dysfonctions sexuelles (DS).
Intérêt pour la sexologie.
Connaissance de la notion de santé sexuelle.

Liste des codes / MR1 :

Importance du suivi pour la prise en charge des DS.
Abord facile des DS en tant que soignant.
Sujet tabou pour les médecins en général.
L'abord des DS est plus compliqué en tant que remplaçant qu'en tant que soignant.
Difficultés liées à une relation médecin-malade occasionnelle.
Influence du genre du patient.
Abord des DS via l'examen gynécologique pour les femmes.
Difficultés pour un jeune médecin de prendre en charge des DS.
Manque d'expérience.
Inexpérience assumée.

Age jeune du praticien associé par le patient à un manque d'expérience du médecin remplaçant (âge réel ou ressenti).
Abord de la DE comme motif principal de consultation.

Les DS en général sont exprimées par le patient en second motif.

Le patient considère le médecin remplaçant comme un médecin à part entière.

Demande l'accord du patient pour consigner les informations concernant les DS dans le dossier médical.

Patient informé que le suivi ultérieur de la DS se fera avec le médecin remplacé.

Le médecin remplaçant est un médecin de substitution.

Pas de suivi proposé avec le médecin remplaçant.

Pas de suivi dans les conditions d'exercice d'un remplacement.

Pas de retour sur les prises en charge.

Le patient accepte toujours la transmission de l'information au médecin remplacé pour des DS.

Prise en charge la plus complète possible des DS par le médecin remplaçant au cours d'une consultation unique.

Prise en charge ponctuelle satisfaisante pour le médecin remplaçant.

Le renouvellement des traitements pour DE est fréquent pour le médecin remplaçant.

Second avis demandé au médecin remplaçant pour DS si échec thérapeutique.

Le regard nouveau sur le dossier médical facilite le dépistage et la prévention par le médecin remplaçant.

La relation médecin-malade forte et ancienne du patient avec son médecin traitant peut être un obstacle à l'abord des DS.

Le dépistage du médecin remplaçant est partiel en santé sexuelle. (IST, DS de la ménopause, contraception)

Les patients jeunes apprécient l'abord de la sexualité avec le médecin remplaçant.

Pas de dépistage pour les sujets âgés.

Les femmes ont moins de tabou que les hommes pour aborder le sujet des DS.

Le patient apprécie quand le MR aborde les DS.

Le remplacement d'un médecin homme par un médecin femme influence l'abord des DS par les patients

(Augmentation des consultations de gynécologie et difficultés d'abord des sujets intimes avec les hommes).

Quand le patient a l'initiative de l'abord des DS, le genre et la qualité du médecin n'influent pas.

Remplacer un médecin du même genre n'a pas d'impact sur la fréquence des consultations pour DS.

La difficulté majeure pour la prise en charge des DS au cours d'un remplacement est liée au suivi.

Evoque un rôle du médecin remplaçant pour initier le dépistage des DS.

Mais est consciente de la difficulté de ce rôle en tant que médecin installé.

Finalisation de la prise en charge des DS avec le médecin remplacé.

Le patient choisit son médecin pour aborder les DS, pas de double suivi médecin remplaçant et médecin remplacé.

Parallèle avec les prises en charge psychologique.

Possibilité d'utiliser le dossier médical informatisé pour aider au dépistage des DS.

Adresse au gynécologue pour les DS chez les femmes et au sexologue pour les hommes. Adresse au cardiologue pour bilan avant traitement de la DE. Manque de réseau de correspondants.

Synthèse / MR1 :

Avantage (dépistage) et inconvénient (suivi) de cette relation ponctuelle pour la prise en charge des DS, mais implication en tant que remplaçante malgré le manque d'expérience.

VERBATIM ENTRETIEN N°2 – 34 min

E = Enquêteur

I = Interviewé

E : Est-ce que tu peux commencer par te présenter en tant que médecin remplaçant ? Ton âge, ta situation familiale, le type de remplacement que tu fais pour l'instant...

I : Ok, j'ai 32 ans, je suis médecin remplaçant (MR) depuis maintenant 3 ans et demi, date à laquelle j'ai fini mon cursus. J'ai passé ma thèse depuis 1 an et demi. Et donc je suis pacsé avec un enfant et un deuxième en route !

E : Ok, donc 3 ans et demi de remplacement et du coup c'est toujours les mêmes personnes que tu remplaces ?

I : En fait, j'ai des médecins que je suis... que je remplace au long cours, les habituels on va dire... notamment dans un cabinet où je remplace les trois médecins et puis après ... j'ai des « extras » à droite à gauche, y'en a que j'ai perdus en cours de route et inversement...

E : Donc il y a quand même ce cabinet où tu vas chez les trois et où les patients commencent à te connaître un peu...

I : Ah oui tout à fait, ça fait trois ans que je remplace là bas.

E : Et c'est situé en milieu plutôt urbain, rural... ?

I : Plutôt mi-rural on va dire, c'est un peu en dehors de la zone urbaine de X, donc c'est la campagne sans être loin de la ville, quoi !

E : Oui, il y a quand même l'accès à toutes les spécialités...

I : ... Après ça m'est arrivé d'être un peu plus loin de Lille où là c'était vraiment la campagne ! Mais bon, la plupart du temps je suis plutôt urbain ou mi-urbain.

E : Ok, d'accord, donc ensuite est-ce que tu pourrais... m'expliquer ta formation en sexologie...

I : ...

E : Soit au cours des études...

I : Formation en sexologie ! Alors là euh... donc... euh... donc au niveau... alors j'ai pas de formation spécifique, juste ce qu'on a eu en cours c'est à dire pas grand chose !

E : Pendant l'internat ?

I : Pendant l'internat essentiellement... euh... par contre il faut leur rendre un petit peu honneur, c'est à dire qu'on a eu un enseignement dirigé (ED) qui était très très bien avec un sexologue, donc là pour le coup c'était vraiment un ED intéressant.

E : Tu étais à l'Etat ou à la Catho ?

I : A l'Etat, donc il était très intéressant, mais après bon formation nulle ou presque, c'est à dire rien de rien !

E : Et en congrès, en formation... ?

I : Non, j'ai pas eu de FMC (formation médicale continue) là dessus et le peu de congrès que j'ai fais, non il n'y avait pas de sujet là dessus !

E : Donc tu te contentes de ce que tu as eu à la fac.

I : Voilà !

E : D'accord, est ce que d'une manière générale, pas forcément en tant que médecin remplaçant, mais en tant que soignant c'est quelque chose de facile pour toi d'aborder les dysfonctions sexuelles (DS) en consultation ?

I : Bah alors du coup j'y ai réfléchi un peu... euh... j'aborde de manière indirecte la plupart du temps.

E : Qu'est ce que t'appelles de manière ...

I : C'est à dire, par le biais... je sais qu'un traitement va poser des soucis... ou alors suite à... la plupart du temps, c'est les traitements de cancer de prostate ou des choses comme ça, ce qui peut arriver assez jeune, dans les 50-60 ans on sait que généralement ça finit mal à ce niveau là. Euh donc...

j'aborde pas le sujet de front mais en général je leur demande : « alors comment ça se passe après votre traitement, les effets indésirables du traitement ? » En général ils captent assez vite de quoi je parle. Ceci dit c'est vrai que c'est pas un sujet que j'aborde directement... euh non c'est assez rare ! Parfois ils viennent et puis ils m'en parlent et... assez rarement c'est le sujet principal de la consultation, ça vient plutôt en bout de table... en fin de consult... Euh c'est arrivé que ce soit spécifiquement pour ça mais ce n'est pas le cas le plus fréquent, quand même.

E : Et quand tu dis je profite d'un traitement et d'un effet secondaire connu et évident, est-ce-que pour d'autres traitements par exemple pour les antihypertenseurs, tu fais la même chose... ou est-ce-que c'est vraiment pour les chirurgies de prostate...

I : Ah pour les bétabloquants par exemple ou pour les antidépresseurs... euh ... bah en fait non ! Je suis assez générique, je demande comment ça se passe est ce qu'il y a des problèmes avec le traitement... mais je ne suis pas du tout spécifique... Donc c'est vrai que... je ne suis pas aussi franc dans mes questions que par exemple « Où vous en êtes de votre suivi gynéco, est-ce-que vous avez fait votre frottis ? » ce genre de choses, euh voilà.

E : Donc pour les hommes c'est plus... difficile que pour les femmes, tu poses plutôt...

I : Ah non, ça n'a rien à voir, c'est pas une question de... d'ailleurs en fait je n'ai pas pris la question de ta thèse dans le sens spécifiquement pour les hommes !

E : Ah non, c'est homme, femme, t'as bien compris !

I : Donc c'est pas une question de homme ou femme... euh c'est une question euh, que quand même la plupart des gens, la plupart du temps les gens ont une certaine pudeur. Et

euh... déjà quand on commence à leur poser des questions qui n'ont rien à voir avec la consultation... le motif de consultation initial dès fois on sent qu'ils sont un petit peu interloqués. Quand ils viennent pour la rhinopharyngite et puis qu'on leur demande : « au fait, vos vaccinations sont à jour ? » ou « où vous en êtes de votre frottis ? » y'en a quelques uns, on sent qu'ils tiquent un peu. Enfin ils se posent la question de pour pourquoi on leur pose ce genre de questions !

E : D'accord, et tu penses que c'est juste la pudeur des gens ou c'est juste le contexte du remplacement... ou c'est toi... parce que tu connais moins les patients...

I : Je suis pas convaincu que le fait que je sois remplaçant ça change grand chose.

E : Tu penses qu'avec leur médecin ils ont la même attitude ? Si le médecin proposait comme ça un deuxième motif de dépistage, euh pour dysfonctions sexuelles, tu penses que ce serait le même problème ?

I : Oui, d'autant plus que ça m'est arrivé plusieurs fois qu'il y ait des patients qui en profitent que je sois remplaçant justement... pour euh... pour poser des questions à ce niveau là... euh, parce que... donc par exemple je pense à une...

E : Une consultation, bah tu peux la raconter si tu veux.

I : Une petite dame en fait qui était venue, bah elle était pas jeune, elle devait avoir au moins 70 balais, et qui... euh... qui me dit « Bon bah j'en profite que vous soyez le remplaçant parce que le Dr (bip), sinon il se moquerait de moi, bah si je lui posais la question mais... mon mari est tout le temps sur moi et puis ça m'irrite parce que voilà... ça m'irrite maintenant à mon âge ». Donc voilà c'est des choses qui arrivent quand même assez...

E : Et là, comment tu as fait, cette consultation là d'autant qu'elle avait exprimé le fait qu'elle ne voulait pas... fin que c'était gênant pour elle d'en parler à son médecin traitant habituel...

I : Ah bah c'est tout euh...

E : Donc du coup tu l'as pris en charge complètement. Tu as fait le point, tu as proposé une conduite complète ?

I : Oui bien sur, oui.

E : Et tu l'as noté dans le dossier, je sais pas si c'était informatisé ?

I : Euh alors là pour le coup, c'était pas un dossier informatisé, c'était un dossier papier, fin c'était un peu particulier parce que je le notais pas systématiquement parce que c'était des consultations libres et que c'était assez lourd. Donc c'était dans les situations où c'était « grave » où... euh... il fallait un suivi pour la suite que je notais donc là en l'occurrence j'ai pas noté !

I : Mais euh sinon j'ai pas de remords à noter dans le dossier, au contraire !

E : Et tu demandes au patient quand tu notes dans le dossier ?

I : Non pas du tout, je transmets puis je me dis ça peut être intéressant pour le médecin que je remplace parce que il dit « Ah bah je vois que la fois précédente vous avez vu mon collègue donc il vous a proposé ça ça ça, donc comment ça s'est passé ? » donc c'est aussi une manière justement de... de reconnecter cette partie là de consultation.

E : Et là sur cette consultation, tu as eu... euh... alors en plus t'étais un homme et c'était une petite dame, elle t'en a parlé quand même... euh... tu as eu des difficultés du coup comme c'était peut être plus rare les consultations où on discute dysfonctions sexuelles ?

I : Euh non j'ai pas eu de difficultés, en fait j'ai pas du tout de pudeur à partir du moment où le sujet est abordé... euh quand je sens que les gens sont open pour en discuter moi, moi ce qui me dérange en fait c'est pas le sujet c'est la manière dont c'est pris par le patient, euh...

E : La manière de l'aborder ou la manière dont le patient va le percevoir ?

I : Voilà, fin oui c'est ça, en fait disons que si je sens que le patient n'est pas à l'aise avec le sujet et que ça le gêne... fin forcément bah je vais... euh je vais y aller doucement, très doucement... euh et euh bon par contre si je vois qu'il est open et qu'il en discute... moi ça me pose aucun souci. Je pense, par exemple, à une femme qui vient me voir parce que son mari a été opéré euh d'un cancer des testicules et manque de chance bon, bref on redécouvre une tumeur de l'autre cote et bon finalement c'était bénin, mais quand même il y a eu euh donc une ablation du deuxième testicule. Donc voilà forcément ça pose problème donc surtout que c'était un jeune il avait peut être 40 ans quelque chose comme ça, et bon, et puis la femme ça faisait un bout de temps que je la voyais et lui aussi. Et donc spontanément le sujet, bah je prends des nouvelles, comment ça se passe avec votre mari parce que c'est pas facile quand même...

E : Donc là, tu connaissais quand même la patiente, elle t'avais déjà vu ?

I : Oui et puis on en avait discuté, c'est l'avantage de repasser toujours au même endroit. Bref, et donc spontanément elle dit : « bah de toute façon, il a sa testostérone et puis on a retesté et tout se passe bien » Donc voilà, c'est pas un sujet euh qui pose souci pour moi, à partir du moment où c'est abordé par les patients.

E : D'accord, ok, j'avais une petite question hors des consultations... est-ce-que tu connais la notion de santé sexuelle ?

I : Euh, ...c'est le truc de l'OMS je pense, euh, oui un peu j'ai une vague notion.

E : Est-ce-que en cours tu...

I : Non, c'est pas abordé en cours et euh je sais plu où j'avais vu ça, mais oui ça me dit quelque chose.

E : Et comment tu la définirais ?

I : Ah bah en fait, c'est considéré comme... une partie de la santé tout court... euh selon les critères de l'OMS je pense... c'est à dire que c'est comme tout de toute façon : si ça pose problème, c'est un problème, si ça ne pose pas de problème c'est pas un problème ! Donc euh voilà.

E : Oui c'est ça, ils insistent fort sur la notion de satisfaction - lecture de la définition OMS – Est-ce-que le fait que tu sois médecin remplaçant, donc que tu aies forcément moins d'expérience à priori, fin pour l'instant après ça va peut être s'inverser, que le médecin que tu remplaces, ça te paraît être un problème pour les dysfonction sexuelles ou pas... ?

I : Non pas du tout, non !

E : L'expérience pour toi, ça...

I : Non pas du tout,... fin euh j'imagine que il a déjà été en situation, fin que, il a déjà plus de bagages à ce niveau là mais euh j'ai pas l'impression que ça pose réellement problème mais... en tout cas j'ai l'impression que je propose des démarches adaptées...

E : Alors qu'est-ce-que tu entends par adaptées ? Adaptées au fait que tu sois remplaçant ?

I : Adapté tout court ! Je pars toujours du principe fin, quand je remplace, je pars pas du principe : je suis remplaçant donc je suis un sous médecin ! C'est euh... je propose... euh, ma

démarche serait la même si j'étais installé en cabinet en fait ! Toujours !

E : D'accord, ok, et donc tu fais à ta manière ou à la manière du médecin... fin tu suis un peu ...

I : Alors pour les dysfonctions sexuelles ? Parce que en général c'est rare qu'on partage pour les dysfonctions sexuelles, euh si tu vois ce que je veux dire...

E : D'accord, tu n'en as jamais parlé avec le médecin, de patient que tu avais pris en charge pour ça...

I : Non c'est pas ça, c'est que... je veux dire euh... souvent, enfin j'ai l'impression que souvent les gens soit ils en parlent au médecin « officiel » et voilà ils en parlent au médecin « officiel » et pas au remplaçant ou inversement ! Mais j'ai pas l'impression qu'on partage, c'est pas comme dans les suivis de cancer ou de problèmes X ou Y.

E : De renouvellement de traitements ou autre...

I : Oui voilà c'est ça ! On est pas dans la même dynamique j'ai l'impression.

E : D'accord oui, donc en fait, les patients soit choisissent le suivi par leur médecin soit choisissent ton statut un peu plus neutre et à part de leur suivi habituel.

I : Voilà, fin ce que je peux comprendre. Je veux dire que pour la dysfonction sexuelle je pense qu'on a pas envie de l'ébruiter à tous les gens qu'on rencontre... euh c'est pas toujours le cas pour d'autres problèmes.

E : Et dans ces cas là, ça t'est arrivé de faire du suivi de dysfonctions sexuelles, que tu avais pris en charge ?

I : Non pas vraiment, j'ai pas vraiment eu l'occasion...

E : Ça a été ponctuel ?

I : Ça a été ponctuel, ouais, ça a toujours été ponctuel !

E : Et les gens qui t'en ont parlé, ils n'en avaient jamais parlé auparavant à leur médecin ?

I : Ouais, ça arrive fréquemment.
E : D'accord donc t'étais le première interlocuteur et...
I : Assez souvent, fin les consultations que j'ai eu oui, la plupart du temps.
E : Ok, ... et le fait que tu sois le remplaçant donc du coup les gens ça leur pose pas de problème, si ils ne veulent pas t'en parler, euh si ils veulent pas que ce soit le remplaçant ils n'initient pas la conversation, toi tu l'inities pas et du coup...
I : Et puis c'est réglé, hum... Puis encore une fois c'est encore des sujets de consultation qui sont, fin moi dans mon expérience assez rares.
E : Assez rares, ok
I : J'ai pas... c'est pas fréquent du tout euh, moi ça fait 3 ans et demi que je remplace et si j'ai vu, pffu allez... 10 situations sur les dysfonctions sexuelles c'est à peu près tout je pense... peut être plus... allez peut être 15 ...
E : D'accord, donc y'a eu le cas de cette petite dame et après c'était quoi comme... plutôt des femmes, plutôt des hommes...
I : Les deux !... Parfois des couples !
E : Oui...
I : Donc ça c'est plus... euh... c'est un peu rigolo.
E : Des couples qui venaient s'adresser spécifiquement à toi ?
I : Alors pour le coup qui venaient spécifiquement pour ça en plus,... donc ça c'est quand même le contre exemple parfait de ce que je disais tout à l'heure. Oui c'est déjà arrivé, un jeune couple, oui, qui venait pour euh éjaculation précoce. Donc euh autant dire que c'est un peu délicat quand même... euh... et voilà donc ils venaient spécifiquement pour ça. Manifestement le mec un peu trainé par sa copine... et puis... et puis voilà...

E : Et c'était un peu difficile parce que justement tu vois peu de dysfonctions sexuelles ? C'est plus compliqué de t'organiser dans ta prise en charge... ou...
I : Non, ce n'est pas ça ! Encore une fois euh, donc là en fait, ils viennent pour ça, ils sont jeunes, ils ont peut être pffu allez 25 ans peut être, ils sont en couple depuis longtemps. Et puis voilà la consultation commence et puis c'est la... la femme qui parle et qui dit « bon bah voilà c'est un peu délicat on vient parce que on a des problèmes sexuels ». Je fais préciser et puis bon ce qui est quand même un peu délicat c'est qu'il y a quand même l'homme qui était à côté et euh... on sentait qu'il s'enfonçait un peu dans son siège au fur et à mesure, qu'il était pas super à l'aise euh avec le sujet manifestement ! Ce que je peux comprendre complètement, euh bon voilà. Mais après moi je le prends comme des consultations classiques, c'est à dire euh... je fais toujours préciser les symptômes pour quelle que soit la maladie et pour ça c'est la même chose !
E : D'accord, ok.
I : Donc je veux savoir comment ça se passe, dans quelles situations, qu'est ce qui pose problème...euh.
E : Bien définir la dysfonction... précisément.
I : Oui tout à fait.
E : Tu l'as examiné ?...
I : Non.
E : Là comme ils étaient en couple en plus à deux.
I : Ah non ça n'a rien à voir, fin je veux dire euh... je vois pas ce que je rechercherai de spécifique surtout à 25 ans, quoi. C'est toujours pareil on part du terrain. Si on a un cinquantenaire alcoolotabagique, effectivement ça vaut peut être le coup d'aller chercher un petit peu des choses spécifiques. Mais là, quel intérêt d'aller euh l'examiner.

E : Et du coup tu as proposé une prise en charge... et tu as proposé de les revoir ou pas ?

I : Non !

E : Comment tu as fait pour la suite ?

I : Alors, j'ai fait préciser un peu les choses, donc j'ai demandé si ça avait toujours été, depuis combien de temps ils étaient ensemble, si il y avait des soucis sous-jacents, ce genre de choses. Euh... je veux dire des soucis de couple j'entends, des problèmes de santé évidemment quand même. Euh... et puis après je voulais savoir un peu comment ça se passait je pose des questions au mec en particulier pour savoir comment ça se passait un peu dans sa tête. Qu'est-ce qui déclenchait euh, qu'est-ce qui posait problème euh... Et puis après... euh là en l'occurrence j'avais été un peu euh euh... parce que les problèmes d'éjaculation précoce souvent c'est des problèmes de... de stress concomitants et de... ah comment dire, bah de perte de confiance en soi ! Donc je me suis dit que c'était peut être la bonne manière d'aborder les choses, c'était de euh d'essayer de proposer quelque chose de... de « rapide », sans mauvais jeux de mots ! (Note lors de la relecture par MR2 : A quick fix (une rustine, une réparation rapide) !

E : Une prise en charge en une fois ?

I : Non un truc... Là en l'occurrence je leur ai dit « Non mais attendez alors donc ce qui pose problème c'est en fait que c'est un peu trop sensible et que ça va un peu trop vite » donc voilà...voilà et... donc ce que je leur ai conseillé si je me souviens bien parce que ça fait quelques temps c'était euh donc bah de discuter entre euh et de dire : « bon là on va attendre un petit peu on va calmer le jeu puis repartir un peu plus tard ». Et puis je leur ai dit, sinon il y a une chose qui fonctionne aussi potentiellement c'est... les préservatifs avec

un anesthésiant local. Et ça je me suis dit que c'était quelque chose qui pouvait séduire dans le sens ou c'est vraiment, comment dire... il y a un support particulier, quelque chose qui est « réellement », fin c'est pas médical c'est pas remboursé par la sécu mais... euh... avec une aide extérieure, une béquille quoi quelque part.

E : Et donc avec, pas forcément de suivi...

I : Et donc voilà, par contre je leur ai dit si vous ne vous en sortez pas tout seul, il n'y a pas de souci c'est pas grave. Je fais souvent ça avec les patients je leur propose quelque chose et je leur dis mais bon si ça marche pas ne vous inquiétez pas, soit vous revenez soit je les oriente vers quelque chose, je trouve que c'est important qu'il sachent qu'il y ai un plan de secours ensuite.

E : Oui, donc tu leur as dit qu'il y avait la possibilité de revenir. Et d'aller voir quelqu'un, tu as parlé du sexologue ?

I : Ah oui, bien sur, bah après c'est une démarche qui est quand même super spécifique ! Pour ce que j'en sais, il y a quand même des thérapies qui sont sur le très long cours donc euh là c'est hors de mon champ de compétence donc comme d'habitude, quand c'est hors de mon champ de compétence j'adresse.

E : Et donc là c'était pour un couple le sexologue ça t'est venu, fin en première intention pour les adresser, et si c'est un homme ou une femme t'adresse plus volontairement vers qui ?... Si tu as besoin d'adresser.

I : C'est à dire ?

E : Est-ce-que, tu utilises plutôt l'urologue, le gynéco, est-ce-que tu utilises le sexologue pour la prise en charge de troubles que tu ne pourrais pas être amenés à prendre en charge seul ?

I : Bah ça dépend de quel est le problème, si c'est un problème qui est réellement d'origine physique euh comment physiologique, ou psychologique on est pas du tout dans le même contexte et bien sûr la pathologie et l'indication entraîne forcément une prise en charge par quelqu'un de... d'autre... Ça dépend la situation.

E : D'accord, d'accord... Est-ce-que ça t'est déjà arrivé que l'on demande un second avis, une dysfonction qui avait déjà été exprimée prise en charge... ou alors tu t'en es pas rendu compte...

I : Toujours au niveau sexuel ?

E : Oui, au niveau des dysfonctions sexuelles.

I : Euh... euh... non !... Non !

E : D'accord, euh... on ne t'a jamais demandé de ne pas transmettre l'information au médecin que tu remplaçais ?

I : Non, non jamais !

E : D'accord, je voulais te demander...est-ce-que ça t'est arrivé sur un même remplacement sur une même semaine de reprogrammer... par exemple si une dysfonction sexuelle était le 2ème motif de la consultation est-ce-que ça t'est arrivé de reprogrammer une consultation ou alors dans ce cas est-ce-que tu prenais le temps dans la même consultation...

