



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

La sexologie en médecine générale : point de vue des praticiens, et acceptabilité du repérage précoce - intervention brève dans le Nord

Présentée et soutenue publiquement le 30 mars 2023 à 16h

au Pôle Formation

par **Geoffroy MANGION**

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie JONARD

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Elodie LEPRINCE

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

Table des matières

I.	Introduction.....	8
A.	Santé sexuelle.....	8
1.	Définition de l’OMS.....	8
2.	Recommandations en France.....	8
3.	Enjeux de la santé sexuelle.....	9
B.	Epidémiologie des troubles sexuels.....	10
1.	Dysfonctions sexuelles.....	10
2.	Infections sexuellement transmissibles	11
3.	Dysfonction érectile	12
4.	Les violences sexuelles	13
C.	Liens avec la médecine générale.....	15
1.	Rôle du médecin généraliste.....	15
2.	Pathologies concernées en médecine générale.....	15
II.	Contexte de l’étude	27
A.	Peu de recherche.....	27
B.	De nombreuses pathologies concernées en médecine générale.....	27
C.	Le médecin généraliste, premier recours d’une population variée	29
1.	L’enfant, l’adolescent.....	29
2.	La personne âgée	31
3.	Pathologies liées à l’orientation sexuelle	32
D.	Iatrogénie médicamenteuse.....	33
III.	La santé sexuelle, peu abordée par les médecins généralistes.....	35
A.	Les freins.....	35
1.	Manque d’outils pratiques standardisés.....	37
2.	Manque de connaissance.....	37
3.	Ne relèverait pas du médical.....	39
4.	Mode d’approche du motif de consultation sexologique.....	39
5.	Pas d’affinité pour la sexologie.....	40
6.	Les critères médecin-patient.....	40
7.	Peur d’intrusion, de modification de la relation	41
8.	La gêne.....	42

9.	Exercice peu propice.....	42
B.	Freins des patients à aborder le sujet de la sexualité.....	43
1.	Le médecin n'a pas le temps	43
2.	Pas un motif de médecine générale	43
3.	La gêne.....	43
4.	Manque de formation du médecin.....	44
5.	Les critères de sexe, d'âge	44
C.	Attente des patients.....	45
1.	Parler de la sexualité est le rôle du médecin.....	45
2.	Le médecin doit être à l'initiative du sujet	46
3.	Des moments jugés impératifs	47
IV.	Repérage Précoce avec Intervention Brève en sexologie.....	48
A.	Principe.....	48
B.	Intérêt en sexologie	48
C.	Application en sexologie	49
D.	Application en médecine générale.....	49
V.	Matériel et méthode.....	51
A.	Objectif.....	51
B.	Type d'étude	52
C.	Aspect légal	52
D.	Population étudiée	52
E.	Recueil des données.....	52
F.	Analyse statistique.....	53
VI.	Résultats	54
A.	Analyse descriptive.....	54
1.	Données socio-démographiques.....	54
2.	Auto-évaluation de la pratique en santé sexuelle.....	55
3.	Repérage précoce par intervention brève.....	64
4.	L'intervention brève en santé sexuelle	64
5.	Questions diverses	65
B.	Analyses bivariées.....	66
1.	Variables liées à l'acceptabilité de l'intervention brève proposée.....	66

2.	Autres analyses d'intérêt	71
3.	Analyses après regroupements.....	77
VII.	Discussion.....	81
A.	Résultats principaux	81
1.	Données socio-démographiques.....	81
2.	Le repérage précoce avec intervention brève et son acceptabilité en santé sexuelle.....	81
3.	Auto-évaluation de la pratique en santé sexuelle.....	83
4.	Remarques complémentaires	87
B.	Biais et limites de l'étude	88
1.	Biais.....	88
2.	Limites.....	89
C.	Pistes pour améliorer la situation	90
1.	Mode d'approche	90
2.	Gestion du temps.....	92
3.	Le RPIB, une méthode adaptée à la pratique	92
D.	Autres outils disponibles	93
1.	Pour la santé sexuelle masculine.....	94
2.	Pour la santé sexuelle féminine.....	96
3.	Questionnaires spécialisés pour l'adolescence :.....	98
VIII.	Conclusion	101
IX.	Bibliographie.....	103
X.	Liste des abréviations	108
XI.	Annexes	109
A.	Annexe A : Le questionnaire de la présente étude	109
B.	Annexe B : International Index of Erectile Function	119
C.	Annexe C : Female Sexual Function Index	124

I. Introduction

A. Santé sexuelle

1. Définition de l'OMS

L'OMS a travaillé depuis 1974 sur des thèmes liés à la sexualité. Elle s'est d'abord focalisée sur l'éducation et les traitements, avant d'élargir progressivement ses réflexions sur la santé sexuelle.