I : Non en général j'allonge la consultation même si ça fait perdre un peu de temps, mais le plus souvent c'est comme ça... J'ai envie de dire en plus pour ce genre de sujet il faut mieux prendre à chaud quand ils sont décidés !

E : Oui, quand ça a été exprimé, il ne faut pas le laisser passer !

I : Je pense qu'il ne faut pas laisser filer... en général je prends un peu plus de temps et puis voilà !

E : D'accord, est-ce-que tu fais du dépistage ? En dehors des situations où les dysfonctions sexuelles sont induites par des

traitements spécifiques... par exemple prise en charge cancer de la prostate, est-ce-que en dehors de ça, tu fais du dépistage ?

I : Donc du dépistage de dysfonctions ?

E : Par exemple un dépistage de trouble de l'érection chez un patient polyvasculaire ? Fin des choses comme ça... ?

I : Non, ça ne m'arrive... non ça ne m'arrive pas...

E : Tu fais du dépistage d'autres... dans d'autres champs de dépistage, par exemple les vaccinations, les cancers...

I : Ah oui, quasi systématiquement !

E : D'accord donc sur tout le reste tu le fais, et sur ça ...non... et pourquoi alors... ?

I : Et bien, euh... tout simplement je pense parce que d'abord... euh... bah on... c'est stupide mais on a été formé à ça ! C'est à dire qu'on été formé à dépister systématiquement... c'est même quasiment, fin c'est même pas quasiment, c'est de l'ordre de la médecine euh... publique... de...

E : De la santé publique.

I : Santé publique merci ! Euh... et que on peut considérer au premier abord en tout cas que les DS ça en fait pas partie. Même si je pense que les patients ne voient pas les choses sous la même optique, mais c'est vrai qu'on n'a pas été formé dans ce sens là, donc je pense que ça joue !

E : On n'a pas été formé à dépister les DS, ou à les mettre, les rentrer dans le cadre de la santé publique !

I : Voilà, tout à fait !

E : Donc c'est plus pour ça, pas parce que c'est difficile pour toi d'en parler, plus sur ce...

I : Oui ! Et puis euh, comment dire, après c'est... un autre exemple qui est... je trouve qui joue beaucoup, c'est euh... le médecin n'est pas le seul interlocuteur en terme de santé

publique et en terme de santé... il y a les gens autours, il y a la télé, c'est con à dire mais c'est vrai, « les antibiotiques c'est pas automatique », bah punaise ça a bien marché et ça nous a fait du bien quoi ! Moi j'ai vu la différence et pourtant ça fait pas bien longtemps que je pratique la médecine... donc du coup à partir du moment où ça a été rendu public les gens sont beaucoup plus pour en parler, fin c'est l'impression que j'ai en tout cas ! Donc euh et comme c'est quelque chose qui n'est pas... du tout... ou presque pas évoqué dans la vie publique... j'ai l'impression du coup qu'il y a moins de légitimité à en parler, parce que ça reste encore du domaine du personnel, voilà.

E : Donc tu penses que ce dépistage devrait passer par des campagnes grand public... euh et...

I : Pas forcément...

E : Au moins pour lancer le sujet ?

I : Peut être pour lancer le sujet, oui oui, mais euh c'est vrai que pour l'instant je considère ça encore comme un... quelque chose de l'ordre du privé ! De l'ordre du privé et euh voilà oui c'est ça ! Après je pourrais toujours me réfugier derrière des trucs en disant voilà on a autre chose à faire, on a déjà bien assez de boulot avec les pathologies « classiques » mais c'est pas ça ! C'est juste que je considère pour l'instant que c'est de l'ordre du privé et que si les gens en ont besoin...

E : D'accord, ça ne rentre pas dans le grand cadre de santé publique, ta mission de généraliste c'est de...

I : Voilà ça ne me paraît pas évident sauf si on en fait la demande, là effectivement je suis open pour en discuter... mais euh là je ne le vois pas de cette manière là pour l'instant...

E : Autant pour les IST tout ça oui, mais pas pour les dysfonctions sexuelles...

I : Oui, c'est ça !

E : D'accord, pour les IST tu le fais un peu le dépistage ou pas ?

I : Oui !

E : Est-ce-que, ce sera la dernière question, sur le genre du patient du médecin remplacé et du médecin remplaçant... je sais pas si tu remplaces des hommes des femmes...

I : Les deux !

E : Est-ce-que tu as remarqué une différence quand tu remplaces un homme une femme sur les patients et les questions qu'ils peuvent te poser sur les dysfonctions sexuelles ?

I : J'ai remarqué des différences sur les patientèles, alors après maintenant c'est pas représentatif, j'ai pas remplacé des milliers de personnes, et puis c'est vrai que la plupart du temps où je remplaçais c'est bête à dire mais bah il y avait plus d'hommes que de femmes. D'ailleurs on peut remarquer que sur certaines annonces du Conseil de l'Ordre les femmes réclament des remplaçantes et pas de remplaçant des fois. Donc euh...

E : Et ça arrive jamais que des femmes réclament des remplaçants ?

I : Ah si bien sûr, je n'ai pas dit ça ! On remarquera que ça n'arrive jamais que les hommes réclament des remplaçants et pas des remplaçantes, mais par contre ça arrive que des femmes réclament des remplaçantes mais pas des remplaçants.

E : Et quel lien tu penses que ça a avec les...

I : Ah moi je pense que c'est une question de représentation sur sa pratique et sur la pratique qui est différente entre les

médecins femmes et les médecins hommes. Ça c'est la représentation des médecins qui posent des annonces, mais donc quoi qu'il en soit moi ce que j'ai vu... Effectivement les patientèles sont pas tout à fait les mêmes. Dans le sens que, il y avait plus de prise en charge... euh du côté de la psychologie, que, il y avait plus de femmes... dans la patientèle, il y avait plus de chieuses aussi (rires)...

I : Et sur les DS est-ce qu'on a profité que tu étais d'un genre différent du médecin remplacé pour en parler ou ce n'est pas le lien que t'y a vu, c'est pas... ça ne t'a pas marqué...

I : Non je pense pas, non.

E : Par exemple, si tu remplaces une femme bah tu ne t'es pas dit j'ai plus d'hommes qui m'ont exprimé des choses qu'ils n'avaient pas exprimées à leur médecin femme et inversement ?

I : Euh... peut être, c'est peut être arrivé une ou deux fois, mais ceci dit là pour le coup c'était moi qui avait initié la consultation. Par exemple pour un homme qui s'était fait opérer de la prostate et qui était sous traitement hormonal et qui donc fatalement... et donc je lui en avais parlé, et d'ailleurs je l'avais revu en fait ! Donc je me suis trompé, j'ai en tête deux consultations où le patient est revenu et où on en avait reparlé, mais c'était plus du style euh. « Voilà vous vous rappelez docteur on en avait parlé la dernière fois et bah voilà j'ai suivi vos conseils et puis ça allait mieux ». Là en l'occurrence c'était « voilà j'ai ce traitement depuis plusieurs années et je lui avait dit « comment ça se passe avec ce traitement parce qu'il y a pas mal d'effets indésirables ! » puis il m'avait dit « bah non j'ai plus de désir du tout, même limite ça me gêne du coup ». Bah dans ce cas là je lui avais dit : « posez la question à l'urologue, savoir si il faut continuer le traitement hormonal ! » Donc j'avais lancé comme ça et il était

content parce que il était revenu me disant ah bah j'en ai parlé et il m'a dit qu'on pouvait arrêter et euh... quelque part ça fait plaisir...

E : Toi ça ne t'a pas pris de temps, tu avais juste lancé le sujet et en même temps lui ça lui avait rendu service.

I : Ah lui était content d'en parler d'ailleurs il me l'a dit.

E : Et donc c'était une femme que tu remplaçais et donc le sujet n'avait pas été abordé ?

I : Non, le sujet n'avait pas été abordé, non.

E : D'accord, ok... Bon très bien. Et par contre c'est toi qui avais initié le sujet pour ce patient.

I : Oui.

E : Ok donc très bien... et ensuite... est-ce qu'il y a des choses que tu voudrais ajouter des remarques, des ... sur le rôle que tu penses avoir à jouer, sur... est-ce que tu penses que tu as ce statut un peu particulier... de pouvoir être neutre... ou au contraire est-ce que tu es un médecin comme le médecin remplacé...

I : Non mais je suis un médecin comme le médecin remplacé sauf que je suis... sauf que la plupart du temps c'est pas moi donc que je pense que les gens vont me poser la question directement... parfois c'est juste pour être rassuré quelque part ! Et donc ils posent la question et du coup je leur donne une réponse plus ou moins rapide. Et puis ils sortent de là ils sont contents et ils savent qu'ils n'auront plus à aborder le sujet... et donc du coup sous entendu plus aborder le sujet avec leur médecin officiel quoi...

E : Oui, donc tu penses que la plupart du temps un prise en charge même ponctuelle, c'est pas quelque chose de problématique...

I : Ah, non au contraire je pense que ça les arrange, oui tout a fait je pense que ça les arrange.

E : Ca les arrange, ça veut dire qu'ils ne veulent pas vraiment de suivi pour ces choses là ?

I : Bah disons que... après c'est toujours pareil ça dépend de quel est le problème ! Parce qu'il y a des problèmes qu'on va pas forcément régler comme ça (claque des doigts) euh mais euh disons que je pense que la question qui se pose c'est de savoir si justement ça nécessite un suivi au long cours et donc ils posent la question et donc si on leur dit « bah non il n'y a pas grand chose de plus à faire... euh en tout cas pas au niveau de la médecine générale » et bien voilà c'est réglé pour eux !

E : Et ça nécessite un suivi ou une médicalisation ?... Est-ce-que le patient se dit bon mon problème ça ne justifie peut être pas d'en parler à un médecin ? Ou est-ce-que...

I : Je vois la subtilité de la question... euh... Bah je pense que d'une certaine manière dans certains cas précis ils vont l'aborder de manière à « est-ce-qu'il y a une pathologie à régler ? » Et qui dit pathologie dit médecin, la plupart du temps... Donc encore une fois c'est dans le sens savoir est-ce-qu'il faut y faire quelque chose ! C'est comme les consultations même qui sont pas d'ordres sexologiques, parfois c'est un truc euh les patients ils montrent une lésion dermato et ils demandent « bah docteur j'ai ce bouton, qu'est-ce-que vous en pensez ? » et alors là on leur dit soit faut aller voir le dermato soit bah c'est rien, ça risque rien ça va pas bouger et ils sont contents ils sortent ils sont rassurés ils en parleront plus jamais.

E : Donc tu penses qu'ils en parlent pas en disant j'ai une maladie, euh je vous demande de la prendre en charge, il disent j'ai un symptôme est-ce-que c'est une maladie qu'on doit prendre en charge, c'est plus comme ça pour les dysfonctions sexuelles ?

I : Bah, parfois oui, je dis pas que c'est toujours le cas mais parfois oui. Et puis bon la plupart du temps, les DS assez fréquemment c'est de l'ordre du psychologique, là psychologique ça nécessite un suivi, mais...

E : Mais quand c'est juste une mise au point, qu'il faut juste un déclic ça peut être pris en charge ponctuellement ! Ok, très bien ! Je ne sais pas si il y a encore d'autres choses...

I : Non... euh... dans les patients que j'ai vus j'avais autant d'hommes que de femmes... assez peu souvent c'est en couple, en général quand c'est en couple c'est plutôt une bonne nouvelle... euh... y'a un minimum de dialogue, ils ne gèrent pas dans leur coin, sinon rien de particulier...

E : Ok, ça marche !

ANALYSE VERBATIM 2

Présentation / médecin remplaçant 2 (MR2) :

Homme, 32 ans, en couple, un enfant « et un deuxième en route »

Expérience 3 ans 1/2

Remplacements en milieu semi-urbain

Remplacements fixes (cabinet de 3 médecins)

Formation université de Lille, thésé

Exercice libéral envisagé à moyen terme

A réalisé un travail de recherche qualitative par entretiens semi-dirigés pour sa thèse

Formation en sexologie / MR2 :

Deux heures de cours par un sexologue pendant le DES de médecine générale.

Formation intéressante.

Pas de congrès ni de formation médicale continue.

Connaissance de la notion de santé sexuelle.

Liste des codes / MR2 :

Abord indirect des dysfonctions sexuelles (DS).

Laisse au patient l'initiative d'aborder le sujet des DS.

Pas de question directe sur les DS lors de la recherche des effets secondaires des traitements.

Les DS sont exprimées par le patient comme un second motif.

La difficulté d'abord du sujet des DS n'est pas liée au genre du patient.

La difficulté d'abord du sujet des DS est liée à la « pudeur » du patient mais pas à celle du médecin.

Les patients s'interrogent sur les déterminants d'un dépistage de la part du médecin remplaçant ou du médecin remplacé en 2^{ème} partie de consultation.

Le fait d'exercer dans le cadre d'un remplacement n'influence pas le comportement en tant que médecin dans le cadre des DS.

Le patient exprime une DS au remplaçant quand il existe une crainte d'un jugement de la part du médecin traitant.

Secret médical partagé pour les DS via le dossier médical, sans demande de l'accord du patient.

La continuité des soins passe par la transmission de l'information dans le dossier.

Prise en charge en tant que médecin et non en tant que remplaçant.

Quand une DS a été abordée au cours d'un remplacement, en cas de nouvelle consultation, le suivi de cette DS est abordé soit par le médecin remplaçant soit par le patient.

L'expérience du médecin n'intervient pas dans la prise en charge des DS lors des remplacements.

Les patients choisissent un médecin unique et exclusif pour la prise en charge de leur DS, soit le médecin « officiel » soit le remplaçant.

La prise en charge des DS par le remplaçant est le plus souvent ponctuelle.

Si le sujet des DS est abordé avec le remplaçant, il est « assez souvent » le premier interlocuteur.

Les DS sont rares dans les consultations d'un remplaçant.

Autant d'hommes que de femmes abordent les DS avec un médecin remplaçant de genre masculin.

Un couple jeune avec comme motif principal une DS a consulté lors d'un remplacement.

Quand le sujet est initié par le patient, la DS n'est pas considérée comme un motif de consultation difficile. Une prise en charge ponctuelle de la DS est privilégiée. « *Peut être, la bonne manière d'aborder les choses (sous entendu prise en charge), c'était de euh d'essayer de proposer quelque chose de... de « rapide » ». Phrase qui survenait pour un contexte de consultation bien spécifique. Il me semble avoir précisé pendant l'entretien que la longueur de la prise en charge est dépendante de la situation même si elle peut ensuite être assumée par un autre (ex: le spécialiste)**

Lors de la prise en charge d'une DS par le remplaçant le suivi doit rester ouvert.

Le remplaçant assume les limites de ses compétences.

Pas de second avis.

Pas de demande de non transmission de la DS au médecin remplacé par le patient.

Toute la prise en charge est faite sur une seule consultation, pas de consultation dédiée.

Pas de dépistage de DS lors des remplacements.

Mais dépistage en général lors du remplacement.

Car les DS sortent du cadre de la santé publique et absence de formation au dépistage des DS dans la population générale.

Cette attitude n'est pas spécifique au médecin remplaçant mais à tout médecin.

L'abord du dépistage des DS serait facilité par des campagnes d'informations grand public.

A conscience que le patient attend que le médecin aborde le sujet.

Les DS ne doivent pas bénéficier d'un dépistage systématique.

Le manque de temps en consultation n'est pas une raison avancée comme obstacle au dépistage.

Les médecins femmes recherchent parfois exclusivement des remplaçantes.

Pas de différence d'activité en ce qui concerne les DS entre les remplacements chez des médecins femmes ou hommes.

Le patient revient voir le remplaçant pour exprimer sa satisfaction sur la prise en charge de la DS.

Le médecin remplaçant est un médecin comme les autres, mais qui reste hors de la routine de la relation médecin malade.

Le patient demande au remplaçant si un symptôme sexuel nécessite d'être médicalisé au long cours.

Le patient recherche parfois une prise en charge minute.

Le patient utilise le remplaçant pour se rassurer.

Adresserait essentiellement au sexologue pour des DS « psychologiques ». Et à la spécialité référente (gynécologie ou urologie) pour des DS « physique ».

Synthèse / MR2 :

Laisse l'initiative de l'abord au patient. La prise en charge minute est proposée si le motif de consultation le permet. Pas d'influence du genre identifiée.

**Modifications de MR2 lors relecture*

VERBATIM ENTRETIEN N°3 – 42 min

E = Enquêteur

I = Interviewé

E : Peux tu te présenter comme médecin remplaçant (MR) ?
Ton âge, ton type de remplacement...

I : Ok! Ça fait un an et demi que je remplace essentiellement en semi rural, alors c'est pas du rural strict parce qu'on est à moins de 10 km d'une ville correcte.

E : Donc tu as quand même une accessibilité.

I : L'hôpital est à cinq minutes, mais alors pour le coup c'est de l'hôpital rural, très gériatrique, un petit peu de spécialités mais quasiment rien. Après les spécialités c'est du libéral, après sinon faut faire 40 km.

E : Tu arrives quand même à avoir accès à des correspondants, des spécialistes.

I : Oui, ça va, dans l'ensemble ça se passe relativement bien... Euh... Quasiment toujours au même endroit, c'est un cabinet de groupe donc je tourne dans le cabinet, donc les gens au bout d'un an et demi ça va je commence à... maintenant quand je vais chercher... on va dire deux sur trois qui sont dans la salle d'attente je sais qui je vais chercher, donc c'est bien pour moi c'est moins compliqué et puis voilà...

E : Et sinon tu es en couple, des enfants?

I : Non, je suis célibataire, pas d'enfants.

E : Et tu m'as dit un an et demi de remplacement et tu es thésée?

I : Je suis thésée depuis le mois d'avril.

E : Ok, ça marche. Est-ce que tu pourrais maintenant préciser ce que tu as reçu comme formation en sexologie, aussi bien dans le cursus internat que en formation à côté, les congrès...

I : Alors pour faire simple c'est la formation de deux heures d'ED de la fac... où on a plus rigolé qu'autre chose... l'intervenant faut reconnaître que c'était un grand poète... en plus c'était le dernier ED, fin de semaine, on s'est surtout bien marré !

E : Et donc après tu n'as pas eu de congrès...

I : Non

E : Ça ne s'est pas présenté et toi non plus tu n'as pas ressenti le besoin pour l'instant de compléter, c'était pas la priorité.

I : Non forcément en un an et demi il n'y a pas eu beaucoup de sujets abordés.

E : Ok, sinon d'une manière générale et pas seulement dans le cadre des remplacements, est-ce que pour toi aborder le sujet des dysfonctions sexuelles (DS) et les sujets intimes c'est quelque chose de facile...

I : Alors je dirai pas facile, parce que à mon avis ce serait un peu... réducteur de dire facile, parce que ça l'est pas ! Enfin j'estime que ça ne l'est pas ! Maintenant quand les gens tournent autour du pot, si il faut aller... être un peu plus direct ça ne me pose pas de problème. Si il faut... ça se voit de toute façon au bout d'un moment ils tournent sur leur chaise : « Bah je voudrais vous parler de quelque chose mais c'est pas le docteur ! » Bah non c'est pas le docteur... donc on finit toujours par réussir à désamorcer le truc sauf quand c'est clairement rédhibitoire ou clairement c'est le remplacement donc c'est non ! « Je voulais lui parler de quelque chose mais c'est vraiment personnel je vais attendre qu'il revienne », là c'est tout j'insiste pas...

E : Ok...

I : Spontanément je vais pas poser la question si les gens n'en parlent pas par contre !

E : Tu leur laisses l'initiative...

I : Oui, surtout si ça n'a rien à voir avec le motif initial de consultation... d'autant plus si je ne les connais pas ou ça fait deux fois que je les vois, je vais pas cash aller leur poser la question : « Alors à la maison comment ça va ? », parce que je suis pas sûre que tout le monde apprécierait... Après ça dépend peut être aussi de la moyenne d'âge qu'on a devant soit... mais dans l'ensemble non... La plupart du temps si je vois que ça vient d'eux et que c'est difficile je vais les aider, y'a pas de problème, à finir de finaliser le sujet, mais spontanément j'en parle pas.

E : D'accord et donc est-ce que tu penses que sur ça, ton âge, ton expérience est-ce que ça joue ?

I : Je pense que oui, je pense que oui un petit peu... euh bon après je sais pas si c'est les études médicales qui font ça. Sur un plan pudeur on en a plus beaucoup quand il s'agit de discuter euh chez soi c'est autre chose, mais quand il s'agit de discuter comme ça on raconte parfois des trucs, on a parfois des comportements que ce soit à l'hôpital ou ailleurs sur certaines soirée de début de parcours, où au niveau pudeur on en perd quand même un gros paquet...

E : Oui entre...

I : Entre nous, voilà, si bien que finalement je pense on a un rapport au corps et à tout ce qui tourne autour qui est plus tout a fait le même y compris en consultation... Parce que bah les gens qu'on a devant soit avant d'être un être... je dis pas qu'on les considère plus comme être humain c'est pas ce que je suis en train de dire, mais c'est pas... c'est vraiment un langage plus facile. Alors est ce que c'est la barrière du bureau est ce que c'est la barrière du cadre : « Ce que vous me racontez ne sortira pas d'ici ! » Je ne sais pas si quelque part ça n'influe pas un peu, mais comme ça dans l'absolu je

pense que ça aide pas mal. C'est à dire que y'a des gens que je vois au cabinet, que je connais parce que ils travaillaient dans l'hôpital où j'ai fait la moitié de mes stages d'internes, qui parfois viennent me raconter des trucs au cabinet que... fin... honnêtement à l'époque où on était en stage jamais on aurait abordé ce genre de sujet. Mais là c'est plus le même contexte et quand on sort du bureau c'est fini on parle comme si on était encore à l'hôpital.

E : Donc c'est vraiment sur le lieu ?

I : Oui, je pense que le lieu influe beaucoup, peut être pas pour tout le monde, mais dans l'ensemble si je pense que ça joue un peu !

E : Euh...

I : Maintenant je dis pas qu'avec l'âge et l'expérience ce sera pas plus facile dans 10 ans, ça j'en sais rien !

E : Et tu as l'impression que la formation, ça t'a manqué pour gérer certaines situations ou pas ?

I : Alors... euh, les deux heures de formation qu'on a eues au delà de bien rigoler, je pense que ça nous a permis de trouver des moyens un peu plus faciles de faire parler les gens plutôt que d'y aller euh frontal... euh... C'est parfois pas évident non plus, je dirais qu'à la limite les garçons ont peut être moins de mal mais ça encore que, j'en suis pas certaine, euh après y'a des situations je sais pas si finalement avoir une formation ça aide !

E : D'accord...

I : Parce qu'il y a des demandes parfois...

E : C'est plus le bon sens...

I : Oui c'est du bon sens... faut même des fois se retenir de pas rigoler... Fin et ça la formation de la fac elle ne peut pas nous aider. Par contre clairement ce qui manque c'est plutôt le réseau. Parce que c'est quand même des situations... y'a des

situations en ville au cabinet on ne peut pas tout gérer, il faut pas rêver de temps en temps dans ce domaine là il faut savoir passer la main aussi et là par contre on arrive vite limité. Parce que bah les hommes on peut potentiellement dans certaines situations les envoyer chez l'urologue et quand c'est un problème plus psychologique on peut adresser vers une psychologue pourquoi pas. Maintenant faut savoir laquelle, parce qu'elles travaillent pas toutes dans le domaine de la sexologie.

E : Oui

I : Les sexologues y'en a mais c'est pas marqué forcément, étiqueté forcément sexologue en grand sur la porte, en tant que remplaçant pour avoir des adresses c'est vachement compliqué !

E : D'accord donc t'adresserais plus facilement les hommes chez l'urologue les femmes chez le gynéco pour ce qui est plutôt somatique et après chez la psychologue, le sexologue.

I : Parce qu'il y en a une ou deux à force de discuter on sent bien que le domaine de la sexologie ne les effraie pas si j'ose dire. Parce que toutes les psychologues sont pas pour, fin sont pas forcément prêtes à...

E : Ok,... donc l'expérience on en a parlé, ça va s'enrichir plus dans la façon de gérer la consultation que dans la conduite à tenir ?

I : C'est ça, la conduite à tenir faudra qu'à un moment je pense que je serai obligée de passer par une case formation quel que soit...

E : Mais c'est pas ça pour toi le plus compliqué.

I : Fin dans l'immédiat, pour les situations auxquelles j'ai été confrontée pour le moment non, la formation ça va à peu près.

E : C'est pas ça qui t'a bloqué, c'est pas la théorie pure, c'est plutôt l'abord... Ok... Est-ce que tu connais la notion de santé sexuelle ?

I : Non !!

E : Est-ce que tu en avais entendu parler pendant l'ED ?

I : Non.

E : Comment tu pourrais la définir ? De quelle manière... ? Qu'est-ce que... ?

I : Bah je sais pas, j'en sais franchement trop rien !

E : Qu'est-ce que tu y mettrais dans cette notion de santé sexuelle ?

I : Franchement là comme ça spontanément j'ai pas forcément grand chose qui vient...

E : Lecture définition OMS. Donc on ne t'en a pas parlé pendant ta formation ?

I : Ou alors, si ils l'ont dit, très honnêtement ça m'a pas marquée !