Les travaux ont abouti en 2006 à la définition suivante, qui est encore d'actualité :

La santé sexuelle est « un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués ».¹

2. Recommandations en France

Le terme de « santé sexuelle » n'apparaît dans la loi française qu'en 2016, comme le rappelle le Dr Gamet², suite à un avis du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) qui préconise sa promotion. Dans cet avis, le HCSP rappelle le lien entre santé sexuelle et santé globale. Il regrette une prise en charge de la santé sexuelle trop cloisonnée. Il préconise la prise en charge de la santé sexuelle de manière active par les médecins et « la formation des professionnels des secteurs concernés »³.

La stratégie nationale de santé sexuelle⁴, parue en 2017 et courant jusqu'en 2030, cherche ainsi à unifier ces prises en charge. Elle reprend ces objectifs de formation et de mobilisation des professionnels de santé, notamment ceux de premier recours.

3. Enjeux de la santé sexuelle

La santé sexuelle est dépendante de la biologie, de la psychologie et de la relation. Tout élément affectant l'un de ces piliers est susceptible d'affecter la qualité de la vie sexuelle, comme l'illustre la figure 1. Inversement une vie sexuelle épanouie peut affecter positivement ces trois piliers.

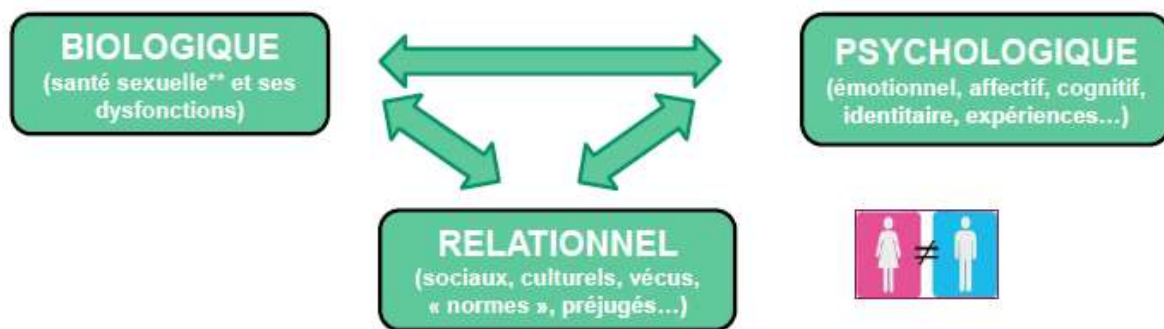


Figure 1: Santé sexuelle, approche bio-psycho-environnementale⁵

Une bonne santé sexuelle a un impact bénéfique sur la santé en général avec une diminution de la mortalité, une diminution de la ménopause, et de l'incontinence urinaire féminine, une diminution des douleurs chroniques, une diminution de la prévalence du cancer de la prostate⁶.

La vie sexuelle est une composante incontournable de la qualité de vie de nos patients⁷. Dans la société actuelle, les frustrations liées aux difficultés sexuelles, longtemps supportées silencieusement, sont de plus en plus ressenties comme inacceptables.

D'une part, la médecine s'est longtemps concentrée sur la survie des patients, puis sur la préservation de leur activité. La sexualité et la qualité de vie étaient considérées comme moins importantes.

D'autre part, la sexualité a longtemps été un tabou. L'évolution de la société vers une libération de la parole et l'émergence récente d'un souhait de vie sexuelle de qualité, ont fait émerger une demande forte de nos patients.

Il est temps pour la médecine d'y répondre.

B. Epidémiologie des troubles sexuels

1. Dysfonctions sexuelles

Les dysfonctions sexuelles ont été définies par le DSM-V et regroupées en deux parties :

- les dysfonctions sexuelles masculines : dysfonction érectile, éjaculation précoce, éjaculation retardée et troubles du désir.
- les dysfonctions sexuelles féminines : troubles du désir, troubles de l'orgasme, troubles de l'excitation et dyspareunie.

La prévalence de ces dysfonctions se répartissaient en 2010 comme suit⁸.

Chez la femme :

- troubles du désir : 17 à 55%
- troubles de l'excitation : 8 à 15%
- troubles de l'orgasme : 16 à 25%
- dyspareunie : 12 à 15%

Tous troubles confondus, la prévalence atteint 45% chez les femmes ménopausées.

Chez l'homme :

- troubles de l'éjaculation : 8 à 30%
- troubles du désir : 8 à 18%
- dysfonction érectile : 20 à 40% des sexagénaires et > 50% des septuagénaires

2. Infections sexuellement transmissibles (IST)

La prévalence des infections sexuellement transmissibles est globalement en augmentation⁹.

Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont davantage touchés par les infections à gonocoque et chlamydia ainsi que par la syphilis. Chez les hommes hétérosexuels et chez les femmes, les infections à gonocoque et la syphilis sont en augmentation¹⁰.

Les infections à VIH ont fortement augmenté en 2020, pendant la pandémie de Covid. Pendant cette période, les précautions contact étaient davantage mises en avant et la protection contre les IST éclipsée. Depuis, on assiste à une légère diminution de ces infections, tout en restant cependant à un niveau supérieur à celui de 2019.

Les adolescents notamment sont particulièrement touchés par cette augmentation des IST¹¹.

Selon la thèse du Dr Guerber, 65% des 500 patients interrogés déclaraient avoir déjà fait un dépistage du VIH, dont 73% à leur initiative (vs 21% à l'initiative du médecin)⁹.

Seuls 35% des 500 patients interrogés demandaient systématiquement à un nouveau partenaire s'il était infecté par le VIH alors que 75% d'entre eux déclaraient ne pas porter de préservatif lors des relations sexuelles⁹.

Ces chiffres indiquent une prise de risques vis-à-vis du VIH, avec des relations sexuelles sans préservatif et sans poser la question de l'infection par le VIH, malgré un taux de dépistage relativement faible.

Une partie de l'explication vient d'un manque d'information comme le montre une étude selon laquelle 43 % des adolescentes manquaient d'informations sur les infections sexuellement transmissibles¹¹.

Dans ce contexte, le gouvernement français a décidé de mettre en place, à partir du 1er janvier 2023 la gratuité des préservatifs pour les jeunes de 18 à 24 ans et les mineurs, y compris sans ordonnance.

3. Dysfonction érectile (DE)

Après l'âge de 40 ans, un homme sur trois souffre d'une érection insatisfaisante⁹.

Pourtant, malgré sa prévalence importante, la dysfonction érectile est sous-dépistée par les médecins généralistes¹².

Or, le mécanisme impliqué dans la plupart des cas de dysfonction érectile est la dysfonction endothéliale par maladie athéromateuse, signe précoce révélateur de pathologies cardiovasculaires. Ainsi, des études ont montré que la dysfonction érectile précédait de 3 à 5 ans les épisodes coronariens. Si nous améliorons le dépistage de la dysfonction érectile, nous pourrions donc disposer de 3 ans au moins pour dépister et prévenir la maladie cardiaque⁷.

En particulier, chez tout patient ayant des facteurs de risques cardiovasculaires, le dépistage d'une dysfonction érectile devrait être systématique^{12,13} et inversement tout patient ayant une dysfonction érectile devrait bénéficier d'un bilan cardiovasculaire.

En outre, la dysfonction érectile iatrogénique est le premier motif de mauvaise observance thérapeutique. Son dépistage est donc aussi recommandé chez le patient sous traitement à risque de dysfonction érectile⁶.

Ce dépistage est assez facile à l'aide d'une question simple « Avez-vous une incapacité à obtenir et/ou à maintenir une érection suffisante pour une activité sexuelle satisfaisante ? »¹⁴. En cas de réponse positive, sont recommandées les questions complémentaires suivantes : « depuis quand ? Avez-vous toujours des érections conservées dans certaines situations matinales ou autres ? Est-ce que votre partenaire souffre de la situation ? »¹⁴.

Les dysfonctions érectiles de bon pronostic sont celles qui sont secondaires, et incomplètes, c'est-à-dire avec maintien de certaines érections spontanées ou provoquées de bonne qualité. Elles pourront être prises en charge par le généraliste. Les dysfonctions érectiles primaires ou complètes nécessiteront une prise en charge par un praticien spécialisé.

Parallèlement chez les femmes, les troubles de la lubrification devrait également nous inviter à faire le point des facteurs de risques cardio-vasculaires, avec bilan si nécessaire.