E : Est-ce que tu pourrais raconter une situation clinique pendant un de tes remplacements ?

I : Hum

E : Quelle que soit la dysfonction, quel que soit l'âge, le motif...

I : (souffle) Bah en fait si je suis tout à fait honnête j'ai pas eu de demande franche d'aborder le sujet sauf quelqu'un qui venait pour m'expliquer que ça allait mieux, spontanément j'ai personne qui se soit plaint qu'il y avait un soucis.

E : Ça n'a pas été un premier motif de consultation ?

I : Non

E : Ni un deuxième motif de consultation ?

I : Non plus. Donc en plus en règle générale euh... les seuls avec qui j'ai pu aborder les questions c'était des hommes qui ont tout fait pour éviter le sujet en disant qu'ils auraient préféré

que le docteur soit là... parce qu'il faut préciser que je remplace un cabinet où ils sont 4 mecs... Euh donc y'a une fille qui arrive, les patientes sont ravies, les patients c'est beaucoup plus compliqué, surtout quand on arrive dans ces domaines là... euh. Si, alors la seule situation où là allez... c'était un jeune qui devait avoir 24 ou 25 ans et qui venait parce que alors comment il m'a sorti ça... il est arrivé hyper gêné quand il a vu que c'était moi, parce qu'il travaille dans le secteur... « Bon bah comment je vais vous dire ça, ça coule pas normal ! » Voilà brut de décoffrage, mais je crois qu'il ne savait pas comment faire autrement, euh quand il a fallu lui demander de se déshabiller c'était d'un compliqué ! On en était même arrivé à un point où je lui ai dit « Si ça va pas, prenez rendez vous dans la journée avec un autre des trois médecins, parce que j'ai cru qu'il allait faire un malaise !

E : Donc là c'était plus le versant IST.

I : C'est ça, la seule réelle franche demande que j'ai eue c'était ça. Après les autres demandes que j'ai eues c'était même pas du motif secondaire, mais voir du motif tertiaire, quand ils étaient bien rhabillés en disant « Au fait mon ordonnance un peu spéciale que le docteur me fait de temps en temps vous avez le droit de me la renouveler quand même que vous êtes remplaçant, ou pas ? » et en fait une fois sur deux le médecin a intitulé l'ordonnance pour que je la retrouve facilement et c'est marqué Cialis... Donc là tu dis « oui oui »... l'autre jour je me suis hasardée à aller un peu plus loin à savoir si ça se passait bien... et là le bloc ! Je pense que j'ai eu : « Bah si je vous en redemande c'est que ça va ! » ...Ok !

E : Et donc tu penses que les patients du coup ils choisissent un médecin... qu'ils consultent spécifiquement pour la dysfonction et après ils n'aiment pas partager...

I : Je pense qu'il y a de ça, et là par dessus le marché le médecin que je remplace c'est un médecin qui est installé depuis plus de vingt ans, les gens le connaissent ! Même quand ils viennent juste pour leur renouvellement « Ah bah il est encore pas là ! Bah oui il est encore pas là j'suis désolée ! Mais bon c'est pas grave ! » Fin, ils en ont parlé avec quelqu'un je pense que pour les gens enfin pour la plupart le fait d'avoir abordé le sujet et le fait de devoir en parler avec quelqu'un d'autre c'est compliqué. C'est souvent, sûrement pas toujours évident d'en parler avec quelqu'un ! Alors quand en plus il faut recommencer.

E : Mais tu disais tout à l'heure que tu avais eu des situations où tu avais fait un suivi ? La situation « où c'était pour me dire que ça allait mieux »...

I : Ah oui non en fait, il venait il avait pris rendez vous pour son renouvellement de traitement classique et en fait il en a profité pour dire « Est-ce que vous pourrez signaler au docteur que ça va mieux ». Mais c'est pas moi qui avait fait la prescription.

E : Et il avait été pris en charge pour une dysfonction érectile ?

I : Oui, il était tout content. Je pense qu'il était tellement content que ça aille que je pense qu'il l'aurait dit à n'importe qui mais euh, puis vu l'état d'esprit du gars je pense que tout le monde devait être au courant ! Que ce soit moi ou pas...fallait juste qu'il le dise !

E : Et donc tu n'as jamais eu de demande clairement exprimée avec toi, avec le médecin remplaçant ! Et le fait que tu sois une femme et que tu remplaces 4 médecins hommes, tu n'as pas eu de femmes qui ont « profité » que tu sois là...

I : Alors je dirais, c'était plus... si j'en reviens à ta définition peut être, la définition que tu m'as donnée de la santé

sexuelle... C'était plus une question de bien être moral chez des femmes qui n'en pouvaient plus et qui avaient envie de mettre leur mec dehors...

E : Par rapport à des problèmes de sexualité dans le couple ?

I : Oui !

E : Donc ça intervient aussi dans la notion.

I : En sachant que dans les deux y'en avait une qui était suivie par une psychologue et en fait elle venait dire qu'elle n'osait pas lui en parler...Donc du coup on a passé vingt minutes à essayer de comprendre pourquoi elle ne voulait pas lui en parler. Et pour l'avoir revu après pour autre chose, elle n'en parlait pas donc je lui ai demandé après où elle en était euh... avec la psychologue si elle avait pu travailler sur ses problèmes plus personnels plus intimes, et elle a sourit en disant qu'elle avait mis du temps mais qu'elle commençait à en parler.

E : Ah, c'était quoi comme dysfonction... Baisse de la libido...?

I : Non, c'était qu'elle n'arrivait pas à dire à son mari qu'elle n'arrivait pas à suivre le rythme que son mari lui imposait !

E : Ok, et elle en avait parlé au médecin que tu remplaces.

I : Non, alors je sais plus pourquoi, je crois parce qu'il était suivi par lui aussi et elle voulait pas qu'il lui en parle.

E : Donc en fait elle t'a considérée comme une possibilité d'avoir un avis en plus que sa psychologue.

I : C'est ça, ça a tombait bien que ce soit quelqu'un d'autre pour une fois !

E : Et femme ou pas femme, tu penses que si ça avait été un remplaçant homme elle aurait eu la même démarche ?

I : Non, pas la façon dont elle l'a présenté, parce qu'elle a attaqué en disant « Ah faut que je vous demande un truc, je vous le demande parce que entre femmes on se comprend »

Alors quand ça commence comme ça souvent je me méfie. Donc voilà, non c'est la seule demande féminine que j'ai eue et une autre dame en instance de divorce parce qu'elle avait rencontré quelqu'un d'autre et elle se demandait si en rentrant chez elle le soir son mari pouvait s'en rendre compte. Et j'ai dit bah « si vous êtes en instance de divorce qu'est-ce que votre mari vient faire là dedans ? » Bah elle m'a dit « quand mon copain n'est pas là je suis bien contente d'avoir mon mari ! » J'ai dit « bon ok d'accord (*Rires*) de toute façon vous êtes en instance de divorce est-ce que fondamentalement ça change quelque chose? » Elle a éclaté de rires et m'a dit « bah non vous avez raison de toute façon tout le monde s'en fout ! » Bon ça c'est fait ! (*Rires*) Mais sinon c'est tout.

E : Et sinon la consultation pour le problème de couple tu as laissé une trace dans le dossier, c'est informatisé ?

I : Alors j'ai laissé une trace mais pas direct... euh... comment j'ai marqué ça, car elle se plaignait plus d'une anxiété réactionnelle à l'idée de rentrer chez soi donc j'ai marqué... euh j'ai dû marquer un truc genre : anxiété réactionnelle rapport problème de couple en ce moment.

E : D'accord tu es restée sur problème de couple mais pas problème de sexualité.

I : Oui, non fin...

E : Et tu lui avait demandé l'autorisation de le noter.

I : Non, fin c'est elle qui avait commencé en disant vous marquez pas tout ce que je vous raconte, fin je lui ai dit qu'il fallait que je marque un minimum et je lui ai dit « si je marque comme ça, ça va ? » Elle m'a dit « oui car des problèmes de couple on en a régulièrement donc ça ne choquera pas le docteur ! »

E : D'accord, et donc si ça avait été pour une autre demande par exemple une dysfonction érectile, qu'on te demande de ne pas transmettre l'information...

I : Ah là c'est un peu plus compliqué. Fin là, à la limite je l'avais poussée à en discuter avec sa psychologue, j'avais une solution. Maintenant euh quand c'est vraiment un problème qui pourrait nécessiter des investigations pour éliminer un problème somatique je me vois pas ne pas le noter dans le dossier, ça commence à être compliqué. Donc ces cas là j'explique au gens. Quand bien même si c'est un homme et que je dois l'adresser à l'urologue je me vois pas écrire je vous adresse monsieur mais il vous expliquera pourquoi il vient car il ne veut pas que je le dise ! »

E : Ok ok, et sinon tu demandes systématiquement aux gens l'autorisation de transmettre l'info pour ces questions là ? Ou c'est que quand ils l'expriment ?

I : Oui, oui parce que en général la première chose qu'ils demandent quand c'est le remplaçant... ils demandent « Mais de toute façon le docteur sera au courant quand il reviendra je serai pas obligé de tout raconter dès le début ? » C'est vrai que ça les chiffonne un peu quand c'est le remplaçant car derrière il faudra réexpliquer...

E : Ok. Tu disais tout à l'heure c'est plus facile d'aborder le sujet pour les hommes... en consultation...

I : Non...euh... d'avoir discuté avec d'autres médecins ou avec mes potes de promo, j'ai effectivement l'impression mais ce n'est qu'une impression à vérifier si c'est vrai. J'ai effectivement l'impression que les médecins hommes ont moins de difficultés à aborder le sujet avec les hommes !! Euh que nous. Alors déjà spontanément les patients, quand ils voient arriver une remplaçante, une fois sur deux ça tique un peu. Sauf les très vieux qui à la limite ça les amuse, c'est pas

toujours très fin mais enfin voilà ! Mais quand on arrive dans la tranche d'âge à peu près la notre, fin mes 25 ans ils sont loin, aller entre 25 et 45 c'est un peu compliqué ! Fin ne serait-ce que déjà pour les examiner quand ils toussent « Faudrait enlever votre chemise. Bah pourquoi faire ? Bah parce que je n'examine pas à travers les vêtements, je sais pas faire ! » Déjà ça, ils sont vite gênés. Moi y'en a un une fois il venait je sais plus pourquoi, il fallait que je l'examine il avait mal au ventre je crois. Il était hyper gêné, mais je l'ai examiné comme n'importe qui d'autre ! Mais effectivement après en regardant sa date de naissance fin on devait avoir deux ans d'écart, fin après je me demande si on était pas dans le même lycée. Alors est-ce que ça a joué ou pas j'en sais rien ! Il est revenu après, il est venu avec sa femme ! Fin je l'ai pas violé, je l'ai pas tripatouillé ! Et je me suis dit à ce moment là je pense que si il avait dû aborder un truc vraiment perso il aurait pris rendez vous avec quelqu'un d'autre...

E : Et du coup tu as déjà remplacé des femmes ?

I : Non, j'ai remplacé que des hommes.

E : Et tu n'as pas eu cette demande, cette afflux de femmes qui profitent, je te repose la question encore une fois, qui profitent du fait que tu sois une femme ?

I : Alors elles en profitent pour se plaindre, mais c'est marrant parce que souvent c'est des dames qui on passé 70 ans et qui sont là « Ah qu'est-ce qu'il est chiant en vieillissant (parlant de leur conjoint) » « Ah quand j'ai un truc quelque part il faut qu'il ait la même chose »...

E : Elles n'ont pas le besoin de voir une femme, elles aiment bien de temps en temps mais sans réel besoin, elles ont choisi un médecin homme et c'est qu'elles partaient du principe que ça ne posait pas de problème pour tous les sujets...

I : C'est ça. Et comme pour la plupart ça fait au moins 20 ans qu'elles le connaissent !

E : Même pour des sujets intimes, des DS.

I : Y'a un époque où il faisait du suivi de grossesse, euh voilà...

E : Donc avait déjà cette approche, les femmes l'avaient aussi choisi parce qu'il avait cette approche.

I : Bah forcément, elles auraient raconté facilement les choses... l'autre jour y'a une dame qui est venue avec son mari, elle savait pas que c'était moi, je sais pas la secrétaire lui avait peut être pas dit. Donc le monsieur est resté et son épouse a dit « le prenez pas mal mais je vais reprendre rendez vous un jour où il sera là parce que ce dont j'ai besoin de lui parler il est au courant » etc. En fait, son mari qui est une grande « babille » m'a raconté ce qu'elle voulait lui dire, moi je lui demandais rien ! Bon c'était plus sur un versant psy hors cadre problème relationnel, couple, sexualité etc. mais elle partait du principe qu'elle allait pas tout me raconter à zéro, que c'était lui qui savait donc ce serait lui qui ferait. C'est vrai qu'il y a des situations où ça change rien !

E : Tu fais un parallèle entre les DS et les suivis psychologiques, les syndromes dépressifs...

I : J'essaye d'aborder le sujet, j'essaye de le glisser, parce que les gens qui arrivent complètement déprimés des fois, ils sont là ... c'est... fin... je me suis rendue compte depuis un an et demi que les gens qui étaient déprimés éludaient complètement la partie affective intime de leur vie. C'est le boulot les enfants, et un jour j'avais le temps je me suis dit tiens j'ai un trou d'une demi heure derrière... Donc la dame m'expliquait qu'elle en avait marre, de ses enfants, qu'elle savait pas si elle allait pouvoir reprendre le boulot... elle était au bout du bout. Et je sais pas ce qui m'a pris ce jour là, je lui

ai dit mais vous me parlez de toute votre famille, vos collègues... et votre mari ? Eh bien elle s'est mise à pleurer !

E : Donc toi, tu as lancé le sujet de la sexualité ?

I : J'ai essayé parce que je trouvais que c'était bizarre cette façon de tourner autour on avait l'impression que son mari ne vivait pas là, alors qu'en fait il l'avait accompagnée il était dans la salle d'attente...

E : Et elle est bien rentrée dans le sujet de la sexualité ?

I : Alors ça a été un peu compliqué, sexualité franche non elle n'en a pas parlé du tout.

E : Tu penses qu'elle était satisfaite que tu aies lancé le sujet ?

I : Je pense qu'elle avait besoin qu'il y ait quelqu'un qui lui lance mais je pense qu'elle était par forcément prête à le faire ce jour là... Bon après derrière je sais pas ce qui s'est passé parce que je l'ai jamais revue, et je suis pas allée demander au médecin « Alors elle est revenue et elle t'as parlé de ses problèmes de couples ? » Ça par contre je sais pas faire, donc je ne sais pas où ça en est, et je suis pas allée voir dans son dossier non plus, je la reverrai peut être je sais pas...

E : Et donc en tant que médecin remplaçant tu penses que ... par rapport à la notion de santé sexuelle tu penses que tu as un rôle ? Un rôle de dépistage... ? Le rôle d'être disponible si le patient veut l'exprimer ? Est-ce que tu ...

I : Je pense qu'on a le même rôle que n'importe quel médecin qu'on soit remplaçant ou pas remplaçant, euh la prévention ça fait partie de nos attributions donc y'a pas de raison que j'en fasse pas euh...

E : Tu fais du dépistage cardiovasculaire ?

I : Alors c'est à dire que je le fais pas systématiquement, j'ai un mode de fonctionnement un peu particulier, qui à mon avis choquerait un prof sur deux à la fac, ça les a déjà bien fait

rire ! J'ai tendance à fonctionner...y'a des matins j'arrive je dis « tient tous ceux qui vont venir... journée à thème »... Alors je suis très forte sur les journées à thème vaccin euh ça il n'y a pas de problème ! Et puis de temps en temps je fais des journées à thème glycémie, tout adulte qui vient a droit a sa glycémie. Y'en a qui me regarde ! « Mais si c'est pour votre bien ! » Je leur explique pourquoi je fais ça effectivement...

E : Et tu n'as jamais fait une journée à thème...

I : Alors les journées à thème strict trouble de la sexualité non ! Parce que j'ai toujours pas... fin y'a des situations où je sais pas la mener ! Quand c'est complètement hors contexte et qu'il n'y a pas la moindre accroche avec les gens j'ai énormément de mal à aller brut de décoffrage et à leur parler...

E : Même si tu les connais moins et...de façon systématique tu pourrais en les réinterrogeant dire on fait le point ça ça ça...

I : Non, oui... non ! Fin d'abord je n'y ai pas pensé en tant que tel, et effectivement spontanément il faudrait que j'aie le faire tout de suite en sortant, je crois que je ne le ferai pas...

E : D'accord, c'est pas le même mécanisme de dépistage.

I : Non, c'est pas du tout le même mécanisme automatique.

E : Et tu penses que plus tard quand tu seras installée avec tes propres patients...

I : Ça sera peut être moins difficile, j'en sais rien ! Ça c'est l'avenir qui le dira ! Mais oui effectivement je sais que y'a un moment va quand même falloir que j'envisage de le placer dans certaines... peut être pas toutes les consultations...

E : Et tu penses que ça viendra avec la connaissance des patients et avec le temps.

I : Oui je pense. Et c'est vrai que la plupart du temps les médecins connaissent les deux, je dis pas qu'ils vont aller interroger l'un devant l'autre sur ce qui peut se passer entre

eux. Mais quand on connaît tout le monde des fois c'est peut être un peu plus... fin c'est peut être une fausse idée j'en sais rien... Fin... à l'heure actuelle on me dirait il faut absolument le faire... je pense que spontanément avec les hommes ce serait une catastrophe... je vais pas mentir... et avec les femmes... ça dépendrait de qui j'ai en face. Parce que si elles arrivent déjà fermées parce que c'est le remplaçant je vais avoir un mal de chien à aborder le sujet. Je me connais assez pour savoir que ce ne sera pas facile mais si il faut le faire je vais le faire, mais c'est vrai que je vais pas du tout l'aborder de la même façon que les vaccins ! C'est beaucoup plus compliqué !! Alors que par contre il y a des situations où... Un jour comme ça un type est venu me voir et euh...pour un renouvellement et puis il a quand même réussi à me glisser dans la conversation, alors il a dû le faire sciemment en se disant que je n'aurais jamais la réponse... Ah bah qu'il était chauffeur routier, et que les filles devait pas souvent être les mêmes avec lui et que... Donc je me suis dit alors toi mon gars si tu me racontes ça c'est que c'est pas pour rien donc du coup là oui j'ai fais un peu de prévention quand même...

E : Prévention IST...

I : Je crois que j'ai bien fait parce que après il m'a sorti des trucs affligeants, je ne sais pas si dans sa tête ça a changé quelque chose...

E : Donc tu as eu l'impression qu'il t'avait ouvert le sujet, tu attends qu'il y ait une perche.

I : Oui voilà j'attends qu'il y ait une perche.

E : Après tu te sens capable de la prendre... tant que tu ne vois pas l'accroche possible tu ne démarres pas.

I : Après ça dépend du contexte, mais c'est vrai que celui qui vient pour une bronchite j'ai du mal à lui demander... « Et sinon... » Je crois qu'il va pas comprendre la transition !

E : On ne t'a jamais demandé de 2^{ème} avis ?

I : Non

E : Euh...est ce que tu as déjà reprogrammé des consultations dédiées au cours d'un remplacement pour bien prendre le temps...pour ces problèmes sexuels.

I : Non...

E : Quand tu as eu la possibilité de prendre en charge un symptôme tu l'as fait dans le temps de la consultation ?

I : C'est ça, sachant que la prise en charge de symptômes stricts c'est ce que je te disais il n'y en a pas vraiment eus. Mais le problème c'est que c'est difficile de reprogrammer avec moi ou alors il faudrait que ce soit sur un remplacement long, mais les gens ne savent pas forcément quand je reviens.

E : Et tu dis pas toi forcément, si vous avez besoin d'en parler à quelqu'un d'autre qu'au médecin... tu ne fidélises pas les patients.

I : J'évite, je cherche pas trop à mettre les patients en porte à faux avec leur médecin... c'est un peu compliqué...c'est arrivé juste une fois pour une adolescente qui n'arrivait à discuter qu'avec moi. Le médecin était au courant mettait le rendez vous avec moi et puis c'est fini et elle retourne avec lui voilà.

E : Et le fait que tu n'aies pas eu tant que ça de consultations pour des DS, alors que c'est quand même des... quand on regarde un peu les études tout ça, c'est quand même des symptômes fréquents... Est-ce que tu penses que c'est lié au fait que tu sois remplaçante ou tu penses que c'est lié au fait que les médecins chez qui tu travailles ont une relation assez installée et complète avec leur patients sans avoir besoin... tu penses que c'est quoi... tu....

I : Spontanément je dirai que c'est parce qu'ils ont des relations avec leur médecin traitant qui sont dans certains cas

limite fusionnelles. Je pense que le problème il est essentiellement là.

E : D'accord et pas seulement du fait que tu es le médecin remplaçant, c'est plus lié au contexte du cabinet où tu travailles que vraiment... tu as entendu d'autres collègues qui ont été un peu plus sollicités...

I : Non pas vraiment, fin... euh en général quand on se voit et qu'on se raconte ce qu'on fait c'est plutôt des histoires de chasse, mais on n'a pas euh...

E : Alors après sur le genre du patient le genre du médecin que tu remplaces le fait que tu sois une femme, la seule différence que tu as vu c'est que pour les hommes t'en parler c'est très difficile parce que tu remplaçais des hommes.

I : Oui.

E : Pour les femmes elles ne t'utilisaient pas forcément mais...

I : Y'en a quand même...ça arrive à intervalle régulier qu'elles me disent vous devriez rester là parce qu'on aurait une femme qu'on pourrait aller voir... donc alors au début je percutais pas et puis au bout d'un moment c'était assez fréquent donc un jour j'ai fait l'andouille, j'ai dit « bah vous savez on est médecin pareil... » Il y en a une qui m'a répondu « Oui mais si un jour j'ai un problème féminin, je suis pas sûre que je saurai venir le voir » Donc je lui ai dit « Mais il n'y en a pas en ce moment ? Non mais je fais du prévisionnel, je suis très prévoyante. » Je lui ai dit « Bah tant mieux. » Et je me suis dit « Tiens la prochaine qui me fera des commentaires je lui poserai la question !... »

E : Ok, alors je vérifie si il y a encore des petits sujets... Oui, si tu devais prendre en charge une DS tu privilégierais une prise en charge minute ? Essayer de tout finaliser sur une consultation...

I : On peut pas tout finaliser sur une consultation ! ...

E : T'es forcée de coordonner un suivi derrière et...

I : Fin, je pars du principe que oui parce que je pense qu'il y a suffisamment d'implication. A la fois au démarrage pour faire le tour du problème le bilan étiologique, en général on le fait pas en un quart d'heure même si on arrive à prévoir un maximum. En un quart d'heure on ne peut pas noyer les gens d'ordonnances et tout et tout... Euh il y a au moins un minimum d'étape à faire... après quand ils ont réussi à lâcher le morceau, la personne a peut être pas envie d'épiloguer 20 minutes. Ils l'ont déjà dit c'est bien, à la limite je préfère en faire le minimum vital qu'ils repartent avec une prise de sang, point, basta.

E : Qu'ils sentent que le problème a été médicalisé ?

I : Pas forcément médicalisé mais au moins qu'ils repartent avec le sentiment qu'on a pas juste écouté et puis bah vas y rentre chez toi... y'a ça aussi, je pense qu'à partir du moment où le morceau est lâché il ne faut pas les lâcher c'est le cas de le dire,

! C'est pas tellement pour dire je vais surmédicaliser votre problème je ne suis pas en train de vous rendre malade mais... bah ça y est vous l'avez dit, on va peut être travailler dessus, on va pas attendre un an maintenant pour faire quelque chose c'est plutôt dans cette esprit là ! Et puis même pour eux, qu'il ait le temps de respirer « Bon bah ça y est je l'ai dit ! » Parce que des fois ils l'ont dit et puis derrière ils sont complètement hermétiques à tout ce qu'on leur raconte parce que c'est fou ça y est c'est sorti !

E : Et donc ta solution pour ne pas les lâcher parce que tu n'auras pas de suivi, tu vas prescrire un bilan...

I : Oui j'ai tendance à faire ça je fais un minimum d'examen... Et puis comme en plus la seule fois où ça c'est produit il en avait déjà parlé vaguement mais sans le dire. Et je crois que

le médecin que je remplaçais c'était un soir il était 20h30 passé je pense qu'il n'a pas percuté. Du coup je lui en ai parlé, et il m'a dit « il ne m'a jamais parlé de ça ». Après c'était peut être maladroit de la part du patient et puis on est pas toujours au top de nos capacités, parfois les gens en face de soi ont l'art et la manière d'amener les choses, parfois je ne comprends rien de ce qu'ils me racontent. Pour ce patient j'étais là, j'ai rebondi, il est reparti avec sa prise de sang deux jours après elle était faite et derrière ils ont lancé plus de choses et puis c'est tout. Mais le fait d'avoir été compris une première fois, qu'il savait que j'allais faire le lien avec le médecin traitant...

E : Donc ton rôle c'est d'initier, de commencer à débrouiller le problème quand le patient l'exprime ?