4. Les violences sexuelles

Les mouvements sociétaux actuels comme #MeToo font émerger de nombreuses dénonciations de violences sexuelles. Les principales victimes sont les enfants, les femmes et les personnes handicapées, comme le rappelle le Dr Gamet². Ainsi 20,4% des françaises déclarent avoir déjà subi des violences sexuelles¹⁵.

D'après l'observatoire national des violences faites aux femmes, en moyenne 94 000 femmes de 18 à 75 ans subissent des violences sexuelles tous les ans en France

métropolitaine. Seulement 12% d'entre elles portent plainte, ce chiffre incluant celles qui la retirent par la suite.¹⁶

Les violences sexuelles ont un impact sur la santé, non seulement immédiatement, mais aussi parfois plusieurs années après l'agression². Ainsi par exemple, les femmes victimes de violences sexuelles présentent un risque suicidaire multiplié par 26⁸.

Les symptômes présentés par ces femmes sont fréquemment retrouvés en médecine générale : douleurs abdominales et pelviennes, douleurs ostéo-articulaires, syndrome anxiodépressif, troubles du comportement alimentaire (TCA), troubles du sommeil, troubles sexuels¹⁵.

Lorsque l'on interroge des femmes victimes de violences sexuelles, leur souhait est d'être prise en charge par leur médecin généraliste¹⁵.

Les femmes sont d'avis favorable au dépistage systématique de ces violences. Elles attendent également davantage de formation des médecins à ce sujet¹⁵.

Les femmes victimes attendent surtout de leur médecin de l'écoute, une libération de la parole et une orientation vers d'autres professionnels de santé. Elles n'attendent pas du médecin généraliste la totalité d'une prise en charge spécialisée et complexe, contrairement à ce que celui-ci pourrait craindre¹⁵.

Pour une prise en charge de qualité des violences sexuelles, il est donc nécessaire et souhaitable que les médecins généralistes s'impliquent dans leur dépistage, en abordant largement la question.

C. Liens avec la médecine générale

1. Rôle du médecin généraliste

L'amélioration de la santé sexuelle nécessite de l'éducation à la santé et de la prévention. Ces domaines font partie des compétences du médecin généraliste¹⁷.

Le Haut Conseil de la Santé Publique a précisé que c'était le rôle des médecins généralistes de prendre en charge la santé sexuelle³.

De plus, par l'obligation du secret professionnel médical, le médecin est apte à recevoir les confidences les plus intimes de ses patients, dans un climat de confiance.

Enfin le médecin traitant est le médecin de premier recours. Parmi les professionnels de santé, il est celui qui connaît le patient dans sa globalité, ce qui est de nature à le mettre en confiance pour aborder des sujets intimes¹⁷.

Ainsi le médecin généraliste a un rôle central dans la santé sexuelle des patients.

2. Pathologies concernées en médecine générale

En 2009, en France, on dénombrait 28 millions de patients ayant un traitement chronique, 9 millions de patients en affection de longue durée (ALD) et 15 millions de patients atteints de pathologies chroniques, de handicap ou en situation de dépendance¹⁸.

Les principales pathologies chroniques sont : les pathologies cardiovasculaires, les pathologies cancéreuses, le diabète et les pathologies psychiatriques. Elles représentent les trois quarts des ALD¹⁸.

Or les troubles sexuels sont 2 à 6 fois plus fréquents chez les patients atteints de pathologies chroniques que dans la population générale¹⁸.

La qualité de la vie sexuelle reste pourtant primordiale chez ces patients ainsi que chez leurs conjoints ¹⁹.

a) Pathologies cardiaques

La qualité de la vie sexuelle des patients atteints de pathologies cardiaques est souvent altérée du fait de la dégradation de la fonction cardiaque, des troubles de la vascularisation et des traitements pris⁷.

Parmi les patients ayant eu un infarctus, 37% des hommes présentent une dysfonction érectile et 80% des femmes présentent des dysfonctions sexuelles¹⁹.

Les patients atteints de pathologies cardiovasculaires présentent des troubles de la sexualité avec au premier plan des dysfonctions érectiles nettement supérieures à la population générale : 75 à 90% chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque⁷.

De plus, de nombreux patients ayant eu un infarctus développent une angoisse vis-à-vis de l'activité sexuelle : 85% des patients ont à l'esprit qu'un nouvel infarctus peut se reproduire en lien avec un rapport sexuel¹⁹.

Or, contrairement aux idées reçues, l'activité sexuelle n'est pas incompatible ni particulièrement dangereuse avec une pathologie cardiaque chronique⁷.

Une étude de grande ampleur a été réalisée sur une durée de 32 ans (1972-2004) et a mis en évidence seulement 68 décès en lien avec la pratique d'une activité sexuelle sur 32 000 autopsies, soit environ 2 décès pour mille ⁷.

L'activité sexuelle est comparable à une activité physique d'intensité modérée, comme l'illustre le tableau 1.

Tableau 1: Effets cardiovasculaires de l'activité sexuelle⁷

Effets cardiovasculaires de l'activité sexuelle				
	Stimulation par le partenaire	Auto stimulation	Position femme au-dessus	Position homme au-dessus
<i>Fc, pourcentages de la valeur maximale</i>				
Repos	34	34	34	33
Préliminaires	36	37	38	37
Stimulation	42	46	46	52
Orgasme	54	54	58	67
<i>Double produit (Fc × PAS), pourcentages de la valeur maximale</i>				
Repos	30	31	30	30
Préliminaires	38	36	36	36
Stimulation/orgasme	56	56	59	68

Il ne faut donc pas hésiter à conseiller aux patients atteints de pathologies cardiovasculaires de maintenir une activité physique adaptée dans le but également de maintenir une activité sexuelle satisfaisante⁷. Les patients capables d'avoir une activité physique modérée sont également capables d'avoir une activité sexuelle régulière.

Actuellement, les recommandations des sociétés de cardiologie préconisent la pratique d'une activité sexuelle régulière⁷.

Concernant les traitements prescrits dans ce cadre, nombreux ont des conséquences néfastes sur la sexualité, comme le résume le tableau 2⁷.

Tableau 2 : Effets des médicaments à visée cardiovasculaire sur la fonction sexuelle⁷

Effets des médicaments à visée cardiovasculaire sur la fonction sexuelle		
Molécule	Troubles de la fonction sexuelle	Importance de l'effet sur la dysfonction érectile
Antihypertenseurs centraux	Impuissance	-- --
Hydrochlorothiazide	Diminution libido	--
	Impuissance	
	Sécheresse vaginale	
Spironolactone	Diminution libido	--
	Gynécomastie	
	Impuissance	
	Irrégularités menstruelles	
Bêtabloquants	Diminution libido	--
	Impuissance	
Labétalol	Retard éjaculation	-- +
	Retard érection	
	Impuissance	
	Priapisme	
Digitaliques	Gynécomastie	--
	Impuissance	
Inhibiteurs calciques		+ --
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion		+ --
Antagonistes de récepteurs de l'angiotensine II		+
Prazosine, alpha-bloquants	Priapisme	+

Notons qu'au contraire, certains traitements peuvent avoir un effet positif sur l'activité sexuelle et peuvent être mieux acceptés. Par exemple, le médicament Nebivolol a un effet vasodilatateur périphérique compatible avec la physiologie de l'érection⁷.

b) Diabète

La dysfonction érectile (DE) est fréquente chez le patient diabétique, comme l'illustre la figure 2¹².