I : Oui c'est ça !

E : Donc tu n'essaye pas de tout finaliser...

I : Après j'ai peut être pas eu l'occasion non plus, mais là en l'occurrence pour ce patient il n'écoutait plus ce que je disais...

E : Tu penses que c'est plus facile de gérer comme ça...

I : Oui, il avait l'air tout content avec sa prise de sang...il avait surtout besoin qu'on l'écoute.

E : Ok, d'accord est ce que tu penses avoir encore des commentaires des remarques...

I : Bah là non comme ça je ne vois pas... effectivement... je pense qu'au niveau formation on est quand même un peu short, 2 heures en trois ans... Voilà et le problème sans méchanceté aucune je pense qu'à la fac comme partout c'est pareil...ça fait sourire mais moins on en parle mieux on se porte !

E : Tu penses qu'il y a un tabou ? Pas que de la société mais du milieu médical ?

I : Fin les deux heures d'ED, je les ai vécues comme ça... Euh c'était intitulé, alors c'est marrant je sais pas si c'était une erreur de frappe ou pas mais déjà c'était le seul cours qui n'était pas marqué en gras de la feuille !... Et je sais bien que c'est sans doute une erreur de frappe, mais quand tu regardes ta liste et que tu te dis tiens celui là il est pas écrit comme les autres. Alors on regarde et déjà on était tous mort de rire. L'intervenant qui est venu, il était super intéressant c'est pas ça, mais on aurait eu 15 ans d'âge mental c'était pareil ! On était gosse, on était tous mort de rire et en sortant de là on en riait encore deux jour, trois jours, quinze jours après ceux qui avait ED on était tous là « ah vous avez le même que nous vous allez voir c'est trop bien ! » C'est trop bien pour quoi parce qu'on avait rigolé !

E : Donc tu penses qu'on ne prend pas au sérieux ?

I : Non, je ne pense pas ! Et je pense que c'est quand on se retrouve confronté devant les gens en consultation qu'on se dit bah si j'avais su, j'aurais écouté !

E : Et ça c'est lié au tabou de la société...

I : Oui je pense.

E : ... Ou au tabou des études...

I : Non je pense que c'est un tabou sociétal, c'est général en fait ; on n'est pas autrement que les autres parce qu'on sort du milieu médical. On a sans doute pas le même rapport au corps, clairement parce qu'on fait déshabiller les gens à longueur de journée. A l'hôpital on passe devant les gens à moitié à poil à la fin on ne les regarde même plus...

E : Mais dès qu'il s'agit de parler franchement de sexualité il n'y a plus personne ?

I : Oui il n'y a plus personne !

E : Alors que sur le reste on est assez désinhibé ?

I : Et je dirai que les pires c'est ceux qui la ramènent le plus en privé quand on déconne et qui derrière sont super mal à l'aise. Les seuls qui m'ont fait des commentaires en disant « Moi quand les gens viennent en me parlant de leurs problèmes de cul ça me plait pas ! » Je l'ai regardé en disant « Attends tu plaisantes ? » Il m'a dit oui mais ce n'est pas parce que moi j'en parle ouvertement, et qu'il est prêt à raconter sa vie sexuelle quand il a un peu picolé que devant les gens il est vachement à l'aise en fait ! C'est très curieux.

E : Donc il y a une vraie discordance ?

I : Fin, moi je le vis comme ça mais maintenant...

E : Et donc la notion de sexualité, de santé sexuelle est complètement méconnue de la plupart des médecins et elle n'est pas comprise comme... limite comme de la santé...

I : Un truc tout bête un patient diabétique depuis un certain nombre d'années en théorie... mais on va pas lui en parler ! Moi je suis désolée les ED sur le diabète, les facteurs de risque cardiovasculaire, glycémie, tatatata, hémoglobine glyquée, papapa...

E : D'autant plus que la dysfonction érectile peut être un symptôme d'alerte...

I : Bah oui autant si on a quelqu'un qui a un problème d'érection on va lui faire une glycémie à jeun, autant un patient diabétique je serai curieuse... Moi déjà j'en parle pas mais je suis sûre effectivement en demandant autour de moi à mes potes qui ont des patients diabétiques « tiens est-ce que tu lui parles, tu demandes si il n'a pas des soucis d'érection ». Je suis sûre que dans deux cas sur trois on me répond non.

Je pense parce qu'on n'y pense pas !

E : Parce qu'on n'est pas formé à ça ?

I : Alors, je dirai qu'on est formé parce qu'on en parle on sait... euh... je crois qu'on n'est pas formaté à ça ! C'est à dire on

est... au bout d'un moment on a un fonctionnement un peu binaire, j'ai mon patient diabétique devant moi je vérifie sa glyquée, je vérifie qu'il prenne ses médicaments à l'heure où il doit les prendre, je vérifie son carnet de glycémie... par contre après est-ce qu'il a des problèmes de DE puff !

E : Ce qui pourtant pour lui est peut être le plus essentiel.

I : A la limite ça va plutôt être le raisonnement si il y a un problème il va le dire ! Bah non il ne va pas forcément le dire. Ça on s'en rend compte tard !

E : On sait qu'il y a énormément de patients qui arrêtent leur traitement antihypertenseur suite à des DE...

I : Oui et on ne les prévient pas, c'est aussi notre rôle de dire « il y a une période, le temps d'adapter le traitement, où... ». Maintenant je sais pas si on leur dit il vont dire bah je ne le prends pas...

E : Mais tu a l'air d'avoir un regard, fin d'avoir vraiment bien senti le malaise mais...

I : Mais c'est pas pour autant que je sais changer mes habitudes...

E : Tu dirais que c'est quoi ? C'est ta position de médecin remplaçant qui te gêne ?

I : Non !

E : Ça sera pareil quand tu seras médecin ?

I : Je pense, c'est plus un problème de société où tout le monde en a fait un tel tabou que finalement je pense que je suis victime je crois comme tout le monde de ce problème là. Et je crois qu'au final la fonction médicale dans le bureau fermé, ça sortira pas, j'en parlerai pas quand je sortirai... à la limite ça devrait me simplifier le travail mais j'ai l'impression que c'est encore pire !

E : Alors attends... je comprends pas...

I : Bah ça devrait me simplifier le travail dans le sens bah effectivement ça devrait être plus facile de l'aborder avec les gens parce qu'il y a le contexte médical qui fait que. En mettant ça sous couvert médical, on pourrait, fin je pourrais partir du principe que je peux parler de tout que les gens seront pas choqués. Et en fait c'est encore pire je trouve, parce que je ne sais pas comment l'amener, parce que je ne sais pas comment le placer dans la conversation, je ne sais pas comment poser la question dans une consultation même pour un renouvellement, parce que ils sont là je me dis « mais ils vont me prendre pour une folle ! » Ils vont se dire pourquoi elle me parle de ça, et au final on en parle pas on attend la perche... par contre quand la perche est tendue là j'y vais j'attends pas (sifflement)...

E : Tu as peur de choquer les patients ?

I : Oui je pense, je pense que c'est ça, en plus le problème c'est que une fois sur deux on me demande l'âge que j'ai... il paraît que je fais plus jeune que mon âge. Donc les gens sont déjà assez perturbés, ils disent : « Vous avez fini quand ? Ah bon mais vous avez de l'avance ? Mais non j'ai l'âge que je dois avoir. Ah bah vous les faites pas ! »

E : Pour le patient ça bloque aussi et toi ça ne te met pas en confiance ?

I : J'aurais tendance à dire que... j'espère que dans 5 à 10 ans ça ira mieux !

E : Donc ça c'est quand même un peu lié au contexte du remplacement ?

I : Oui, mais bon comme ça fait un an et demi que je remplace au même endroit ils savent et même encore comme ça ils disent souvent quand même vous faite jeune !

E : Et pour faciliter un peu l'abord tu penses que c'est à qui ? Des campagnes grand public ? C'est à chaque médecin d'y arriver ? Ou c'est la formation qui doit changer ?

I : Je pense que c'est un ensemble de tout, aussi bien de formation que de mentalité médicale que de mentalité publique... parce que mine de rien il y a quand même des choses sur lesquelles ça a avancé parce qu'il y a eu des campagnes grand public. Maintenant faut pas en faisant des campagnes grand public faire psychoter tout le monde ! Mais le fait que il y ait pas mal de publicité sur les DE...

E : Ça permettrait d'avoir une perche plus facile ?

I : J'ai l'impression au vu des prescriptions que je peux renouveler qu'il y a quand même beaucoup plus d'hommes traités pour des DE qu'avant. C'est pas pour autant qu'avec moi ils en parlent plus facilement ! Mais je me dis est-ce que c'est ça qui a fait que...

E : Et c'est uniquement la DE ?

I : C'est uniquement DE, mais la campagne est axée DE ! En gros ils ont le droit d'avoir une DE le reste autour on s'en fout ! Si je schématise c'est un peu ça. Mais la patiente qui venait pour dire « je n'arrive pas à suivre son rythme... »

E : C'est une DS...

I : Mais oui mais elle est arrivée comme si elle n'était pas normale en fait !

E : La société n'avait pas reconnu son...

I : C'est ça.

E : C'était pas une maladie ?

I : Pour elle, personne n'en parle... c'est juste elle qui avait un problème et tout le monde allait lui dire ahlala...

E : Ok, d'accord.

ANALYSE VERBATIM 3

Présentation / médecin remplaçant 3 (MR3):

Femme, 30 ans, célibataire, sans enfant

Expérience 1 an 1/2

Remplacements milieu semi-rural

Remplacements fixes dans un cabinet de groupe

Formation université de Lille, thésée

A déjà participé à un travail de recherche qualitative (entretiens collectifs)

Formation en sexologie / MR3 :

Formation de deux heures durant le DES de médecine générale

Pas de formation continue

Ne connaît pas la notion de santé sexuelle

Liste des codes / MR3 :

L'abord des dysfonctions sexuelles (DS) est un sujet particulier pour les soignants, voire complexe.

Le patient exprime au médecin remplaçant (MR) sa préférence pour aborder les DS avec son médecin traitant.

Le MR pousse l'interrogatoire quand le sujet des DS est sous entendu par le patient.

Le patient accepte le plus souvent l'abord des DS avec le MR même en cas de réticence initiale.

Le MR n'initie pas l'abord des DS.

Les DS ne sont pas abordées par le MR par anticipation de la supposée réticence du patient.

Banalisation de l'intimité, de la pudeur du patient au cours des études.

L'expérience et l'âge du MR ne sont pas les seules explications à la difficulté d'abord des DS.
La formation aide à simplifier l'abord des DS.
La formation n'est pas garante d'une prise en charge optimale des DS.
Certaines demandes font du médecin un confident.
Le sujet des DS peut être cocasse.
Manque de réseau pour le MR.
Le MR doit savoir adresser pour des prises en charge spécialisées.
Formation suffisante compte tenu de la fréquence des consultations.
Remplacer un médecin homme en étant une femme influe sur les consultations pour DS voire sur les consultations en général.
L'examen clinique chez l'homme est difficile pour une femme remplaçante.
Les DS sont un 2^{ème} voir 3^{ème} motif de consultation.
Demande de renouvellement pour traitement de la DE.
Le patient ne souhaite pas aborder les DS si la prise en charge est amorcée avec le médecin remplacé.
Le patient ne souhaite pas toujours la transmission de l'information au médecin remplacé, parfois il s'assure de la transmission de l'information.
Quand des explorations sont nécessaires pour une DS l'information est systématiquement consignée dans le dossier.
La difficulté d'une double prise en charge des DS est un frein à l'abord avec le MR.
Le genre identique du médecin et du patient facilite l'abord.
Le genre du médecin remplaçant influe moins quand les patients ont un médecin de genre opposé.

Le MR a le même rôle que n'importe quel médecin pour les DS.
Le MR n'est pas formaté au dépistage des DS.
Le MR a conscience de la nécessité d'un abord avec sa future patientèle.
Un doute est exprimé sur la facilité d'abord des DS après une relation médecin malade établie.
Pas de second avis.
Pas de consultation dédiée.
Le médecin remplacé a une relation médecin patient forte.
Les patients apprécient d'avoir à disposition un médecin de genre opposé.
La prise en charge ponctuelle est difficile.
Le patient a besoin d'un temps d'expression puis d'un temps de prise en charge.
Le patient ne souhaite pas toujours une médicalisation des DS.
Le MR doit initier une prise en charge quand le patient l'exprime.
Les DS : un tabou même en médecine.
Les DS ne sont pas considérées comme un motif médical sérieux durant la formation initiale.
Le médecin, pourtant, apprend à avoir un regard médical sur le corps pendant les études.
Le MR a conscience que ses patients chroniques sont atteints de DS.
La formation sur les DS doit être intégrée aux autres disciplines (DE et patient cardiovasculaire par exemple) pour plus d'automatisme.
Le MR attend que le patient exprime une DS.
Le MR a conscience que le patient exprimera une DS tardivement.

Le patient n'est pas informé des effets secondaires sur les DS des traitements.

Le médecin connaît pourtant la responsabilité des traitements sur les DS.

Malgré le contexte médical, l'abord est difficile par crainte du jugement du patient.

L'âge jeune du MR est un frein à l'abord des DS.

Les campagnes grand public aident à l'abord de sujets difficiles, mais l'abord reste dépendant du médecin.

Seule la prise en charge de la DE est popularisée.

Pour les DS chez l'homme, adresse chez l'urologue pour le somatique ou chez le psychologue.

Synthèse / MR3 :

Le MR est confronté à des difficultés liées à son genre, à son âge et à son expérience. Mais ces difficultés ne sont pas propres au médecin remplaçant. L'influence de la société est forte sur la prise en charge des DS.

VERBATIM ENTRETIEN N°4 – 35 min

E = Enquêteur

I = Interviewé

E : Peux tu commencer par te présenter en tant que médecin remplaçant (MR) ? Ton âge, depuis combien de temps tu remplaces, si tu es thésé...

I : Alors, j'ai 30 ans, je suis non thésé... euh je remplace depuis 3 ans, voilà...

E : Sur les mêmes...

I : J'ai remplacé initialement sur 3 cabinets à T., et plus récemment sur X. tout le temps le même médecin à qui j'envisage de succéder.

E : Donc c'est des remplacements plutôt fixes avec des gens qui finissent par te connaître ?

I : Oui, là actuellement... ça va faire bientôt 2 ans que je remplace ici, initialement pour les vacances puis de manière fixe.

E : Donc les patients sont habitués et te connaissent... Euh tu es en couple ? Tu as des enfants ?

I : Marié, une petite fille de 3 ans.

E : Ok, et tu as déjà exercé en milieu rural ?

I : Que du urbain !

E : Alors deuxièmement, concernant ta formation en sexologie ?

I : Néant !

E : Néant ?... Pendant l'internat ?

I : Rien, absolument rien.

E : Pour l'instant, tu n'as pas eu l'occasion au cours de congrès, de formation continue ?

I : Non

E : D'accord... donc tu sens que c'est un petit peu léger ?

I : Extrêmement léger, oui !

E : Et tu sens que dans ta pratique cela peut...

I : Ça peut... Oui, ça pourrait servir, il faudra que je trouve un moyen de me former à ce sujet là.

E : Oui, donc tu penses que ça peut faire partie... Peut être pas la priorité numéro 1, mais...

I : Absolument pas la priorité ! Mais ça devra en faire partie.

E : Ok. Et sinon d'une manière générale même hors du cadre des remplacements, pour toi parler de ces sujets considérés comme intimes, pour toi c'est quelque chose de facile ? Ou c'est quelque chose, en tant que soignant, qui est compliqué au cours des consultations ?

I : Un peu. Ça peut être compliqué, mais à partir du moment où ils en parlent euh... non c'est pas compliqué quand eux en parlent. Ah, on sent qu'ils sont un peu gênés parfois, mais quand ils viennent en parler c'est qu'ils ont besoin d'en parler. Il n'y a pas de tabou à partir de là.

E : D'accord, donc quand le sujet est lancé par le patient...

I : Ça ne pose pas de souci. Et après... les principaux soucis dans la patientèle dans laquelle je remplace c'est qu'il y a beaucoup de musulmans et ... euh... c'est de mon côté... j'ai un rapport particulier à parler de sexe avec un musulman, ça me paraît étrange.

E : Quand c'est toi qui inities ?

I : Même quand c'est lui qui initie.

E : D'accord, et avec les patients avec lesquels tu n'as pas cette approche particulière tu ressens les mêmes choses...

I : Un petit peu plus facile quand je n'ai pas cette approche mais... euh... (Silence)

E : Est-ce que tu connais la notion de santé sexuelle ?

I : Non !

E : Est-ce que tu en as entendu parler ?
I : Non, j'en ai même pas entendu parler.
E : Rien du tout ? Et comme ça si tu devais définir la santé sexuelle ?
I : La santé sexuelle ? La définir !
E : Qu'est-ce que ça représente pour toi, pour le patient ?
I : C'est sa vie sexuelle, je vois pas trop comment tu veux que je précise ?
E : L'OMS a donné une définition, et en plus c'est pas récent. Mais je te rassure tout le monde est dans le même cas que toi ! Lecture de la définition OMS.
I : Ah, j'avais absolument pas pensé aux MST et à la procréation.
E : Alors justement ça c'est les visions classiques de la santé sexuelle et après il y a toute la seconde partie qui est effectivement moins connue.
I : Dans ce dont on parlait, moi je ne pensais pas du tout à ça !
E : Bah c'est bien parce que c'est justement sur l'autre versant...
I : Ça tombe bien. Bah c'est plus sur ça que je ne sais pas grand chose, sur les infections sexuellement transmissibles je sais quelques petits trucs.
E : Ok, bah donc sur ce que tu connais moins est-ce que tu as une situation clinique qui te vient à l'esprit ?
I : Oui ! Laquelle ?
E : Comme tu veux, tu choisis, au cours d'un remplacement. Celle où il y avait un rapport particulier parce que tu étais le remplaçant...
I : Ah y'en a ou j'ai des rapports particuliers, c'est ceux qui se sont fait prescrire des médicaments type Cialis ou Levitra dans la dysfonction érectile et qui se retrouvent face au remplaçant et qui en ont besoin. Et qui... c'est un peu

particulier ils ont besoin de leur ordonnance mais ils n'auraient pas voulu en parler à moi, mais ils sont obligés de le faire, donc ils le font.
E : Et du coup ils le font de quelle façon ?
I : Bah « Docteur il m'a donné un truc pour que ça aille avec madame. » En général, c'est ce qu'ils disent. Et euh, je regarde un peu l'historique, je vois ce que c'est euh, je regarde un peu les antécédents, enfin j'essaie de voir si c'est pas contre indiqué. Et je leur donne, j'approfondis pas, parce qu'ils le cherchent pas ! Mais la situation clinique c'est pas ça !
E : Vas y !
I : C'est un patient qui a quoi une trentaine d'année, qui fait un peu de nomadisme. Euh qui a des problèmes de benzo lui, un petit peu addictive aux benzo. Et je soigne plus régulièrement sa femme, lui je l'ai vu une fois pour un dépannage d'hypnotiques et d'antalgiques pour des lombalgies. Et là il était revenu l'autre fois, pourquoi il était venu ? Le problème c'est que je retiens que ce qu'il m'a dit à la fin, on retient que la fin !
I : Le motif était autre.
E : Oui, c'était un autre motif complètement. Oui, j'étais mal à l'aise car en plus il y avait sa petite qui a 4 ou 5 ans en train de jouer avec les cubes à côté ! Et il m'avait demandé si on pouvait faire quelque chose car avec madame, ça ne durait pas longtemps et donc il avait peur que pour madame ce ne soit pas...
E : Oui.
I : Donc, euh...
E : Donc il t'a demandé cela en fin de consultation ?
I : En toute fin de consult ce qui pose problème car on est à la bourre, euh on a pas le temps en plus il ne parle pas très bien français, euh... je lui ai dit qu'on reverrait ça ! (rires)

E : Tu lui as dit du coup que ça nécessitait... tu lui as dit de revenir avec toi ?

I : Je lui ai dit qu'il fallait qu'il revienne, qu'il fallait d'abord... j'ai mis ça sur le dos des benzo alors que vraisemblablement c'est pas les benzo qui sont responsable. Mais pour essayer de lui ajouter une raison de diminuer. Donc je lui ai établi un programme pour ses hypnotiques, pour qu'il les prenne moins et qu'il diminue. Et puis à la fin qu'il revienne et on en parlerait, et qu'il ne fallait pas qu'il s'inquiète.

E : Et donc tu lui as dit que ça justifiait d'une autre consultation. Et tu penses qu'il te l'a demandé parce que c'était toi parce que tu étais le remplaçant ?

I : Je sais pas...

E : Tu n'as pas senti que ...

I : Non, je ne le connais pas assez. Non je sais pas pourquoi il me l'a demandé, je suis pas particulièrement sympa et agréable... non je ne sais pas. Parfois c'est vrai que tu te rends compte que... que ça passe bien avec tels ou tels patients, ou parce qu'avec le médecin remplacé ça passe plus donc ils n'osent pas en parler... Mais il n'y avait aucune de ces deux raisons, je ne sais pas, honnêtement j'en sais rien.

E : Et tu as eu des situations où tu penses que les gens se sont adressés à toi parce que tu étais différent du médecin qu'ils connaissaient bien

I : Oui ça arrive, une ou deux fois peut être.

E : Et alors c'était sur quels...

I : Des dysfonctions érectiles.

E : Essentiellement chez l'homme, et ils t'ont clairement dit... euh...

I : Pas de femme, il n'y a pas de femmes qui m'ont parlé de sexe ! Je vais tout de suite préciser jamais !

E : Tu as déjà remplacé des femmes ?

I : Non

E : Tu as toujours remplacé des hommes, ok. Et donc, tu disais les fois où ils se sont adressés à toi, ils t'ont clairement dit « je vous en parle parce que... » Enfin peut être pas formulé comme ça, mais « c'est parce que vous êtes le remplaçant », ou « j'en avait déjà parlé au docteur, mais... »

I : Non les deux fois, c'était plutôt... ils m'ont dit de ne pas en parler. Ils ont fait des... ils... ils m'ont posé des questions sur le logiciel pour savoir ce que j'ai noté.

E : Donc il y avait clairement l'idée de ne pas transmettre. Et donc du coup, qu'est-ce que tu leur réponds quand c'est comme ça ?

I : Bah je leur ai dit, les deux c'était le même cas, c'était des patients sous bétabloquants, donc c'était un peu chiant car c'est des médicaments indispensables sur des infarctus assez récents et je leur ai dit de voir le cardio.

E : Tu les as adressés !

I : Oui, je suis pas le... Même ceux qui m'ont demandé à moi en particulier, comme c'est un sujet que je ne connais pas, bah je l'évite.

E : D'accord, c'est à dire « tu l'évites ». C'est à dire... tu proposes quand même une solution au patient à priori.

I : Oui, j'adresse. Mais moi je ne sais pas, j'ai pas sur ces patients fait d'examen génital, euh j'ai pas prescrit d'examen à faire avant d'aller voir untel ou untel...

E : Donc tu as répondu à la demande et puis tu as adressé. Donc plus facilement au cardiologue pour les prescriptions, à l'urologue.

I : Les deux que j'ai adressés, bah c'est des mecs... deux infarc donc c'est au cardiologue que j'ai envoyé.

E : Parce que il y a avait une évaluation à faire... Et tout ce qui est correspondant en sexologie...

I : Non je les utilise pas pour l'instant, faudra que je le fasse...

E : Tu veux dire, que tu fasses ta liste de correspondants, ou que tu les utilises ?

I : Faut que je les utilise, fin faut que je l'utilise elle...

E : C'est un médecin sexologue ?

I : Elle a fait un DU de sexologie

E : Donc elle est généraliste !

I : Faudra que je me rapproche d'elle pour savoir combien ça coûte et tout ça. Parce que j'avais déjà adressé des patients chez un sexologue mais ça coûtait cher !

E : Ok et donc est-ce que tu vas adresser des patients qui t'auront parlé de dysfonctions sexuelles (DS) ou chez qui tu auras dépisté des dysfonctions ? Tu penses que cela tu le ferais ? En tant que remplaçant, je parle bien pendant tes remplacements, est-ce que tu penses que tu peux réussir à dépister, est-ce que tu as déjà dépisté ?

I : Non, non.

E : Jamais ?

I : Non, des dysfonctions... non jamais, je suis très mauvais !

E : Est-ce que tu penses que c'est juste à cause de ta formation ou c'est parce que tu es le remplaçant que tu ne le fais pas ?

I : Non, c'est... aucune de ces deux raisons là, enfin si la formation elle n'est pas bonne mais... Euh parce que dépister, ça voudrait dire... on parle de dysfonctions érectile ?

E : Oui, ou dysfonction sexuelle. Mais par exemple sur la dysfonction érectile, est-ce que ?

I : Non, après... d'une part les femmes, je n'en ai jamais aucune qui m'a parlé de sexe. Et je me vois jamais aborder ça en tant qu'homme, jeune, ça peut paraître malsain si tu veux, même si on est toubib mais...

E : Donc là c'est plutôt sur ton âge et le sexe que tu ne le ferais pas aux...

I : Que je ne le ferais pas aux femmes, oui.

E : Et du coup pour les hommes ?

I : Et deuxièmement pour les hommes, en termes de dysfonctions, y'a quoi, il y a la dysfonction érectile, l'éjaculation précoce...

E : Tous les troubles de libido...

I : Oui, après ceux là ils sont d'un autre ordre, c'est... enfin si les troubles de la libido, ça tu vas les chercher, ça je vais les chercher chez les patients qui ont un syndrome dépressif...

E : Donc tu fais quand même un dépistage ?

I : Oui ! Oui je pose la question, je me vois pas résoudre ce problème là.

E : Tu ne vois pas ça comme un dépistage ?

I : Non, parce que c'est pour... pour euh alourdir mon cortège de symptômes... du syndrome dépressif.

E : Mais c'est pour la prise en charge globale et pas pour...

I : Non, j'y touche pas dans ces cas là, je leur dis que ça va aller mieux. Mais sinon je me vois mal demander à un mec si il bande bien !

E : Pourquoi tu te vois mal... ?

I : Parce que ! Pourquoi je me vois mal faire ça, parce que ! Plus parce que je suis jeune que parce que je suis remplaçant. Plus pour ça.

E : D'accord, donc tu penses que le patient va se dire que tu n'as pas l'expérience pour lui poser ce type de questions, que tu ne pourras pas lui apporter de solutions...

I : Lequel celui qui bande plus ?

E : Oui

I : Bah je pense que si à un moment il a besoin de la solution il posera la question ! Mais il ne va pas se demander pourquoi

je ne lui demande pas si il bande, ça c'est... Sauf si il me tend des perches, mais le mec il n'a pas de raison de se demander pour quoi son médecin ne lui demande pas si il bande, enfin je pense !

E : Le patient ne s'attend pas à ce que...

I : Je pense, enfin c'est mon opinion, toi tu penses qu'un patient peut s'attendre à ce qu'on lui demande ?

E : Ah moi je sais pas, je te demande.

I : Toi tu sais pas tu fais l'entretien (rires) !

E : Exact (rires) !

I : Non, je pense pas. Enfin c'est les trucs qui nous paraissent évidents, qui... (Inspire)...

E : Et du coup, tu penses que c'est la société qui veut ça ? Le fait qu'on ne dépiste pas ce genre de...

I : De dysfonctions érectiles...

E : Oui, ou que ce soit justement un sujet pour beaucoup de médecins...

I : C'est un sujet un peu tabou et pas tabou que pour les patients mais pour moi en tout cas... ça peut être un peu tabou...

E : Sur ton âge ?

I : Sur mon âge essentiellement, euh euh... Sur le fait que fondamentalement je n'ai pas eu une formation solide, je ne vais pas avoir une réponse euh, une réponse adaptée. Je ne vais pas résoudre leurs problèmes, mais on évite ! On n'aime pas les patients chez qui on ne sait pas résoudre les problèmes. Si il vient avec une angine blanche, si... on les aime bien ceux là...

E : Oui, c'est carré !

I : C'est carré, c'est très bien ! Quand c'est pas carré on les aime pas c'est... Ou alors c'est quand nous on ne sait pas, quand c'est pas carré c'est parce que nous on ne sait pas en

général, donc on est flou ! Donc c'est peut être pour ça aussi que j'aborde pas !

E : Oui tu préfères aller sur des terrains que tu connais...

I : Oui, ça c'est les vraies raisons, et après l'autre raison c'est que je me dis : « bah de toute façon je suis que le remplaçant, ils en reparleront ». Pour l'instant, tu vois il y a le mélange de tout !

E : Oui, d'accord. Donc tu considères que tu n'as pas de rôle à jouer en ce qui concerne la santé sexuelle pour les patients ?

I : Si !

E : Un rôle complémentaire ? Un rôle différent de celui du médecin ?

I : Ah moi en tant que médecin remplaçant ? Si, si, bah je vais avoir le rôle à jouer quand le patient il... il aura... des freins pour en parler au médecin qui le suis. Et moi je suis peut être l'altern... je suis peut être la porte de secours si tu veux. Si il n'osait pas en parler parce que Docteur untel suit toute la famille depuis 30 ans. Je suis la porte de secours il peut m'en parler je ne répèterai rien à personne si il veut.

E : D'accord, ...

E : Sinon ça ne t'ai jamais arrivé de donner des second avis, des gens qui avaient eu une première prise en charge... et qui sont revenus vers toi pour avoir un deuxième... ou ils ne te l'ont pas exprimé de cette façon là ?

I : Le second avis par rapport au médecin remplacé ? ...Non jamais...

E : Ok, euh... les patients pour lesquels tu as eu des demandes par rapport à la continuité des soins, comment tu as géré ? Tu as orienté vers d'autres spécialistes, ou tu as réorienté sur le médecin que tu remplaçais ?

I : Les deux précisément c'était facile, j'ai adressé à un cardiologue.

E : Donc tu as considéré que pour le suivi... il allait revoir le...

I : Qu'il fallait de toute façon qu'il le voit et après fonction des résultats, ils viendront me voir moi ou le médecin remplacé.

E : Tu laisses le patient choisir !

I : Il est libre ! Bah oui de toute façon, toujours... donc il est libre de revoir qui il veut.

E : Tu penses qu'il ne faut pas trop leur proposer ou trop leur imposer...

I : Je ne sais pas je ne me suis pas trop posé la question, je sais pas je me suis peut être trompé ! Et les autres en général je botte plutôt en touche !

E : C'est à dire tu fais quoi, tu prescribes un bilan ?

I : Tu fais « Vous en avez déjà parlé ? », tu bottes en touche avec une petite biologie et tu dis... « On reverra ça ! »

E : Est-ce que... Oui et du coup c'est pareil tu te dis je suis dans le remplacement, c'est un sujet sur le quel je ne peut pas vraiment aller au bout des choses donc ce ne sera pas satisfaisant et de ce fait là...

I : Ce ne sera pas satisfaisant pour moi même et pour le patient en particulier.

E : Ok, est-ce que tu penses que les patients des fois ils ont besoin d'une prise en charge ponctuelle, vraiment une fois comme ça, juste un avis, est-ce que c'est un problème qui doit être médicalisé ? En gros ils lancent une perche, ils voient la façon dont tu l'attrapes et après ils se décident pour leur prise en charge.

I : Oui, celui qui m'a dit « ça va vite avec madame » oui c'est ce qu'il a fait.

E : Donc là ce que... c'est un peu comme si tu étais un test pour les patients, ils voient comment réagi un médecin et

après ils choisissent... Est-ce que c'est un comportement que les patients ont avec le remplaçant ?

I : Qu'ils envoient le truc pour savoir si ils ont besoin d'explorer ça ?

E : Oui, voir un peu les possibilités, voir ce qu'on leur dit avant peut être d'en parler à quelqu'un d'autre ?

I : Oui, je lui ai peut être servi de ça ?

E : Et dans d'autres contexte ?

I : Non, jamais. Je te dis les autres en général c'est des patients qui m'ont demandé leur...

E : Leur renouvellement.

I : Leur renouvellement de Cialis, Levitra ou de Viagra, euh...

E : Tu as eu des couples peut être ?

I : J'ai eu un couple une fois, en remplacement ponctuel d'un médecin dont j'avais pas parlé que j'ai remplacé quelque fois à X, qui est venu avec une sérologie chlamydia, mais il ne savait pas que c'était le remplaçant ! Le truc foireux ! Et donc ils étaient tous les deux...

E : Et du coup comment ils ont réagi quand ils ont vu que c'était le remplaçant ?

I : Je ne me souviens plus !

E : Mais ils t'en ont parlé quand même ?

I : Ah bah ils étaient venus pour ça, et ils ne sont pas repartis, parce qu'ils avaient besoin de... Ils m'ont dit, c'est aussi bien que ce soit vous, c'est pareil, ça change rien...

E : Ça change rien, ou l'air de dire c'est peut être mieux que ce soit vous ?

I : Je ne sais plus, vraiment je sais plus. Non c'est pas mieux, vu qu'elle avait été prescrite par le médecin traitant, donc c'était déjà balancé.

E : Et là, ils se sont dit tu es un médecin comme leur médecin habituel, tu vas gérer comme le médecin ?

I : Non, ils se sont dit « les sérologies, elles sont positives – et puis c'est foireux les sérologies – il faut qu'on ait une réponse à ça ». Parce que, et ça j'ai découvert au cours de la consultation, ils étaient l'un et l'autre sensés être le premier pour l'un et l'autre.

E : Donc il y avait un climat de suspicion.

I : Bah c'est embêtant quand même...

E : Du coup ça les a peut être arrangés au final que tu étais le remplaçant ? Toi tu les connaissais pas trop, ils se sont dit qu'ils n'allaient jamais te revoir.

I : Non ! Sauf qu'en plus, j'ai dit bah vous inquiétez pas, si quand vous étiez plus jeune bah vous avez rencontré quelqu'un...(rires) ça peut s'être positif.

E : Tu les as mis mal à l'aise...

I : Bah oui, car ils m'ont dit « on s'est mariés à 18 ans et il n'y avait personne avant ! ». Bon après ça ne m'arrivera pas personnellement car je fais pas de sérologie chlamydia, ça sert à rien en dépistage comme ça, ça sert qu'à foutre la merde !

E : Donc tu t'es retrouvé piégé !

I : Oui. Et je réfléchis après aux situations car je suis sûr qu'il y en a d'autres, on a parlé dépistage du syndrome dépressif, où il fallait s'intéresser à leur libido.

E : Et là comment tu fais quand ils expriment ça au premier plan du syndrome dépressif, ça t'est arrivé ?

I : Non, j'ai jamais eu !

E : C'est pas ce qu'ils mettent en avant les patients ?

I : Non, il faut aller le demander ça !... Et, après j'ai eu des patientes qui finissent... qui me connaissent bien sur ce remplacement là... Des femmes, bah si j'ai parlé de « sexe » avec des femmes ! Qui sont venues me raconter leur histoire

de couple... Donc là elles ont un peu parlé de « sexe » de cette façon là.

E : Malgré le fait que tu sois un homme ?

I : Malgré que je sois un homme et...

E : Elles ont un médecin homme, donc elles ont l'habitude de la relation médicale avec...

I : Oui, elles ont l'habitude puis là... c'est des consultations qui durent 40 minutes

E : Et donc là tu es rentré dans la consultation, tu as écouté, tu as essayé de proposer quelque chose ?

I : J'ai écouté, j'ai rien proposé d'un point de vue sexuel.

E : Tu as plus pris en charge sur le versant psychologique... Tu as proposé de revoir ? Pour le suivi... tu proposes un suivi ?

I : A ces femmes là, ou en général ?

E : A elles, sur leur problème de libido ?

I : A elles, non j'ai pas proposé de suivi en particulier...

E : Si tu les revois, tu réinterroges ?

I : Non, c'était des situations particulières, elles devaient être revues. Les deux étaient un petit peu à bout, les deux avaient un arrêt d'une semaine. Je lui ai dit : « je met un arrêt pour une semaine, mais il est indispensable que vous reveniez si tout ça c'était pas arrangé ». Car ça veut dire qu'il y a autre chose qu'un coup de fatigue, il faudra qu'on en rediscute etc. Il y avait pleins de choses, le boulot était aussi un gros problème...

E : Pour toi, c'était un symptôme dans l'ensemble, donc tu ne l'as pas pris en charge de façon spécifique.

I : Oui, en plus c'est les problèmes avec leur mari, moi je suis désolé, je ne peux pas faire faire la vaisselle au mari...

E : Ça sort du cadre de la santé sexuelle justement, c'est toute la différence, c'est toute la limite...

I : Son mari qui ne s'occupe pas d'elle, je ne peux rien y faire malheureusement !

E : Et donc pour les autres patients sur les dysfonctions sexuelles pour le suivi, ça t'es arrivé de revoir un patient concernant ce problème là...

I : Pour le suivi... Non, jamais parce que je n'aime pas ce sujet là et que je ne suis pas bon.

E : D'accord

I : Parce que je ne trouve pas ça satisfaisant.

E : Tu ne veux pas entendre la question à laquelle tu ne pourras pas répondre... d'accord, ok. Donc jamais tu ne lances le sujet ?

I : Non, non.

E : Alors je vais regarder si il y a avait encore des... Et pour toi le comportement des patients, il est le même que si c'était leur médecin ? Ils ne sont pas différents avec le remplaçant quand ils abordent ce sujet là ?

I : Ceux qui l'ont abordé, non. Ceux qui ne l'abordent pas, évidemment ! Non j'ai pas senti de différence.

E : Et donc, le genre du patient, le fait que tu sois un homme et que tu remplaces un homme, ça joue moins pour toi, car tu n'as jamais remplacé de femme. Donc tu ne peux pas savoir si le fait d'être un homme et remplacer une femme ça change...

I : Ah non, ça je ne peut pas savoir ! J'imagine que ça peut arriver, mais je ne peux pas le savoir !

E : Tu n'as pas été confronté à la situation... Alors je ne sais pas si tu as encore des... d'autres informations...

I : Sur la santé sexuelle...

E : Si le rôle du médecin remplaçant, pour toi il est ponctuel, si tu penses qu'il y a autre chose...

I : Non, il y a peut être... il y en a certainement qui profitent que ce ne soit pas le médecin traitant. Donc il faut essayer de pouvoir les aider, même si tu sais pas comment les aider, voilà t'adresses...

E : Mais tu proposes quand même quelque chose !

I : Ben oui c'est évident !

E : D'accord ok.

I : C'est évident tu essaies de proposer quelque chose ! Ou alors ceux... ceux pour qui tu ne proposes rien, mais tu te rends compte que c'est pas parce que c'est toi et qu'ils en parleront à l'autre, tu leur dis de revenir voir le médecin remplacé !

E : Oui, il y a certains patients ça pose pas de problème et ils n'ont pas besoin que ce soit forcément toi et tant mieux au fond parce que...

I : Oui, bah non écoute c'est tout. Je réfléchis sur d'autres situations...

E : C'est quand même pas fréquent comme situation ?

I : Non, c'est pas fréquent, tu vois je suis capable de citer le nombre de patients. Il y a peu de situations où je peux citer le nombre de patients...

E : Oui donc ça reste quand même des phénomènes isolés et des motifs...

I : Pour un médecin remplaçant je pense, enfin après c'est mon opinion, ça me semble évident ! C'est plus ponctuel.

E : Evident ? Parce qu'il y a besoin d'une relation de confiance ? Parce que...

I : Parce qu'il y a sûrement besoin d'une relation de confiance, ouais. Je sais pas tu vois, c'est une bonne question que tu me poses ! Après l'entretien je te demanderai si tu en sais plus ! Mais je sais pas, je... parce que on parle de troubles chez l'homme, euh on a cité les principaux, la dysfonction érectile,

l'éjaculation précoce... Je sais pas si il faut une relation de confiance ou si il faut avoir un œil neuf ! Mais c'est biaisé pour moi, parce qu'ils savent que ce sera moi après.

E : Oui, là sur tes derniers remplacements.

I : Ça fait plus d'un an.

E : Tu as l'étiquette remplaçant mais les gens savent qu'ils vont finir par être suivi par toi et que...

I : Oui, c'est un remplacement très régulier. Avant c'était une semaine sur deux, maintenant c'est trois jours chacun sur la semaine. Donc c'est peut être différent.

E : Une relation différente.

I : Complètement, maintenant si je regarde les remplacements antérieurs... euh, j'ai personne je crois pratiquement, ou peut être j'ai oublié. Non j'ai pas eu de situations.

E : Et c'est évident, pas sur la nécessité de la relation mais parce que c'est un sujet difficile donc on en parle pas à n'importe qui, on en parle à un médecin expérimenté ?

I : Non je sais pas, enfin, il doit y avoir... est-ce que tiens si moi j'avais une dysfonction érectile j'irai en parler à un médecin traitant qui me connaît vraiment depuis longtemps et qui connaît toute ma famille etc. Ou est-ce que je serais content d'aller en parler, d'aller voir un médecin que je connais pas. Si un jour je dois faire une coloscopie je pense que j'irai pas faire la colo par un confrère que je connais, ce serait peut être pareil !

E : Justement c'est intéressant parce que tu fais le parallèle avec tout ce qui est digestif, donc tu parles souvent avec les patients de... de selles, de problèmes urinaires, fin de choses qui sont intimes également. Mais ce sujet là est différent ?

I : Oui !

E : Sur le tabou que tu décrivais tout à l'heure, plus un tabou général que sur vraiment le fait que ce soit un problème intime ?

I : Bah oui, parce qu'après on est médecin, parce que tu vois après aller « chier » ça n'a rien d'émotionnellement...

E : Oui après ça implique une autre dimension ?

I : Voilà, là il y a tout une autre dimension, ça touche à quelque chose de particulier, plus qu'une fissure ou des hémorroïdes.

E : Oui, là c'est pas « intime » le mot.

I : Et tu peux dédramatiser en plaisantant là dessus, que sur le... tu peux essayer de dédramatiser en plaisantant sur des hémorroïdes avec le patient où tu sais que ça peut passer et que ça peut aider. Sur... sur la sexualité je me vois pas facilement le faire, et ça vient de moi ! Et les autres problèmes, j'ai oublié, c'est les prostates... Et si j'en ai eu un, tu vois j'ai oublié, un mec qui a été opéré de la prostate, mais c'est une histoire foireuse. Il y a eu des rayons. Il était venu une fois, il ne savait pas que c'était moi, il m'a vu quand j'ai pris le patient précédent et il s'est barré ! Donc j'avais mis un mot dans le dossier. Et j'en ai rediscuté avec le médecin, ce patient en fait pensait que son sexe avait rétréci de 9 cm à cause de l'urologue ! Et qu'il ne bandait plus, du moins en moins dure. Ah oui, il est aussi sous hormonothérapie.

E : Donc là, il y a tout le côté iatrogène.

I : C'est que de la iatrogénie. Et lui, il est venu me voir une fois en consultation, c'était obligé il avait besoin de ses médicaments. Et il a fini quand même par m'en parler. Il a fini quand même par m'en parler parce que euh... parce qu'il voulait un second avis, parce que il remettait un peu en cause le...

E : C'était peut être un patient qui était très revendicatif ?

C'était peut être pas lié au fait que tu étais remplaçant, il voulait peut être juste un autre médecin ?

I : Il en a parlé car il s'est dit que peut être il pouvait avoir un autre avis mais il n'a pas consulté pour ça. Mais là, il en a quand même profité !

E : Il t'a quand même utilisé dans ce rôle de deuxième option ?

I : Et il avait été adressé en andrologie par le mec que je remplace, je lui ai pris son rendez vous je lui ai avancé le truc... Et je l'ai revu après, je lui ai dit « alors c'est bientôt le rendez vous ? » Il m'a dit « Je pense que ça ne sert à rien d'aller chez le psychiatre ! » J'ai dit on vous a pas envoyé chez le psychiatre si je vous avez envoyé chez le psychiatre je vous l'aurai dit, je ne mentirai pas sur ça ! Voilà, lui il a profité du second avis. Parce que il est dans la revendication...

E : Très bien, je ne sais pas si il y a autre chose...

I : Non c'est bon.

ANALYSE VERBATIM 4

Présentation / médecin remplaçant 4 (MR4):

Homme, 30 ans, marié, 1 enfant

Expérience 3 ans

Remplacements fixes, milieu urbain

Formation université Lille 2

Exercice libéral à cours terme, succession de l'un des médecins remplacés

N'a jamais participé à un travail de recherche qualitative

Formation en sexologie / MR4 :

Aucune formation universitaire.

Pas de formation continue sur le sujet.

Aucune expérience concernant la prise en charge des dysfonctions sexuelles (DS).

Peu d'intérêt pour la sexologie.

Une formation pourrait être envisagée, mais ce n'est pas la priorité.

Pas de connaissance de la notion de santé sexuelle.

Adresse au cardiologue pour le traitement des dysfonctions érectiles (DE) si maladie cardiovasculaire sous jacente.

N'utilise pas le sexologue comme correspondant. Frein sur la non connaissance du coût et du remboursement d'une consultation chez le sexologue.

Liste des codes / MR4 :

Sujet difficile.

Abord facile quand le patient a l'initiative d'aborder le sujet.

Difficulté d'abord ressentie par le médecin remplaçant (MR) selon la religion du patient, même si le patient aborde le sujet.

Le renouvellement de traitement pour DS est fait par le MR.
Le MR pense que le patient est réticent à lui demander le renouvellement des traitements des DS.
Le dossier informatisé est une aide pour le MR en cas de renouvellement de traitement pour DS.
Le MR pense que le patient ne souhaite pas être réinterrogé lors du renouvellement du traitement pour DS.
Le sujet est abordé par le patient en fin de consultation.
Le MR repousse la prise en charge, quand c'est un deuxième motif de consultation (manque de temps).
Les raisons de l'abord du sujet avec le MR reste floues pour le MR.
Le patient aborde le sujet avec le MR quand une relation médecin remplaçant-malade s'installe ou quand une relation médecin remplacé-malade est en difficulté.
Les femmes n'abordent pas les DS avec un MR homme qui remplace un médecin homme.
Le patient s'adresse au MR et ne souhaite pas forcément informer son médecin traitant via le dossier informatisé.
Le sujet est évité par le MR, par manque de connaissance.
Pour éviter le sujet, le MR adresse le patient à un autre spécialiste.
Ne fait pas d'examen clinique orienté avant d'adresser.
Prescription d'examen complémentaires pour la consultation spécialisée.
Pas de dépistage des DS.
Manque de compétence.
Difficultés d'abord liées à l'âge et au genre.
Abord des DS lié au syndrome dépressif mais pas de prise en charge en tant que telle.
Le dépistage de le DE n'est pas envisagé.

Le dépistage des DS n'est pas envisagé en tant que remplaçant pour des raisons liées à l'âge.
Le patient doit avoir l'initiative de l'abord.
Le patient ne s'attend pas à un dépistage des DS par le médecin.
Le MR explicite les demandes indirectes des patients.
L'absence d'abord des DS est liée au tabou sociétal, le sujet est tabou aussi pour le MR.
L'âge jeune est une limite à l'abord des DS.
Le manque de formation est une limite à l'abord des DS.
Le médecin évite les situations pour lesquelles il est incompetent.
Le MR utilise sa situation de médecin ponctuel surtout pour éviter les situations où il est en difficulté.
Mais le MR a un rôle à jouer dans la prise en charge des DS, un second rôle.
Le MR peut, dans l'intérêt du patient et dans certaines situations, assumer un secret médical envers le médecin remplacé.
Pas de second avis.
Le patient choisit un médecin pour son suivi (MR ou médecin remplacé).
Le sujet des DS est évité par le MR de façon indirecte.
Quand le patient exprime le besoin d'une prise en charge, l'abord avec le MR n'est pas un obstacle.
Les femmes abordent souvent les DS au travers des problèmes conjugaux.
Le patient attend parfois du médecin une prise en charge sortant du champ médical.
Le MR adapte son temps de consultation selon le motif.
Peu d'intérêt et peu de compétences pour les DS.

Le MR a conscience d'être utilisé par certains patients pour la prise en charge de DS.

Les DS posent des difficultés au MR mais il assure son obligation de moyen.

Si le patient est en difficulté pour l'abord avec le MR, le patient est réorienté vers le médecin remplacé.

Les DS sont des situations peu fréquentes en soins ambulatoires et surtout, pour un médecin remplaçant.

Le type de relation médecin-malade propice à l'abord des DS reste floue.

Les DS sont plus qu'un sujet intime pour le médecin.

Le médecin est à l'origine du tabou concernant les DS.

Le patient subit le dogme psychologique des DS.

Synthèse / MR4 :

Assume son manque de connaissance et de formation dans la prise en charge des DS. A conscience d'être, malgré lui, une alternative au médecin remplacé.

VERBATIM ENTRETIEN N°5 – 27 min

E = Enquêteur

I = Interviewé

E : Peux tu commencer par te présenter ? Ton âge, ta situation personnelle, si tu fais des remplacements plutôt fixes et puis ton expérience de remplacement.

I : Donc, j'ai 30 ans, je suis célibataire, j'ai terminé mon internant (cours et stage) il y a un an, fin un an et un mois. Je fais des remplacements depuis la fin de mon internat c'est à dire que j'en ai pas fait avant...Euh pour l'instant je fais des remplacements surtout fixes, donc je remplace mes anciens maîtres de stage et un pool de médecins qui ont eu mes coordonnées un peu par hasard. Et j'ai aussi tenté l'expérience de faire des dépannages de 2-3 jours chez d'autres médecins mais c'est pas forcément ce que j'en attends, car il n'y a pas vraiment de suivi de la patientèle.

E : Donc même à travers les remplacements tu recherches quand même un peu de suivi...

I : D'où la conclusion qui est que bah je m'installerai forcément un jour !

E : Donc, ça fait partie de tes projets. Là tu remplaces depuis 1 an et sur les secteurs de remplacement c'est plutôt urbain ?

I : Alors oui effectivement sur X c'est plutôt très urbain, et sur X c'est en milieu urbain mais je suis amené à faire beaucoup de visite en milieu rural parce que c'est vraiment la frontière rural-urbain. Euh j'ai pas encore fait de remplacement en milieu rural mais ce ne serait tarder.