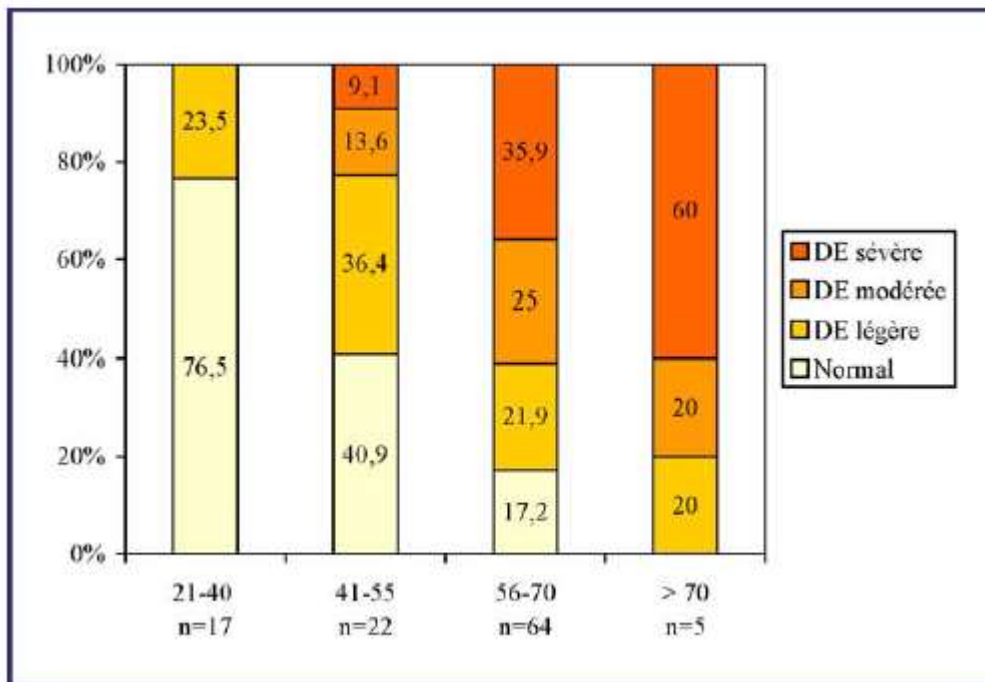


Figure 2: Pourcentage des dysfonctions érectiles chez les patients diabétiques en fonction de leur âge¹²

Au moins 50% des patients diabétiques souffriraient de dysfonction érectile²⁰. Parmi eux, 88.4% souhaitent un traitement et 12.8% sont déjà traités¹².

La dysfonction érectile évolue 2 fois plus rapidement, survient 10 à 15 ans plus tôt et de façon plus grave chez les patients diabétiques que dans la population générale²⁰.

Cette dysfonction érectile est liée à une dégradation de la fonction vasculaire de la verge, parallèlement à l'atteinte des autres vaisseaux. Il existe ainsi une relation fortement significative entre dysfonction érectile et mortalité cardiovasculaire²⁰.

Il ressort de ces développements qu'il est primordial dans cette population de dépister la DE.

Il s'avère que les médecins femmes des patients diabétiques hommes les questionnaient encore moins que les médecins généralistes hommes, au sujet d'une éventuelle DE¹².

Bien que les dysfonctions sexuelles soient moins apparentes et moins étudiées chez la femme, 84% des patientes atteintes de diabète de type II en présentent au moins une²¹.

c) Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Les AVC touchent des patients de plus en plus jeunes, leur prévalence augmente et ils sont la première cause d'invalidité à l'échelle mondiale²².

Malgré des différences de protocole, comme l'âge des participants et l'ancienneté de l'AVC au moment de l'examen, les études s'accordent à retrouver des dysfonctions érectiles chez plus de la moitié des patients ayant subi un AVC. On note une perte de fonction éjaculatoire à 6 mois chez 12 % d'entre eux.²² 60% des hommes atteints par un AVC constatent une diminution de leurs rapports sexuels dans les 3 mois suivants l'accident¹⁹.

Chez les femmes, les études mettent en évidence une baisse de la lubrification vaginale pour près de la moitié d'entre elles, une baisse de la fréquence des orgasmes pour plus de la moitié d'entre elles, et une absence totale d'orgasme pour 20 % d'entre elles après 6 mois.²²

Hommes et femmes réunis, on note une baisse ou une absence de désir pour la moitié d'entre eux et pour plus de 60 % de leur conjoint. Le coït est moins fréquent chez la moitié d'entre eux, en parallèle de la gravité de leurs séquelles. La satisfaction sexuelle passait de 90 % avant l'AVC à 60 % à 6 mois, et de 90% à 70 % chez les conjoints.²²

d) Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Les patients atteints de BPCO se plaignent de DE dans 75% des cas⁶.

94% de leurs conjointes constatent des dysfonctions sexuelles qu'elles mettent en lien avec la BPCO de leur conjoint¹⁹.

e) Pathologies psychiatriques

(1) Dépression

Les syndromes dépressifs sont étroitement liés à la satisfaction sexuelle⁷. Les patients souffrant de dysfonction érectile développent davantage une dépression²³ qui elle-même favorise la dysfonction érectile, formant un cercle vicieux décrit dans la figure 3.