E : D'accord

I : Parce que j'ai des propositions.

E : Alors maintenant on va revenir dans le vif du sujet. Quelle formation tu as reçue en sexologie ?

I : Alors à part un ED (Enseignement Dirigé) qui a été fait à la fac, absolument rien, donc euh ça a été surtout le fruit de recherches personnelles parce que je ne me sentais pas suffisamment formé.

E : Oui, donc alors tu as eu les ED et toi à côté tu as retravaillé le sujet ?

I : Oui, fin j'ai pas non plus fait un DU (Diplôme Universitaire) de sexo-andrologie, même si à un moment ça m'a intéressé mais euh fin voilà. J'ai recherché moi même dans la bibliographie certains articles pour approfondir un peu les choses.

E : Mais tu n'as pas fait de congrès où il y avait ce type de formation pour approfondir les choses. Mais toi, tu as recherché l'information pour y faire face donc ça veut dire que tu as eu un besoin ?

I : J'ai eu un besoin.

E : Ça t'a manqué. Euh... en ce qui concerne... euh l'abord des sujets intimes. Fin pas que en tant que médecin remplaçant (MR) mais en tant que soignant, est-ce que pour toi l'abord de ce sujet, des dysfonctions sexuelles (DS), est quelque chose de compliqué ?

I : Alors euh non... pas tout ! La première fois que je vois le patient je ne trouve pas ça compliqué ! Je...j'ai l'impression que ça devient compliqué quand je commence à connaître les gens. J'ai l'impression que, fin ça c'est mon vécu, j'ai l'impression que si ce tabou n'est pas franchi dès la première consultation on a du mal après !...Euh fin j'ai l'impression que plus on connaît les gens, moins on peut aller dans ce sens là.

E : D'accord, donc au niveau du remplacement tu es un peu en situation privilégiée ?

I : Oui.

E : Et qu'est-ce qui joue sur ça après ? C'est plus la relation médecin-malade qui au fur et à mesure se construit qui empêche de parler de ça ? Ou est-ce que pour toi il y a d'autres choses qui gênent l'abord du sujet ? Ton âge ? Euh...

I : Non, je pense que c'est la relation médecin-patient. Fin, je ne pense pas que ce soit uniquement la relation médecin-patient, c'est la relation de bonne entente entre deux personnes. Et euh le fait de bien s'entendre avec quelqu'un, j'ai l'impression que ça gêne l'abord des choses intimes.

E : D'accord, ok. Est-ce que le fait que tu n'aies pas beaucoup de formation là dessus ça te gêne pour aborder ça ou... ?

I : Non parce que, non ! Ça, ça ne m'a jamais vraiment gêné. Parce que le simple fait d'aborder les choses les problèmes avec le patient, ça m'a permis les premières fois de dire : « Il y a un souci on l'a identifié, j'aimerais que l'on se revoit pour ce problème là », parce que souvent c'est en fin de consultation, et ça m'a laissé le temps de chercher spécifiquement pour chaque cas des solutions et donc j'ai jamais vraiment été pris au dépourvu pour ce qui est de la question médicale pure.

E : D'accord, et ... donc expérience formation, c'est pas vraiment ça le souci ! Et le fait que tu sois un homme est-ce que tu as trouvé que...est-ce que tu crois que le genre sur cela ça peut avoir un...

I : Bah ! Après je... j'ai jamais eu de souci dans l'abord des problèmes sexuels avec les hommes, avec les femmes euh... fin c'est... j'ai jamais eu beaucoup de retour. Fin, je n'ai jamais eu beaucoup de consultations où a été abordé ce type de problèmes. Fin après c'est vrai que dans les troubles sexuels on pense plus souvent à la dysfonction érectile, donc effectivement dans mes consultations j'en parle beaucoup

plus facilement avec les hommes qu'avec les femmes. Et je pense, j'allais dire je ne pense pas forcément que ce soit un problème de sexe. Mais si, c'est ma vision d'homme qui fait que euh... je ne pense pas forcément à en parler avec les femmes. Mais ce n'est pas parce que c'est le sexe opposé qui fait que je ne pense pas à poser à question, c'est...

E : Tu trouves que c'est plus facile à prendre en charge chez l'homme que chez la femme ?

I : Non, c'est parce que j'aborde plus spontanément la chose chez l'homme que chez la femme, c'est pas que c'est plus difficile...

E : Et tu remplaces des médecins hommes ou des femmes ?

I : Je remplace les deux. Régulièrement à X, c'est un homme et une femme et je remplace les deux.

E : D'accord ok, est-ce que tu connais la notion de santé sexuelle ?

I : Euh de santé...non. Fin j' imagine ce que ça peut recouvrir mais ...

E : Tu en as déjà entendu parler ?

I : Non, ça ne me dit rien !

E : Et là comme ça tu la définirais comment la santé sexuelle si tu devais...

I : Et bien écoute, un peu comme la définition de la bonne santé, un état de bien être psychologique, physique autour de la sexualité.

E : Ok, alors je vais te lire la définition de l'OMS de 1975, c'est pas tout jeune, mais je te rassure pas grand monde la connaît (lecture de la définition).

I : D'accord

E : Donc effectivement ça rajoute la notion de bien être à une prise en charge purement médicale, si le patient est satisfait il n'y a aucune DS. Bah du coup pour la suite est-ce que tu as

une situation de prise en charge de DS au cour d'un remplacement qui te vient...

I : Bah oui, il y en a...

E : Beaucoup ?

I : Fin c'est par période, j'ai l'impression que ça arrive plus souvent l'été.

E : Oui et alors pourquoi ?

I : C'est peut être le fait que l'été je remplace plus souvent, fin je ne sais pas.

E : Et tu penses que c'est parce que le patient sait que ce sera un remplaçant, alors les patients en profitent...

I : Je sais pas, parce que je n'ai jamais posé la question. Mais la semaine dernière, j'ai eu un patient qui est venu et euh en fin de consultation, fin c'est pas en fin de consult, c'est pendant la consultation j'ai posé comme ça le... pas de troubles fonctionnels intestinaux...euh

E : Au cours d'un renouvellement ?

I : Au cours d'un renouvellement. Pour uriner il n'y a pas de souci le jet est bon, bref euh... Entre parenthèse c'est vrai que j'ai oublié d'en parler au début, c'est vrai que je suis passé externe dans un service d'urologie. Et même si à l'époque je n'avais pas du tout de notion sur les troubles érectiles, et ça n'a pas été abordé pendant tout le trimestre. Le fait d'aborder des problèmes urologiques avec les patients, ça a fait tomber un tabou et j'en parle très facilement depuis que je suis passé dans ce stage.

E : Donc l'abord des signes urinaires te permet d'aborder les dysfonctions, en tout cas l'abord de la dysfonction érectile ?

I : Oui voilà, car j'ai découvert dans ce stage que le fait d'en parler aux gens, ça ne les gênait pas eux.

E : Oui.

I : Parce que je pensais avant que c'était le cas ! Et donc je ferme la parenthèse. Et ce patient en lui demandant : « Le jet est bon, il n'y a pas de souci ? » Il me dit : « Le jet ça va, par contre c'est mes érections. Parce que ça fait 15 ans que j'ai divorcé d'avec ma femme, ça fait 15 ans que je n'avais plus de relations sexuelles et là j'ai fait la rencontre de quelqu'un. Et je voulais savoir est-ce que le fait de ne pas avoir eu de relations sexuelles pendant autant de temps ça peut jouer sur l'érection. » Et puis voilà c'est parti de là.

E : D'accord et c'est toi qui lui a posé la question ?

I : Oui mais pour un problème urinaire, pas pour un problème sexuel. Moi je lui ai posé la question du problème urinaire et c'est lui qui a embrayé sur le problème sexuel.

E : D'accord, ok

I : Et en fin de consultation je lui ai dit : « Mais vous en avez déjà parlé au Dr X que je remplace ? » Et euh il m'a répondu : « Non mais bon on ne m'avait jamais posé la question ». Et j'ai compris à travers ça, que quand je posais une question sur des problèmes urinaires, les gens comprenaient sexuels...fin lui en tout cas !

E : Et donc tu considères qu'ils saisissent l'opportunité de répondre.

I : Je pense que je vais plus souvent oser poser cette question là en espérant qu'ils chopent la perche.

E : D'accord, donc tu veux faire du dépistage ?

I : (Silence)... Oui bah...!

E : Est-ce que tu appellerais ça du dépistage ?

I : Je pense que... je pense qu'à partir d'un certain âge chez les hommes ça doit faire partie de la consultation. A partir du moment où le mec est polypathologique et qu'il a déjà d'autres choses qui mettent en danger sa vie, je réglerai ça après. Euh

mais après si le gars il vient et il est bien, autant profiter de la consultation pour le faire. Donc oui c'est du dépistage !

E : Et les fois où tu t'es essayé à ce dépistage là, ils l'ont pris comment les patients ?

I : Jamais personne ne s'est braqué, jamais.

E : Et ça impliquait une prise en charge ou pas ?

I : Bah chez lui oui, fin souvent oui. D'ailleurs fin c'est... quand j'ai fait mon tout premier remplacement, le médecin que je remplaçais m'avait dit : « Avant de partir en vacances je demande au laboratoire des échantillons de Cialis et de Viagra, il y en a dans le tiroir, pour moi c'est difficile d'en parler avec les gens, de temps en temps j'en donne ou j'en prescris, il y en a là et puis fais en ce que tu veux ! » Et puis il est parti 15 jours, je l'ai remplacé 15 jours, et effectivement j'ai eu des gens. Et puis le fait qu'il m'ait dit que il y avait ça à disposition j'en ai peut être plus facilement parlé avec les gens. Et puis quand il est revenu la première chose qu'il m'ait dite c'est « Bah tiens mon tiroir est vide ! » Donc ça avait été assez facile d'aborder le sujet.

E : Donc même dans le cadre des remplacements tu fais du dépistage. Tu as l'impression que les gens t'en parlent autant voir plus qu'au médecin ?

I : Fin chez lui, c'est la seule fois où j'ai eu cette impression, j'ai l'impression que oui ce médecin là. Mais pas systématiquement. Chez d'autres je n'ai pas eu cette impression.

E : Mais qu'est-ce qui fait alors que les gens en parlent au médecin remplaçant ?

I : Bah... je suppose que c'est parce que... ils ont l'impression qu'ils sont là épisodiquement et qu'ils ne me verront plus donc euh... que je ne répèterai pas à leur bon docteur les problèmes sexuels qu'ils ont...

E : Donc tu consignes dans le dossier ?

I : Oui, mais j'écris en parlant. Ils ne voient pas ce que j'écris, mais jamais personne ne m'a demandé ce que j'écrivais.

E : Et jamais personne n'a dit de ne pas noter dans le dossier ?

I : Non, de toute façon je pense que c'est du domaine de l'inconscient le fait qu'ils veuillent m'en parler à moi et le fait...de... ils acceptent implicitement que je le note dans le dossier. Parce que c'est contradictoire finalement !

E : Du coup tu fais une prise en charge pendant la consultation où ça a été énoncé. Mais est-ce que tu as du suivi de ça ? Ou est-ce que tu dis : « On fait un premier point et puis pour la suite vous reverrez avec le médecin »...Comment tu fais pour la suite ?

I : Ça dépend parce que j'ai eu des personnes qui venaient d'avoir une prise en charge globale assez complète, donc j'ai pu prescrire en toute confiance le traitement, donc c'est des gens avec qui ça c'est réglé en une consultation. Et il y en a d'autres chez qui j'ai suspecté une pathologie sous jacente, et donc là je leur ai expliqué que dans la prise en charge des DS il fallait d'abord éliminer des pathologies curables et là ça demandait une prise en charge un peu plus longue. Donc quand c'était des remplacements qui duraient 15 jours 3 semaines comme cet été, c'est moi qui ai fait la prise en charge du début à la fin. Les gens étaient contents que ce soit la même personne qui fasse cette prise en charge. Et puis après il y en a d'autres chez qui j'ai expliqué que euh je ne pouvais pas être là pour la suite et que ce serait leur médecin habituel qui prendrait en charge la suite des choses. Donc ça dépend des périodes de remplacement et du moment où...

E : Et à quel moment du remplacement les gens consultent. D'accord et donc tu penses que les patients, ils aiment bien ce double suivi, est-ce que tu penses que... ou ils abandonnent ?

I : Je ne sais pas, je n'ai pas de retour là dessus. Parce que, fin je ne tiens pas un carnet avec les gens que je suis pour ça. Mais j'ai pas encore euh, après j'ai pas une expérience de remplacement suffisamment longue mais j'ai pas encore revu des gens chez qui j'avais débuté un suivi et qui avait été continué par le médecin habituel.

E : D'accord, ça tu ne peux pas trop répondre.

I : Je ne peux pas savoir.

E : Et... est-ce que tu fais du renouvellement de traitement de DS qui ont été initiés par le médecin que tu remplaces ?

I : Oui

E : Et ça c'est dans le renouvellement...dans ces cas là c'est un peu différent ?

I : Oui dans ce cas là c'est différent, dans le sens où... Fin le fait que les traitements ne soient pas remboursés, il y a une notion de concurrence entre les pharmacies, les gens demandent une ordonnance à part, ils savent où aller chercher. C'est une consultation un peu particulière, c'est une ordonnance à part c'est un truc à part.

E : Mais ces gens là ils t'utilisent comme un médecin...il n'y a pas de différence...

I : Oui tout à fait. Et j'ai déjà eu une fois un patient qui est venu me voir moi. Alors ça ne le dérangeait pas que ce soit le remplaçant, parce qu'il voulait juste pour cette prescription là. Parce qu'il avait son médecin traitant qui lui prescrivait son traitement habituel et qui n'était pas du tout au courant de ses troubles sexuels, et il venait voir un autre médecin pour son trouble sexuel, ça m'est arrivé une fois. Et je lui ai demandé pourquoi, il m'a dit parce qu'il n'a pas à le savoir, donc j'ai pas

creusé plus la chose mais voilà. Donc il y a des gens qui en plus de la distinction d'ordonnance font la distinction de médecin.

E : Donc aussi bien ils peuvent faire le médecin remplacé et son remplaçant que le médecin et un autre cabinet. Ok, euh et tu as déjà eu, car dans les exemples de tout à l'heure tu avais plus ou moins lancé une perche ; est-ce que tu as eu un motif principal... le patient s'est présenté devant toi et le motif principal était une dysfonction sexuelle ? Et c'était pour le remplaçant ?

I : Ça m'est arrivé une fois, bah justement le médecin qui m'avait laissé son tiroir de Cialis. L'une de mes premières consultations ça avait été... (Et c'est peut être ça qui a lancé le fait que je fasse du dépistage large les 15 jours d'après). Le patient est arrivé pour ça ! Alors je sais pas, j'ai pas posé la question c'était l'un de mes premiers remplacement. Mais il ne me semble pas que c'était parce que j'étais le remplaçant qu'il était venu mais d'après le médecin que je remplaçais selon lui c'était plutôt le cas.

E : Mais toi tu n'as pas ressenti...

I : En tout cas il ne me l'a pas fait ressentir.

E : Et tu penses que le patient attend que le médecin lui pose la question ?

I : Bah ça j'ai pas la réponse, il faudrait leur poser la question ! Bah certains aimeraient qu'on leur pose la question, parce que pour eux c'est tabou d'en parler et que pour eux la sexualité ça ne fait pas partie de la santé. Et il y en a d'autres qui poseront la question parce que pour eux ça fait partie de la santé.

E : Et c'est tabou pour le patient, c'est tabou pour le médecin, c'est tabou pour la société, c'est...

I : Ça c'est une question très compliquée...

E : Est-ce que tu penses que c'est tabou pour le médecin ?
I : Je pense que pour certains oui ! Mais en tout cas pas pour moi ! Pour la société alors oui, je pense que c'est le plus gros tabou, c'est des idées à travers la société... Alors après pour le patient, c'est multifactoriel, sa religion, sa famille, ses origines, son vécu ...
E : En tout cas toi en tant que soignant c'est quelque chose que tu peux prendre en charge correctement ?
I : Oui il n'y a pas du tout de souci.
E : Donc ça t'est arrivé de réorienter sur le médecin quand tu étais sur la fin d'un remplacement. Et tu as des correspondants, tu utilises des correspondants pour la prise en charge par exemple des spécialistes en urologie, un sexologue, est-ce que ça t'arrive...
I : Ça m'arrive plus facilement dans un cabinet sur X, car je connais un des urologues (parce qu'il était interne quand moi j'étais externe dans le service) et que c'est plus facile parce que je peux l'avoir au téléphone. Ailleurs les gens ne souhaitent pas être vus par quelqu'un d'autre.
E : Donc tu as eu des refus d'aller voir un spécialiste !
I : Oui tout à fait !
E : Donc en gros si ils choisissent de t'en parler tu te débrouilles, il faut que ce soit toi qui gère.
I : Certaines fois oui, après c'est ... quand... c'est un problème cardio vasculaire, que l'on veut gérer un peu les choses, ils acceptent de voir un cardiologue mais ils ne vont pas accepter de voir un urologue.
E : Ok d'accord. Donc la plupart du temps tu n'utilises pas les correspondants, tu gères complètement la prise en charge.
I : Oui.
E : Ok, ...donctu disais tout à l'heure que tu reconvoques les patients sur ton propre remplacement, ça t'arrive...

I : Hum hum, oui
E : Et tu le fais systématiquement si le temps de ton remplacement te le permet ?
I : Oui
E : Tu incites à ça quand même, pour pouvoir suivre le symptôme... d'accord... et euh par rapport au... donc tu as dit que tu remplaçais parfois une femme parfois un homme. Tu as remarqué une différence dans la fréquence de ces consultations ou pas ?
I : Euh non, car en fait c'est un cabinet médical où il y a un homme et une femme, et pour les problèmes gynécologiques même si le médecin traitant est l'homme, les femmes vont aller voir la femme et pour les problèmes sexuels ils vont aller voir l'homme.
E : D'accord, les gens choisissent...
I : Par contre juste un petit détail. C'est que quand, effectivement, c'est vrai j'avais pas fait gaffe, mais quand euh je remplace la femme et que l'on est deux et qu'on est deux hommes, même si c'est des gens dont le médecin traitant est l'autre homme, ils viennent me voir moi, donc moi le remplaçant pour les problèmes sexuels.
E : D'accord donc ils cherchent quelqu'un de... d'un peu hors...
I : Oui, et en même temps je suis le remplaçant mais ça fait quand même un an et demi que je les remplace, fin 1 an et deux mois, et euh... fin je ne suis pas le remplaçant épisodique !
E : Tu es, tu fais comme une espèce de suivi parallèle pour certains problèmes !
I : Oui.
E : D'accord ok, donc les patients ne choisissent pas forcément de voir le remplaçant fonction de... de si il est de

genre opposé à leur médecin habituel, c'est simplement parce que c'est quelqu'un de neutre, fin de différent dans la relation.

I : Voilà.

E : Mais c'est pas le genre qui fait vraiment, qui joue vraiment.

I : Non je ne pense pas.

E : En même temps tu n'as pas beaucoup de prise en charge avec les femmes ! Est-ce que c'est parce que tu es moins formé ? Ou...

I : Ben oui. Je suis moins formé, j'y pense pas, je...euh... elles ne m'ont jamais tendu de perche ! Fin disons que jamais aucune femme ne m'a parlé de ses problèmes sexuels.

E : Et toi tu penses que c'est plutôt toi ? Fin les gens sentent que tu es moins disposé à...

I : Fin oui, moi je pense que je suis moins disposé et puis elles doivent le sentir, fin c'est ...on laisse transpirer des choses et elles doivent le comprendre implicitement.

E : Donc là le genre réintervient quand même !

I : Oui, dans ce sens là oui.

E : Ok. Et euh...Tu disais euh... les patients quand on en parle ils ne sont pas gênés

I : Oui...

E : Et du coup, ils sont soulagés que tu en aies parlé ?

I : J'ai l'impression que oui.

E : D'accord ok, aucune gêne alors quand toi tu inities le... donc c'est toujours rentable de lancer le sujet.

I : Hum hum.

E : Donc du coup en tant que médecin remplaçant toi par rapport à la notion de santé sexuelle, tu considères que tu as un rôle de dépistage ? De prise en charge ? De suivi ? Tu as un rôle de médecin...euh...

I : Oui, le rôle de suivi, fin il ne peut pas être sur le long terme mais oui. Il y a un suivi dans le sens où je coordonne la prise en charge initiale et j'évalue le traitement si j'ai la possibilité...

E : Comme si un peu le médecin que tu remplaces devenait un peu ton remplaçant pour ce type de problème dans l'intervalle et qu'après...

I : (Rires-Soupirs) En extrapolant on peut dire ça mais c'est pas (rires) ...

E : C'est un peu étrange la relation s'inverse, et les patients utilisent cela comme ça ! ...On t'a déjà demandé un second avis ? Sur quelque chose qui avait déjà été pris en charge ?

I : Moi donner un second avis ? Euh...non

E : Ou on ne te l'a pas dit !

I : Ou on ne me l'a pas dit comme ça ! J'ai pas... peut être...

E : On ne t'a pas dit j'ai déjà eu ça ça ça et...

I : Bah si, ça arrive régulièrement, mais fin second avis... fin oui si on peut dire ça comme ça. Mais...je creuse dans ma mémoire...sur les problèmes sexuels en particulier...ça m'est peut être arrivé une fois ou deux, qu'on me dise : « On a débrouillé le truc, on m'a donné ça, ça ne marche pas, est-ce qu'il y a autre chose ? »...Mais comme pour tout traitement et comme toute prise en charge. Je ne pense pas que c'est parce que j'étais remplaçant que l'on m'a demandé un second avis. C'était juste un patient qui consultait pour dire le traitement ne fonctionne pas bien !

E : Mais du coup il venait te voir toi en se disant...

I : Non, je ne pense pas.

E : C'était le hasard et point.

I : Oui.

E : Ok, je refais un peu le tour... voir si...non, je pense que c'est bon ! Est-ce que tu as encore des choses...

I : Je cherche aussi... Après j'ai juste peut être une remarque ! C'est que autant les femmes voient régulièrement ... Si c'est ça ! Une fois il y a une dame qui m'a dit : « De toute façon pour tout ce qui est gynéco j'ai mon gynéco » Et autant les femmes qui sont prises en charge et qui veulent faire un suivi, ont un suivi assez régulier chez un gynécologue qui fait les frottis qui fait la palpation de seins qui prescrit aussi les mammographies quand elles ne sont pas dans le dépistage de masse. Autant les hommes ils n'ont pas... ils ne vont pas voir l'urologue comme ça et c'est difficile aussi... parce que je fais un parallèle avec le « dépistage » du cancer de la prostate où quand on propose un toucher rectal ou un dosage du PSA, on peut le faire nous même !... Fin moi je le fais d'ailleurs assez facilement et il ne me vient pas à l'idée de les adresser à un urologue pour ça ! Et donc il est assez rare qu'ils débutent un suivi euh chez un urologue comme une femme pourrait l'avoir chez un gynécologue. Donc c'est peut être pour ça qu'en fréquence on est plus amené à...

E : Les patientes si elles ont une demande elles le feront via leur gynécologue.

I : Oui voilà.

E : Et toi les médecins que tu as remplacé ne faisaient pas forcément de suivi gynécologique... ou tu ne t'es pas intégré là dedans.

I : Euh, la femme que je remplace elle fait les frottis mais que ça, j'ai trouvé ça bizarre au début et je continue à trouver ça bizarre, elle fait les frottis mais les femmes ont quand même un suivi gynéco... et voilà...

E : Et donc peut être aussi pour les DS de la femme elles seront prise en charge pas les gynécos...

I : Je pense... enfin disons elles ont plus accès à un « spécialiste », à qui elles pourront en parler et qui ne sera pas leur médecin traitant... mais après c'est mon explication.

E : Bon, ça me paraît clair, plus rien à dire ?

I : Non, j'ai plus rien à dire !

ANALYSE VERBATIM 5

Présentation / médecin remplaçant 5 (MR5):

Homme, 30 ans, célibataire, sans enfant
Expérience 1 an
Remplacements fixes, milieu urbain et semi-urbain
Formation université Lille 2, non thésé
Installation envisagée à moyen terme
A déjà participé à un travail de recherche qualitative

Formation en sexologie / MR5 :

Deux heures de formation par un sexologue, pendant DES de médecine générale.
Besoin de formation ressenti au sortir des études.
Connaissances réactualisées sur le sujet par des recherches personnelles, devant la demande en consultation.
Intérêt pour la sexologie.
Expérience concernant la prise en charge des dysfonctions sexuelles (DS).
Pas de connaissance de la notion de santé sexuelle. Mais la définirait ainsi « un peu comme la définition de la bonne santé, un état de bien être psychologique, physique autour de la sexualité ».

Liste des codes / MR5 :

Importance du suivi de patientèle en tant que médecin remplaçant (MR) via des remplacements fixes.
Abord facile des DS.

Abord des DS facilité par une relation médecin-malade nouvelle.

Le sujet des DS doit être abordé précocement dans la relation médecin-malade.

L'abord des DS est rendu difficile par la construction d'une relation médecin-malade.

Situation privilégiée du MR pour l'abord des DS.

Plus que la relation médecin-malade, c'est la relation « de bonne entente » qui complique l'abord des DS.

Le manque de formation initiale n'est pas un obstacle à la prise en charge des DS.

Les DS sont souvent abordées en fin de consultation par le patient.

Des consultations dédiées sont organisées.

La consultation dédiée permet un temps de recherche sur un sujet non maîtrisé.

Aucune difficulté pour l'abord des DS avec un patient de même genre ou de genre opposé.

Pour un remplaçant, l'abord des DS avec les patientes est plus rare.

Le trouble le plus fréquent est la DE.

Pour un MR homme, l'abord est plus spontané avec les patients.

Mais l'abord par un MR homme n'est pas plus difficile avec les patientes.

La levée du tabou sur les sujets intimes au cours des études (stage d'urologie) permet l'abord de la sexualité au cours de la pratique.

Le patient n'est pas gêné par l'abord de certains sujets intimes (troubles urinaires).

Chez l'homme la dysfonction érectile est abordée via les symptômes urinaires.

En cas d'abord avec le MR, ce dernier demande au patient si le sujet des DS a été abordé avec le médecin remplacé.
Le patient attend qu'on l'interroge sur les DS.
La recherche de DS doit s'intégrer à l'interrogatoire en général.
La question des DS doit être posée au patient a priori asymptomatique.
Le dépistage par le MR est bien accepté par les patients.
Le MR est lui-même surpris initialement de la facilité d'abord avec les patients.
Le médecin remplacé a conscience de la position particulière du MR pour aborder les DS.
Les patients n'abordent pas plus les DS avec le MR qu'avec leur médecin traitant.
La relation médecin-malade ponctuelle avec le MR favorise l'abord des DS.
L'information médicale sur les DS est systématiquement consignée dans le dossier médical.
Le patient exprime sa DS à un autre médecin que son médecin traitant tout en sachant qu'il sera informé.
Si les antécédents du patient et la durée du remplacement le permettent, la prise en charge est complète et finalisée par le MR.
Les patients sont satisfaits d'une prise en charge par un seul praticien même si c'est le MR.
Le relai peut également être fait avec le médecin remplacé.
Le MR n'a pas de retour sur les prises en charge et le suivi.
Le renouvellement des traitements des DS est un renouvellement distinct.
Les patients ont un parcours de soins indépendant pour la délivrance des traitements pour DE.
Une DS est parfois un motif principal de consultation avec le MR.

Pour certains patients les DS ne sont pas un symptôme médical.
Le patient n'exposera pas systématiquement une DS symptomatique au médecin.
Les DS sont un sujet tabou pour certains médecins.
Les DS sont un sujet tabou pour la société.
La religion, la famille, les origines du patient influent sur l'abord des DS.
La prise en charge des DS ne pose aucun problème aussi bien en tant que soignant qu'en tant que MR.
Un correspondant (urologue) est utilisé par le MR quand le correspondant est connu du MR.
Les patients ne souhaitent pas forcément être adressé à un autre spécialiste pour la prise en charge des DS.
La plupart du temps, les patients ne sont pas adressés chez un autre spécialiste par le MR.
Des consultations dédiées et des consultations de suivi sont systématiquement proposées au patient par le MR si le temps du remplacement le permet.
La fréquence des consultations ne diffère pas selon genre du médecin remplacé.
Les femmes consultent principalement un médecin femme et les hommes un médecin homme pour les problèmes considérés comme intimes (gynécologie et DS).
Même si le MR est du même genre que le médecin traitant, le patient peut privilégier le MR pour la prise en charge des DS.
Le patient s'adresse plus facilement au MR pour les DS quand c'est un remplacement fixe.
La position de nouveau praticien dans la relation MR-malade a plus d'influence que le genre du MR dans l'abord des DS.
La formation à la prise en charge des DS féminines est quasi inexistante.

Les femmes abordent moins le sujet des DS avec un médecin homme.

Les patientes repèrent si le MR est disposé à aborder une DS. Les patients sont soulagés quand le médecin aborde le sujet des DS.

Tendre une perche sur les DS au patient n'est jamais délétère pour la relation MR-malade.

Le MR peut plus avoir un rôle de coordination initiale que de suivi dans la prise en charge des DS.

Le MR peut presque atteindre le statut de médecin référent pour la prise en charge de la DS.

Un second avis est parfois demandé, mais pour le MR le second avis n'est pas lié au contexte du remplacement.

Les DS chez la femme sont plus rares en médecine générale car les patientes ont, pour la plupart, un suivi gynécologique indépendant.

Les femmes ont accès à un autre interlocuteur pour aborder les DS sans devoir en informer forcément leur médecin traitant.

Synthèse / MR5 :

Abord facile des DS avec le patient, essentiellement avec les hommes. Par son investissement, une expérience dans la prise en charge des DS au cours des remplacements a été acquise.

VERBATIM ENTRETIEN N°6 – 37 min

E = Enquêteur

I = Interviewé

E : Peux tu commencer par te présenter ? Ton âge, ta situation personnelle, si tes remplacements sont plutôt fixes ou irréguliers...

I : D'accord, alors moi j'ai 28 ans, je remplace de façon ponctuelle : 3-4 cabinets qui me demandent, dans des zones un peu différentes. Une zone plutôt urbaine et puis une zone plutôt rurale... voilà. Et puis j'ai pas encore une activité de remplacement énorme parce que cela fait un an que je remplace et j'ai passé beaucoup de temps sur ma thèse l'année dernière. Donc j'ai dû faire peut être une à deux semaines par mois pendant un an.

E : Donc tu as commencé tout doucement.

I : Voilà, c'est ça !

E : Mais c'était quand même des remplacements qui devenaient fixes sur un an ? Toujours le même médecin ?

I : Sur un an j'ai remplacé le même médecin aux vacances scolaires, donc oui. Après cet été, j'ai remplacé un médecin sur 4 semaines... j'ai pas vraiment de suivi, j'ai pas vraiment de suivi de patient.

E : Ok, tu remplaces depuis un an. Et donc c'était plutôt péri-urbain ?

I : Oui péri-urbain, mais pour moi il y a quand même un cabinet où c'était rural. Même si c'est un cabinet de groupe, l'hôpital le plus proche est quand même à 20 km. Pour faire des prises de sang il y a quand même 10km...

E : Donc il y a quand même des conditions un peu plus compliquées. Euh sinon en sexologie, qu'est-ce que tu as reçu comme formation ?

I : Alors moi j'ai eu les cours à la fac... j'ai eu un ED sur la sexualité, si je me souviens bien.

E : Oui, le cours de la fac.

I : Par un médecin généraliste qui a une formation en sexologie si je me souviens bien. J'ai pas de grands souvenirs de ce cours là ! Et sinon après ce que j'ai comme formation à la fac, c'est les cours que j'ai eu en P2, des cours de physio.

E : Donc tu avais eu ces petites notions.

I : Oui, en P2 on a les cours de physiologie chez la femme et chez l'homme. Et puis après on avait dû avoir... non je crois que c'est tout !

E : Après est-ce que tu as eu des formations continues ? Est-ce que dans les congrès tu as pu avoir l'occasion de ce type de formation ?

I : Non pas du tout. Je suis allée quelquefois au club des médecins remplaçants le mardi soir. Mais il y a eu un truc je crois sur les DS, mais j'ai pas pu y aller. Non donc j'ai vraiment... au niveau formation, je trouve que je ne suis plutôt pas formée ! (Rires)

E : Ok. Alors sur les sujet intimes, pas que sur les DS, sur les sujets qui touchent à l'intimité du patient, pour toi en tant que soignant, pas forcément en tant que médecin remplaçant mais en tant que soignant, c'est quelque chose de facile à aborder, c'est quelque chose de...

I : Alors oui, euh justement pas du tout ! Fin c'est quelque chose qui me gêne en fait. Je ne suis pas à l'aise voilà honnêtement, je suis pas à l'aise...

E : C'est pas un sujet avec lequel...

I : C'est pas un sujet avec lequel je suis à l'aise ! Je préfère voir quelqu'un pour un renouvellement de traitement hypertenseur, ça me paraît beaucoup plus simple...

E : Et tu penses que c'est lié à quoi ? Vraiment sur... encore une fois en tant que soignant.

I : Alors après, moi dans mon expérience, la petite expérience que j'ai, c'est plus par rapport à des hommes qui sont venus me parler. Donc j'ai jamais eu affaire à une femme qui m'a parlé d'un problème fin voilà. Alors déjà moi ce qui se passe aussi, c'est que je suis encore assez gênée pour prendre en charge des gens qui ont mon âge, des hommes qui ont mon âge...

E : Donc le même âge que le patient, fin quand tu as des patients de ton âge c'est plus compliqué ?

I : Oui, des jeunes patients de mon âge, en gros autour de la trentaine. Mais des choses toutes simples, une prostatite ou une urétrite, je sais que ce genre de consultation je ne suis pas l'aise.

E : D'accord, ok. Donc sur les sujets intimes c'est compliqué !

I : Voilà c'est ça. Je ne suis pas à l'aise parce que... il y a l'examen de l'appareil génital masculin, voilà. Voilà, après euh du côté féminin c'est un peu différent, mais je trouve que, quand même toujours, quand il y a la nécessité d'examiner sur le plan, soit gynéco soit appareil génital masculin, je trouve qu'il y a quand même...euh...

E : Ça complique la consultation !

I : Voilà ça complique la consultation, c'est pas naturel.

E : D'accord, donc tu disais... fin tu es une femme, est-ce que c'est parce que c'est des patients de genre opposé ? C'est plutôt avec des hommes, enfin finalement avec les femmes aussi, c'est pas trop le genre qui joue ?

I : Euh... enfin si, c'est quand même beaucoup plus facile pour moi d'examiner une femme. Pour faire un frottis par exemple ou une femme qui a des métrorragies fin c'est, il y a un petit quelque chose mais... peut être aussi parce que je pense qu'en gynéco j'ai pas une grande formation. Je galère un peu des fois pour trouver le col, fin c'est des choses que... je suis pas toujours très à l'aise, des fois je fais mal un peu aux patientes...

E : Donc c'est la formation qui t'a manqué pour gérer ce genre de situations ?

I : Oui, peut être, peut être un peu la pratique, oui c'est ça !

E : La pratique plus que la formation théorique ?

I : Voilà plutôt la pratique, parce que c'est vrai que la pratique gynéco que j'ai eue c'était plutôt... fin le stage que j'ai fait c'était plutôt des femmes enceintes. Et donc l'examen est un peu différent pendant la grossesse. Après chez les hommes je pense que c'est aussi... Mais même des hommes qui sont plus âgés que moi, euh dès que ça touche à l'intimité, voilà je sens que la consultation va être plus compliquée...

E : Hum, donc c'est un manque d'expérience pour ce type de consultation ?

I : Un manque d'expérience et puis je ne suis pas à l'aise, voilà !

E : Oui, donc peut être que même avec plus d'expérience ce sera toujours quelque chose de ... de compliqué ?

I : Oui c'est ça ! Car ça touche à l'intimité et parce que je suis une femme et qu'il y aura toujours un homme en face de moi. C'est vrai que c'est quelque chose de très personnel. Comme par exemple quand il faut poser la question euh... je repense une chose toute simple, pour une infection sexuellement transmissible, il faut demander à un homme de 50 ans « Est-ce que vous avez des relations sexuelles avec quelqu'un

d'autre que votre femme » par exemple, je suis toujours un peu gênée pour poser la question, c'est bête mais bon.

E : Donc le patient le ressent aussi et...

I : Je pense que ça se ressent. Je pense que je suis rouge pendant la consultation par exemple (Rires).

E : Et c'est lié au fait que tu ne connais pas les gens ? Fin que tu les vois pour la première fois ou c'est pareil même avec des patients que tu pourrais voir plusieurs fois ?

I : Alors j'ai pas de recul par rapport au suivi parce que j'ai jamais vu plusieurs fois des patients...

E : Pour un problème...

I : Voilà, pour un problème intime, donc j'ai vraiment...à chaque fois c'est toujours la première fois que je vois le patient ! Et je pense que vraiment, à n'importe quel âge, là je pense à un jeune homme. J'ai eu aussi un homme plus âgé pour une prostatite à 70 ans, c'est pareil j'étais pas très à l'aise. 50 ans pour une urétrite j'étais pas à l'aise non plus, première consult de la journée...

E : Ok...

I : Et les gens le sentent aussi car j'ai un monsieur qui m'avait dit « Oui, je suis désolé de vous infliger ça au début de la journée. »

E : Oui, il s'excuse de tomber tout de suite dans les choses plus intimes.

I : Et j'ai dit « Bah c'est normal c'est mon métier » je pense que j'avais répondu ça et il avait peut être senti que...

E : Donc il avait une petite gêne aussi...

I : Bon dans mon attitude aussi, je sais pas trop. Mais j'ai quand même l'impression de ne pas prendre en charge...aussi bien que... on va dire que si... je prenais en charge un nourrisson avec de la fièvre par exemple.

E : Pas aussi bien ?

I : Pas aussi carrée.

E : Mais, dans l'abord ou dans la conduite à tenir ? Dans l'abord tu veux dire ?

I : Dans l'abord oui. Mais alors, fin je pense que je m'écarte un peu du sujet, fin quand je peux éviter le toucher rectal je l'évite quoi, sachant que peut être... euh...

E : Du coup ta démarche diagnostique te paraît moins complète ?

I : Voilà exactement, on va dire ça comme ça. Je sais qu'il y a des choses où j'ai un frein.

E : Tu sais que tu dois le faire...

I : Ou alors je me dis « bon voilà on va dire que c'est pas ça ! »

E : C'est pas grave si je ne le fais pas.

I : Oui voilà, ou je le fais si vraiment il faut que je le fasse ! Oui c'est ça, parce que je ne suis pas très à l'aise et puis... J'en ai parlé du coup avec une amie, une autre remplaçante du coup, qui me dit qu'elle au contraire elle était vraiment très très à l'aise. Et ça, pour elle que ce soit un homme ou une femme quand il y avait besoin d'examen génital elle disait « bah oui je les prends en charge comme ça » euh voilà. Elle m'a dit « oui effectivement tu dois vraiment avoir une gêne », que elle, elle n'avait pas.

E : D'accord ok. Est-ce que...tu connais la notion de santé sexuelle ?

I : Alors euh, je définirais ça...la santé en gros la santé c'est la santé physique psychique et sociale on va dire. Et oui la santé sexuelle c'est quelqu'un qui est... on va dire satisfait de sa sexualité. Sachant qu'il n'y a pas de norme pour moi c'est...

E : Oui et tu avais déjà entendu parler de cette notion ou tu la définis spontanément ?

I : Euh comme tu as posé la question je la définis comme ça, mais c'est vrai je pense que j'en avais peut être déjà entendu parler sans avoir... fin c'est un terme qui ne me paraissait pas étranger voilà.

E : Alors c'est une définition de 1975 de l'OMS, je te la lis pour resituer un peu l'ensemble. Lecture de la définition. Donc effectivement ça implique la notion de satisfaction et ça sort du cadre MST/contraception. Voilà, est-ce que peut être pour poursuivre tu as une situation clinique, au cours d'un remplacement cette fois ci, où tu as dû prendre en charge, aborder une DS. Un homme, une femme, que ce soit toi qui aies abordé la DS ou le patient. Fin si tu peux m'expliquer comment ça s'est passé ?

I : Alors j'ai un cas, mais je ne suis très fière. Alors bon voilà, c'était un homme qui venait pour un renouvellement de traitement. Un homme qui ne vient jamais chez le médecin. Qui venait prendre son traitement pour le cholestérol et puis bon j'avais vu qu'il ne venait pas très souvent, et que visiblement il y avait peut être une inobservance thérapeutique vu la dernière consultation. Et puis il me demande à la fin de la consultation... j'avais quasiment fini la consultation et puis il m'a demandé son renouvellement de Cialis. Donc là, j'allais finir la consultation et donc on se remet dans la consultation et puis je regarde ! Alors du coup j'ai pas fait d'examen génital. Tout simplement j'ai regardé le dossier et 6 mois avant il avait déjà eu une prescription par son médecin traitant, qui avait prescrit une boîte de 4. Et puis il avait revu deux ou trois mois après une remplaçante qui avait prescrit deux boîtes. Et puis moi...

I : Tu arrives en troisième...

E : J'arrive en troisième prescription et il m'a demandé « Est-ce que c'est possible de mettre à renouveler trois fois ? » Et

puis moi j'ai pas fait forcément attention. Si je me rappelle un peu la consultation, alors c'est un homme qui avait 50 ans, j'ai vérifié simplement qu'il n'avait pas d'antécédents cardiaques dans son dossier qui pouvaient contre indiquer. Je lui ai demandé la fréquence d'utilisation parce j'ai vérifié, je ne suis pas habituée à prescrire donc j'ai vérifié... je ne suis pas habituée à prescrire. C'était une à deux fois par semaine, et puis c'est vrai qu'après j'ai fait la prescription en mettant le renouvellement, deux boîtes de huit à renouveler trois fois. Et puis j'ai fini la consultation et en rentrant le soir même je me suis dit : « finalement c'est peut être beaucoup ce que j'ai prescrit » et j'ai revérifié dans le Vidal. Et je me suis dit que...

E : Qu'il y avait une longue période sans revoir un médecin ?

I : Oui, ça lui faisait 6 mois sans revoir un médecin, je pense qu'une période... enfin dans une autre situation j'aurais mieux vérifié, car quand je ne suis pas sûre d'un médicament je prends vraiment le temps de vérifier les modalités de prescription et de surveillance. Et puis là, je pense que je n'étais pas bien à l'aise et j'ai voulu...

E : Conclure plus vite.

I : Oui, voilà exactement. Donc ça a été une expérience plutôt négative, car je me suis dit « ce patient là, est-ce que j'ai bien expliqué les modalités de traitement etc. »

E : Et du coup, tu n'avais pas les ...les notions théoriques suffisantes mais en même temps des fois tu ne les as pas et tu prends le temps de les avoir et là... Il y a eu quand même un moment où tu n'as pas pris le temps de les avoir.

I : Voilà, ou en tout cas pas suffisamment, car j'ai quand même regardé.

E : Oui, mais pas pour que ce soit satisfaisant pour toi, tu n'as pas fait, fin tu as eu l'impression de ne pas faire correctement ton travail ?

I : Oui.

E : Alors que d'habitude les traitements que tu ne connais pas, tu fais un renouvellement, mais tu le fais mieux...

I : Oui voilà je vérifie de façon plus précise et peut être aussi que je maîtrise mieux. Comme par exemple un traitement IEC, je sais qu'il faut vérifier régulièrement la créat et la kaliémie et ça je le fais de façon systématique, c'est automatique !

E : Et là tu n'as pas d'automatisme ?

I : Voilà, pas du tout !

E : Et ce patient avait déjà été voir un remplaçant avant. Et tu penses qu'il est revenu...qu'il vient plutôt voir le remplaçant ? Fin pourquoi il est revenu une deuxième fois avec un remplaçant ? Le hasard ? ...

I : Je ne sais pas je pense que c'est... je ne pense pas que ce soit une volonté de sa part car c'est un monsieur qui visiblement venait pour renouveler son traitement. J'ai pas creusé pour savoir. Et puis surtout c'est un cabinet où il y a quand même assez régulièrement des remplacements et donc je pense que... et le médecin que je remplaçais, c'est un médecin qui part à la retraite très prochainement et donc il consulte moins donc les patients ont l'habitude que régulièrement il y ait un remplaçant, dont un qui va prendre sa place.

E : D'accord.

I : Après j'ai pas eu d'expérience où les gens viennent spécifiquement voir le médecin remplaçant pour ce type de prescription...

E : Et donc là ce patient avait déjà abordé le problème, avec son médecin puis avec un remplaçant puis avec toi, il a eu quel comportement ? Un comportement gêné ou il venait chercher sa prescription et...

I : Fin il ne m'a posé aucune question, mais bon dans la mesure où j'avais fini la consultation quand il m'a demandé ses boîtes de Cialis...

E : Il était dans le couloir !

I : C'était quand même sur la fin ! C'était pas dans le couloir mais on avait presque...car j'avais fait la feuille de soins le règlement...

E : Il a quand même attendu, c'est pas le motif où il arrive, il a besoin d'un renouvellement et il y a aussi le renouvellement pour le Cialis.

I : Je pense que c'est pour ça aussi que la consultation me met un peu plus mal à l'aise car le motif lancé par le patient n'est pas celui-ci du tout. Je m'occupe du traitement pour le cholestérol et à la fin je pensais avoir fini, et même au niveau temps j'avais géré ma consultation, j'avais du monde qui attendait derrière et...

E : Ça déstructure un peu ?

I : Voilà ma consultation était terminée...et puis le sujet faisait que du coup je ne pense pas avoir été aussi professionnelle que j'aurais pu l'être dans d'autres situations.

E : Est-ce que il y a eu des demandes où c'était le motif principal de la consultation ?

I : Non.

E : Hors renouvellement, c'est quelque chose qui reste quand même assez rare !

I : Oui, j'ai jamais eu ce motif principal. Alors je peux avoir aussi comme...

E : Que ce soit au niveau de la libido ou autre...

I : Euh...(silence)...Ah si, un monsieur en remplacement cet été. Il y a un monsieur de 50-58 ans qui me disait qu'il n'avait plus envie !

E : Donc c'était son motif principal ?

I : Euh oui ! Est-ce qu'il était venu pour autre chose ...

E : En tout cas c'est arrivé assez vite dans la consultation !

I : Oui, il y avait peut être autre chose mais c'est arrivé vite et du coup j'étais un peu prise au dépourvu parce que je n'avais pas d'automatisme pour juste le bilan à faire... Donc je crois que je j'ai vérifié rapidement les pouls périphériques pour voir si il n'y avait pas d'argument pour une artériopathie ou une insuffisance coronarienne, enfin des plaques d'athéromes. C'était un monsieur qui n'était pas diabétique si je ne me trompe pas. Et lui je lui ai quand même fait une prise de sang, je lui ai fait une prise de sang avec testostérone, et alors est ce que j'ai demandé autre chose, j'avais dû demander la TSH aussi...

E : Et il venait t'en parler à toi remplaçante ou...?

I : Je pense qu'effectivement, lui, il m'en a parlé parce que j'étais une fille !

E : Parce que tu étais une fille ou parce que tu étais remplaçante ?

I : Euh je pense parce que j'étais une fille. Parce que, il était un peu charmeur, un homme un peu charmeur et... 50-60 ans et euh...

E : Et tu penses qu'un homme se dit je vais perdre la face si j'avoue ce type de...

I : Voilà c'est ça ! Je pense, parce que ce patient en plus il a rappelé, c'était un remplacement de 15 jours, et il a rappelé très rapidement pour savoir si j'avais les résultats de la prise de sang. Je lui ai dit « non je l'ai pas », il m'a dit « Ah, ça sera encore vous quand...? » fin on sentait qu'il y avait un petit...

E : Il voulait que ce soit toi, il voulait un suivi !

I : Voilà et peut être qu'il voulait que ce soit moi qui récupère les résultats, je ne sais pas et je l'ai rappelé moi, quand j'ai eu les résultats. Il avait une testostéronémie qui était normale et

puis bon, après le remplacement s'est terminé donc euh... Ah si dans le bilan j'avais quand même demandé : glycémie à jeun et EAL (exploration anomalie lipidique) euh les facteurs de risque cardiovasculaire et il avait une tension qui était correcte et c'était son taux de cholestérol qui...

E : Donc là, tu as pris en charge un peu sa demande. Et du coup il a insisté un peu sur un suivi, il attendait...il voulait que tu finalises peut être ? Et que tu lui dises « il y a un truc à faire », « il n'y a rien à faire ».

I : Je pense qu'il voulait être rassuré sur le taux d'hormone peut être...

E : Oui.

I : Je lui avais dit que je doserais la testostéronémie. Et je lui ai dit : « après vous reverrez avec le médecin » que je remplaçais et ça m'a aussi arrangée de faire ça ! (Rires) Comme souvent quand on remplace, quand on est un peu face à une impasse on botte en touche et puis on dit...

E : Mais il ne lui en avait pas parlé au médecin que tu remplaçais ?

I : Je ne crois pas.

E : Et quand tu lui as dit « ça vous reverrez après », il n'a pas...

I : Non, non non, fin c'était par téléphone parce qu'il m'avait dit « vous me rappelez quand vous aurez les résultats » et donc je l'ai rappelé pour lui dire que c'était normal. Et euh, puis moi le remplacement se terminait donc il n'y avait pas de possibilité de le revoir et pour être honnête ça m'arrangeait ! (Rires) Voilà après ça faut pas le dire normalement !

E : Il ne t'a pas demandé de ne pas transmettre l'information ?

I : Non, non non il ne m'a pas...

E : Tu n'as jamais eu de demande comme ça, de secret médical où on t'a dit « mais il va être au courant le médecin ? » Enfin pour ce type de symptômes ?

I : Non jamais jamais.

E : Le patient accepte. De toute façon, il sait qu'il y aura un suivi et donc une transmission des informations. D'accord donc pour lui en fait pour les résultats, c'est tombé comme ça, c'était arrangé ! Mais tu aurais fait le suivi de toute façon si il était revenu. Donc là tu as dit « vous reverrez le médecin remplacé » mais des fois tu utilises d'autres correspondants ? Est-ce que ça t'est arrivé d'adresser ou est-ce que tu attends plutôt de voir ce que le médecin que tu remplaces va faire avant d'adresser pour ce type de DS ?

I : En fait là, vraiment la solution c'était que mon remplacement se terminait et que je ne pouvais pas le revoir en consultation car il n'était pas disponible sur la fin de la semaine. C'est vrai qu'après coup si j'avais eu une semaine supplémentaire, j'aurais vite adressé je pense... comme ça... j'aurais envoyé vers un urologue mais je me serais peut être trompée.

E : C'est plutôt le correspondant spontané qui te viendrait pour les hommes ?

I : Voilà, j'adresserais vers un urologue très rapidement parce que de toute façon je suis dépassée ! Je commence à faire euh un premier bilan et puis après...

E : Après c'est les compétences théoriques qui...

I : À la fois c'est les compétences théoriques, et à la fois dans la prise en charge je ne suis pas à l'aise.

E : C'est pas une chose dans la quelle tu souhaites t'impliquer ?

I : Voilà exactement. Ça me va de passer le relais... de la même façon qu'il y a des médecins généralistes hommes qui ne veulent pas faire de suivi gynéco voilà je pense que...

E : Mais alors avec les femmes tu ferais ce suivi là ? Si une DS t'était exprimée ?

I : Alors on ne m'a jamais vraiment, fin vraiment j'ai pas d'expérience du tout de ce côté là. A part peut être les dames un peu âgées qui demandent un renouvellement de colpotrophine mais bon ça reste... je ne suis jamais rentrée dans les détails, c'est vraiment « vous me renouvez ce traitement là prescrit par le gynéco » et je vérifie qu'il n'y a pas de contre indication.

E : Pour la femme tu adresserais plutôt au gynécologue ?

I : Oui je pense que j'adresserais rapidement, fin voilà si j'avais à prendre en charge.

E : D'accord, euh... est-ce que toi ça t'est arrivé de dépister une DS ?... D'interroger le patient sur une DS ? Que ce soit euh chez un patient au décours d'un interrogatoire sur des signes urinaires, ou alors chez la femme par rapport à la ménopause... enfin est-ce que ça t'est arrivé, toi, d'interroger le patient la dessus ?

E : Non jamais, je ne pose jamais la question. Et c'est vrai que même quand on y pense quand on recherche... pour les lombosciatiques pour vérifier si il n'y a pas de syndrome de la queue de cheval ou de signes de gravité, on demande si il n'y a pas de troubles sphinctériens. La question « vous ne perdez pas vos urines, vous sentez bien quand vous allez aux toilettes ? », je ne vais pas plus loin !

E : Oui, donc même pour ces abords là c'est compliqué, donc tu ne vas pas aller plus loin dans...

I : Oui voilà, ce n'est vraiment pas naturel, pour moi en tout cas.

E : Et c'est pas naturel parce que ça te gêne ou parce que tu n'as pas été formée à ça ?

I : (silence)

E : Parce que en fait, tu poses des questions intimes parce que tu as été formée à ça et qu'on t'a dit « il faut rechercher ça ça et ça » et du coup est-ce que si on t'avait formée tu ferais...

I : Peut être. Ce serait plus automatique si dans la formation c'était plus systématique de demander...c'est vrai qu'on dit « chez les patients diabétiques c'est important de rechercher la dysfonction érectile c'est un témoignage d'une atteinte périphérique ». Mais euh enfin moi dans la consultation du diabétique je demande les douleurs dans les jambes, la douleur thoracique et c'est vrai que je ne demande pas...

I : Tu le sais, mais c'est pas aussi automatique que tout le reste ?

I : Fin là j'y repense en parlant du sujet mais c'est vrai que lors de la consultation ça ne me paraît pas... euh le suivi du diabétique cardio... mais je ne pense pas à la... à la fonction sexuelle.

E : il n'y a pas d'automatisme.

I : Et je pense effectivement que dans la formation il y a... c'est moins passé...

E : Et pourquoi dans la formation ? Parce que c'est moins fréquemment expliqué ? Parce qu'on y est moins sensible ?... Parce que il y a un peu un tabou comme ça...? Ça dépend peut être des médecins ?... Certains choisissent de s'y impliquer d'autres considèrent que chacun fait son domaine, et considèrent que si on est pas à l'aise avec un sujet on peut déléguer...

I : Je pense qu'il y a une partie, un peu de gêne car on touche à l'intimité quand même. D'autant plus quand on est médecin

remplaçant je trouve que... euh... fin c'est toujours quand on ne connaît pas les gens, de toujours redemander « vous êtes en couple, vous êtes mariés, vous avez des enfants ? ». Il y a quand même des gens qui ont une histoire un peu difficile, qui sont séparés, qui sont divorcés, dont le mari est parti fin..

E : La non connaissance du patient, la relation neuve, enfin la relation médecin-malade nouvelle...

I : J'ai l'impression que ça n'aide pas !

E : Ça n'arrange pas les choses !

I : Ça n'arrange pas les choses. Enfin des fois j'ai l'impression d'être un peu policière quand je demande « Alors est-ce que vous êtes marié, est-ce que vous avez des enfants ? ». Fin des choses toutes simples, une dame qui vient pleurer au cabinet, on a besoin de savoir ; et je pense que c'est des choses tellement plus faciles quand on connaît les gens, quand on n'a pas le besoin de poser ces questions là et que ça vient naturellement euh...

E : De connaître un peu le contexte du patient...

I : Par exemple de demander à quelqu'un si jamais il a eu des problèmes, fin comment ça... au niveau de sa sexualité, je trouve que pour quelqu'un qui est célibataire euh fin quelqu'un qui vit vraiment seul... c'est... En même temps ça fait partie de notre travail !

E : Pour aborder ces problèmes de DS tu te dois d'avoir une idée du contexte social...

I : Du contexte de vie.

E : Du contexte de vie du patient et du coup c'est compliqué au cours d'un remplacement parce que tu n'as pas accès à tout !

I : Voilà et puis il y a quand même des gens qui te le disent.

Moi quand je remplace je demande « vos antécédents chirurgicaux et médicaux » « et vous voulez savoir tout ça ! »

Il y a des gens qui disent « et pourquoi vous voulez savoir tout ça ? ». Même pour n'importe quel motif j'aime bien savoir un peu d'où est-ce qu'on part du côté des patients. Et puis je leur explique « moi j'ai besoin de savoir en gros quels sont vos antécédents pour pouvoir vous prendre en charge » et il y a toujours un peu cette impression d'être policière. Et je pense que c'est encore plus difficile pour parler de...

E : Le patient il n'accepte pas bien euh ce médecin qui est de nouveau curieux sur tout ? Sur des choses qui étaient pour lui réglées ou...

I : « Bah c'est marqué dans mon dossier ! » les gens ils disent « bah c'est marqué dans mon dossier ! ».

E : Les gens considèrent que le remplaçant est là, il est censé savoir. C'est écrit, il l'on déjà dit une fois, fin c'est pas leur problème si la transmission n'a pas été faite.

I : Exactement et puis quand on remplace des médecins qui n'écrivent rien dans les dossiers fin voilà...

E : Les gens savent que c'est noté et peut être le médecin dit « je l'écris comme ça ça se saura ». Ok. Donc, on a parlé du secret médical.. euh... ça t'est jamais arrivé de reprogrammer une consultation ? Euh de faire une consultation, fin par exemple si sur la fin de la consultation le sujet avait été abordé...

I : De dire vous revenez pour voir ça ?

E : Oui.

I : Non ça ne m'est jamais arrivé.

E : Soit tu l'as fait tout de suite, soit tu as dit c'est à revoir avec le médecin...

I : Oui, fin voilà j'ai jamais reprogrammé pour en reparler. Mais c'est parce que vraiment... fin à part ce monsieur pour cette baisse du désir et puis ces deux patients là pour le renouvellement de Cialis, mais... euh...

E : C'est rare ! Mais c'est quand même des situations qui t'ont un peu...

I : Oui où j'étais pas très à l'aise.

E : Où tu t'en souviens du coup ?

I : Oui, fin c'est vrai que j'ai préparé aussi l'entretien je me suis dit « tiens, qu'est-ce que j'ai comme situations ! »

E : Oui bien sûr !

I : Oui il y avait aussi un monsieur, là c'était en SASPAS...

I : Oui tu peux quand même raconter.

I : Un monsieur, une soixantaine d'année et puis c'est pareil un patient un peu poly pathologique, hypertendu diabétique avec une liste de médicament énorme. Qui avait des injections intra caverneuses, qui voulait que je lui renouvelle, alors je ne sais plus le nom du médicament...

E : Edex...

I : Oui c'est ça, j'allais dire Eprex mais c'est de l'EPO. Oui c'est ça Edex, il voulait que je lui renouvelle son ordonnance, un médicament d'exception. Et euh j'avais dû vérifier qu'au niveau de la prescription on était correct, et je l'avais renouvelé de façon... j'avais fait mon travail de façon systématique comme un automate...

E : Pour la continuité des soins mais sans chercher à...

I : Sans aller plus loin, exactement !

E : Et le patient attendait que tu ailles plus loin ?

I : Fin je sentais, enfin après c'est pareil c'est mon ressenti de la consultation. Bon j'étais un peu plus jeune du coup que là... Je pense qu'il avait besoin de parler un peu plus de ce qu'il vivait... euh « dans sa vie sexuelle », il avait peut être besoin d'en parler mais moi j'avais pas du tout envie !

E : Tu ne te sentais pas la capacité de l'écouter sur ce sujet là.

I : Voilà oui, et puis je sentais que c'était un peu euh... euh... je ne sais pas comment dire... fin après c'est une représentation

que j'avais... du coup, qu'il avait une image de la femme un peu réductrice, voilà fin je ne sais pas comment...

E : D'accord.

I : Voilà j'ai eu cette impression là et du coup j'ai pas eu envie d'entendre...

E : Donc c'est étonnant, car à la fois c'est beaucoup d'hommes qui ont l'air d'avoir abordé le sujet avec un médecin femme. Et à la fois tu penses qu'il y a quand même toutes ces visions de la société euh entre l'homme et la femme, où la femme va moins juger et en même temps où l'homme a plus... fin toutes des visions qui...

I : Oui peut être que ce monsieur là, comme j'étais une femme il avait envie peut être de partager euh... j'ai senti qu'il avait peut être envie et moi j'ai clôturé j'ai dit « bon voilà ». J'avais l'impression que c'était pas, fin de toute façon de principe en SASPAS j'étais toujours en retard, et donc je sais que je ne voulais pas non plus rallonger le retard pour les gens de la salle d'attente. Mais c'est vrai que peut être finalement en écoutant ta question c'est peut être des gens qui profitaient que je sois une femme.

E : À chaque fois c'était chez des médecins hommes ! Tu remplaces de médecins femmes ?

I : Oui, bah oui oui, mais j'ai pas eu.

E : Tu n'as pas eu d'abord de DS chez des médecins femmes ?

I : J'ai eu des abords d'infection, de tuméfaction testiculaire par exemple...

E : Donc des choses un peu plus urgentes mais pas d'abord de DS ?

I : J'ai pas eu de dysfonction lors d'un remplacement chez un médecin femme en tout cas.

E : Donc il y a quand même une petite différence par rapport au genre du patient, au genre du médecin que tu remplaces et ton genre à toi ? Il y a quand même une influence, souvent tu remplaces des médecins de genre opposé et là...

I : C'est quand j'ai remplacé des médecins de genre opposé, que j'ai eu à prendre en charge...

E : Et pourtant avec des hommes donc qui étaient du même genre que leur médecin.

I : Oui oui c'est ça. Après je ne sais pas si on peut faire un parallèle, je ne sais pas si... est-ce que c'est pas la coïncidence qui fait que en remplaçant un médecin...

E : Oui c'est sur, on ne peut pas conclure mais il y a quand même eu plusieurs situations. Et à chaque fois tu as quand même eu l'impression qu'ils avaient besoin de l'avis d'une femme ? Pas aussi clairement ? Si ça avait été avec un homme ils l'auraient peut être abordé aussi mais...

I : Peut être mais aussi dans d'autres circonstances. Par exemple, je repense à une autre consultation, ça n'a rien à voir, mais un monsieur qui a perdu sa femme qui était veuf et qui essayait de reconstruire sa vie avec une autre femme. Et il venait pour son renouvellement et il m'a dit « Ah bah tiens comme vous êtes une femme je vais vous parler de tout ça », je remplaçais un médecin homme à ce moment là. Et il m'a dit « Bah c'est bête mais j'arrive pas avec ma nouvelle femme, je n'arrive pas à oublier l'autre, je suis toujours... j'ai l'impression de toujours », c'était touchant ce qu'il disait, il disait « Je suis encore à ma première femme et je n'arrive pas à me donner pleinement à elle »...

E : Et il t'a dit parce que vous êtes une femme... Donc c'était pas une dysfonction, en tout cas c'était un sujet intime, et il s'est dit en tout cas « j'ai besoin d'en parler à une femme. »

I : Il m'a dit « bah vous pourrez me dire ce que vous en pensez », voilà.

E : Donc plus que l'avis du remplaçant c'est aussi l'avis d'un médecin de genre opposé qu'il recherche ?

I : Oui, moi je ressens plutôt ça. Comme l'avis d'un médecin de genre opposé plutôt que l'avis du remplaçant...oui voilà.

E : D'accord ok... donc on a abordé déjà plusieurs choses. Je revérifie... les demandes on en a parlé... Le dépistage on en a parlé un peu... Est-ce que tu as déjà eu des seconds avis ?

I : Non, moi, donner un deuxième avis ? Jamais.

E : Ok et puis donc on a parlé du genre et tout ça... J'ai oublié de te demander au niveau professionnel, tu comptes t'installer ?

I : Pour l'instant je remplace...

E : Tu souhaites exercer en libéral en ville ? Rien n'est décidé ?

I : Oui, en fait voilà je trouve que l'on a très peu de formation ambulatoire pendant les études et moi j'étais un peu... genre... voilà... le stress de la profession. Donc le cabinet je voulais voir si ça pouvait coller. En fait, là pour le moment quand je remplace je trouve que ça fait des grosses journées alors je...

E : Le temps de savoir... rien n'est fixé ! Sur le sujet as tu encore des commentaires, fin sur le rôle du remplaçant en ce qui concerne les dysfonctions sexuelles. Sur l'utilisation que le patient peut en faire. Sur...est-ce qu'il y a quelque chose que tu voudrais ajouter ? Sachant que c'est toujours complexe quand on n'a pas une expérience de 10 ans de remplacement !

I : Oui donc c'est vrai que l'expérience que j'ai c'était plutôt des hommes qui en ont profité pour parler plus facilement euh... ah puis le fait que je manque un peu de formation...

E : Pour pouvoir être complètement...

I : Oui, ce qu'il faudrait c'est que je fasse une petite formation rapide sur la prise en charge de la dysfonction érectile, fin ce qu'il faut vraiment bien regarder.

E : Mais comme ça reste un sujet rare je suppose qu'il y a d'autres choses qui...

I : Oui, c'est pas ce qu'on a envie de faire le plus vite possible. J'ai plutôt envie de réviser les traitements anti hypertenseur quand je suis perdue...

E : Surtout que, à la base, c'est pas un sujet que tu...

I : Oui, que je vais utiliser. Oui je pensais, j'avais l'exemple quand j'étais en groupe d'échange de pratique, il y avait un interne qui avait expliqué qu'il était face à un homme chez qui... il avait pris en charge une DS je ne sais plus laquelle et je m'étais dit « moi si j'avais dû... »

E : « C'est pas un sujet que je gère », si tu y avais été confrontée.

I : Et je m'étais dit « oulala je trouve qu'il a bien géré ! ».

E : Ok ça marche, je pense que c'est bon si pour toi... tu n'as rien à ajouter... on va s'arrêter là.

ANALYSE VERBATIM 6

Présentation / médecin remplaçant 6 (MR6):

Femme, 28 ans
Célibataire, sans enfants
Expérience 1 an, Activité de remplacement plutôt faible
Remplacements plutôt fixes, milieu péri-urbain et rural
Formation université Lille 2 (3^{ème} cycle uniquement), thésée
Avenir professionnel non défini
A réalisé un travail de recherche qualitative pour sa thèse

Formation en sexologie / MR6 :

Deux heures de formation par un sexologue, pendant DES de médecine générale.
Cours de physiologie en P2.
Pas de formation continue.
Manque de formation en sexologie.
Peu d'intérêt pour la sexologie.
Connaissance partielle de la notion de santé sexuelle.
Un besoin de formation est identifié sur la DE essentiellement, mais n'est pas une priorité de formation. *Besoin de formation sur toutes les dysfonctions sexuelles (même si la dysfonction érectile est la plus fréquente) en général (formation personnelle et apportée). N'est pas une priorité puisque peu rencontrée (mais l'entretien me motive pour m'y plonger!). De nombreux autres sujets nécessitent une formation personnelle.**

Liste des codes / MR6 :

La prise en charge des DS est un sujet embarrassant pour le médecin.

Expérience de prise en charge de DS surtout avec des patients pour un MR femme.

Gêne du médecin pour la prise en charge de patients de genre opposé et d'âge identique.

Difficulté d'abord liée à l'examen génital (homme ou femme).

*Prédominant pour les hommes, cette difficulté est presque dépassée pour l'examen génital des femmes.**

La difficulté liée à la confrontation du corps est accentuée par le manque de formation pratique au cours des études.

Gêne du médecin pour l'abord des sujets intimes et pour l'examen clinique intime, quelque soit l'âge du patient.

Difficultés pour interroger le patient sur sa sexualité.

Le patient ressent la gêne du médecin.

Le patient s'excuse envers le médecin à qui il impose une DS.

Le médecin reste professionnel.

La gêne semble renforcée par le premier contact de la relation médecin remplaçant-patient.

Cette gêne liée à l'abord des sujets intimes n'est pas partagée par l'ensemble des MR.

Le patient demande au MR le renouvellement de ses traitements pour DS.

La demande de renouvellement de traitement pour DS arrive en toute fin de consultation.

Le manque de temps est donc une difficulté supplémentaire à l'abord des DS (raison secondaire mais essentielle).

Le renouvellement d'un traitement pour DS prend du temps au MR car il n'y a pas d'automatisme dans les modalités de prescription de traitement pour DS.

Les DS sont un sujet rare, non maîtrisé et gênant qui font perdre au MR son professionnalisme (démarche diagnostic et vérification de règles de prescription).

Le renouvellement sans conseils adaptés d'un traitement non maîtrisé n'est pas satisfaisant pour le MR.

Pour un renouvellement de traitement de DS le patient semble aussi bien s'adresser au médecin traitant qu'au MR.

Pas de demande de prise en charge de DS spécifiquement dédiée au MR.

L'abord de la DS en tant que deuxième motif de consultation renforce la difficulté de prise en charge.

La DS est parfois exprimée par le patient en motif principal de consultation.

Les patients recherchent parfois l'abord d'une DS avec un médecin de genre opposé plus qu'avec un MR.

Le patient recherche un suivi avec le même médecin quand la DS a été exprimée. *Je ne suis pas sûre que le patient recherchait un suivi mais il voulait surtout recevoir les résultats du bilan biologique, plutôt pour être rassuré que pour avoir un suivi avec le même médecin.**

La prise en charge d'une DS pourrait être finalisée par le MR si le temps du remplacement le permettait *après quelques recherches personnelles. (Nécessaires pour finaliser la prise en charge d'une DS)**

Le MR effectue un premier bilan de la situation et réadresse vers le médecin remplacé pour finaliser la prise en charge.

Le MR assume de profiter de sa situation de médecin temporaire pour les prises en charge non maîtrisées.

Pas de demande de non transmission de l'information au médecin remplacé.

Le MR utiliserait un correspondant si une deuxième consultation était réalisée au cours d'un remplacement pour une DS non maîtrisée.

L'urologue est le correspondant privilégié pour les hommes et le gynécologue pour les femmes.

Le patient est adressé vers un autre praticien pour des raisons de compétences médicales mais également par gêne dans l'abord des DS. *(Pour le moment; avec plus d'expérience, peut-être que ce serait différent et que je m'y intéresserais)**

Le MR assume de ne pas approfondir sa pratique dans certains domaines. *(Manque de temps et autres sujets plus fréquemment rencontrés à approfondir)**

Pas d'expérience ni de demandes sur la prise en charge des DS chez les femmes.

L'abord des DS n'est jamais initié par le MR. *(Je n'ai jamais eu à le faire pour le moment)**

Pas de dépistage des DS.

Des questions intimes sont posées aux patients par automatisme dans certaines pathologies.

*Malgré la formation médicale, le MR n'a pas d'automatisme pour le dépistage de la DS chez les patients à risque (en réfléchissant, j'ai quand même appris dans mes cours à rechercher une dysfonction sexuelle chez le diabétique mais, pour autant, je ne le fais pas systématiquement)**

Une connaissance du mode de vie du patient facilite l'abord des DS.

Le MR reconnaît le caractère médical de la prise en charge des DS.

Le patient peut être déconcerté par l'interrogatoire « policier » d'un MR.

Les patients ne s'attendent pas à un nouvel interrogatoire, leur dossier médical étant informatisé et supposé complet.

Un dossier médical informatisé complet optimise la prise en charge par le MR.

Motif de consultation rare.

Motif de consultation marquant.

Pas de consultation dédiée.

Le MR renouvelle les traitements pour DS mais ne pousse pas l'interrogatoire.

Le médecin a des réticences à aborder une DS avec un patient dont les convictions sont supposées différentes des convictions personnelles du médecin. (*Représentations plutôt que convictions?*)*

Les représentations du patient sur la sexualité l'orientent vers un médecin homme ou femme pour la prise en charge des DS.

L'abord des DS par les patients semble plus fréquent pour un MR femme lors du remplacement d'un médecin homme. (*Sur une faible expérience clinique*)*

Pour l'abord de sujets intimes la priorité du genre du médecin sur sa fonction est parfois explicitée par le patient.

La fonction de remplaçant semble être un critère secondaire par rapport au genre du médecin pour l'abord des DS. (*Sur une faible expérience clinique*)*

Pas de second avis.

Synthèse / MR6 :

Lucidité sur la difficulté d'aborder les DS dans une relation médecin-patient nouvelle. La relation genrée a une influence sur l'abord des DS. (*Dans le sens où prendre en charge un patient homme pour une DS est plus difficile que prendre en charge un patient femme pour un MR femme*)*

L'absence de maîtrise du sujet (par manque de formation pratique et théorique au sortir des études) met en difficulté le professionnalisme du MR.

*J'ajoute que l'entretien m'encourage à faire des recherches et à me former sur les dysfonctions sexuelles.**

**Modifications de MR6 lors relecture.*

Auteur : MARTEL Elodie

Date de Soutenance : 21 Mars 2013

Titre : Place du médecin généraliste remplaçant dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires.

Sous-Titre : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes remplaçants dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Thèse de Médecine - Lille - Médecine Générale

Mots-clés : Dysfonctions sexuelles – Médecin généraliste remplaçant – Soins primaires

Résumé :

Introduction : Les dysfonctions sexuelles (DS) sont fréquentes. Symptômes précoces ou événements déclencheurs, elles s'associent à de nombreuses pathologies. Dans le cadre d'une approche holistique, le médecin généraliste apparaît comme un interlocuteur privilégié mais la prise en charge reste inférieure aux attentes des patients.

Méthode : Les médecins généralistes remplaçants (MR) apparaissent ponctuellement dans cette relation médecin-patient. Au travers d'une méthodologie qualitative, notre étude montre leur place particulière dans la médecine sexuelle. Les six entretiens semi-dirigés de MR, exerçant en région Nord-Pas-de-Calais, ont été codés manuellement et analysés par théorisation ancrée.

Résultats : Par professionnalisme, par intérêt ou malgré eux, les MR se confrontent à la santé sexuelle des patients. Au hasard des consultations, ils découvrent leurs rôles. Celui de médecin de substitution en assurant la continuité des soins pour les renouvellements. Celui de l'écoute active par une initiation de la prise en charge. Par sa fraîcheur, le MR peut également être une alternative au médecin remplacé. La situation du MR favorise l'information sur les dysfonctions sexuelles, il révèle des symptômes oubliés. En tant que correspondant ponctuel, il rassure le patient. Enfin, par son implication, il peut atteindre le statut de médecin référent pour les DS. Les principaux facteurs influents sont le tabou sociétal, le genre et la formation.

Conclusion : Sans tomber dans le tout médical, les MR doivent, comme leurs homologues installés, s'intéresser à la médecine sexuelle. Une formation initiale plus transversale et des compétences en communication professionnelle les aideront à prendre en charge les DS en soins primaires.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Arnauld VILLERS
Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE
Monsieur le Docteur Gilbert BOU JAOUDE
Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE (Directeur de thèse)