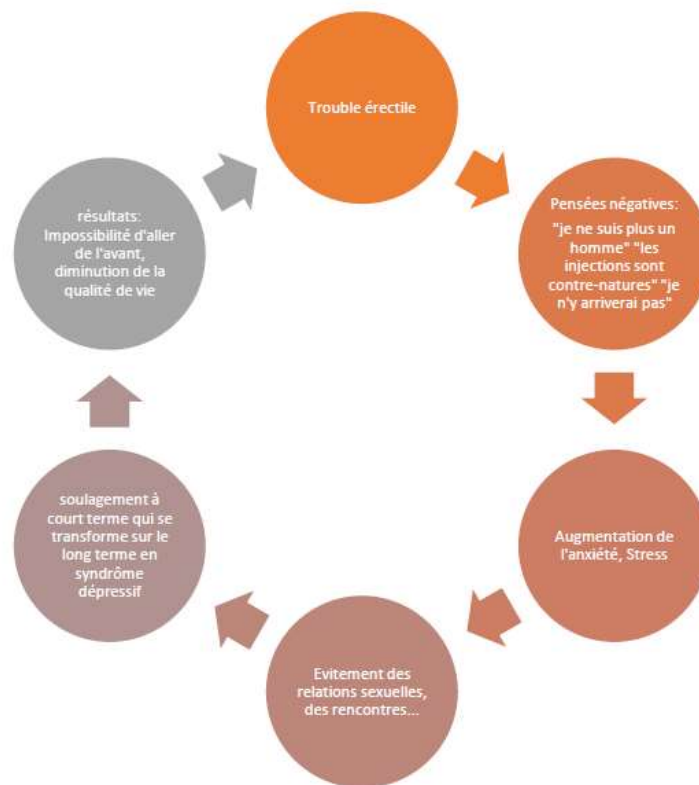


Figure 3: Le cercle vicieux de la dysfonction érectile²⁴

Dans une étude auprès d'hommes marocains ayant présenté un premier épisode dépressif, on retrouvait chez 77% d'entre eux une dysfonction sexuelle, comme le détaille la figure 4²⁵.

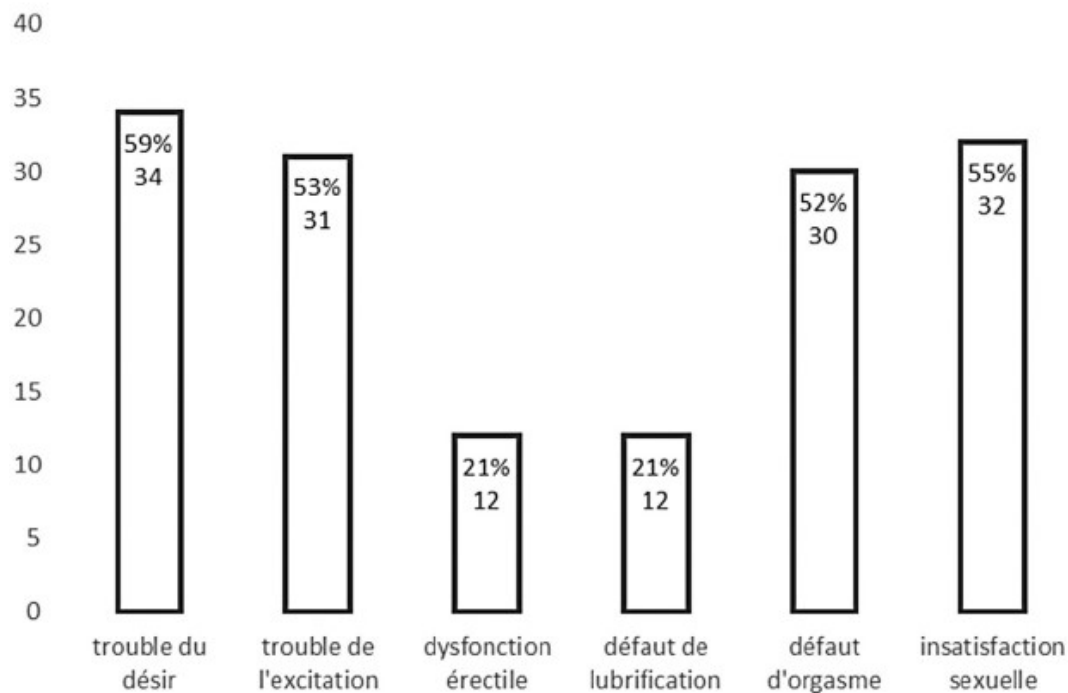


Figure 4 : Répartition des troubles sexuels chez les patients atteints d'un premier syndrome dépressif²⁵

(2) Bipolarité, schizophrénie

Les dysfonctions sexuelles sont particulièrement présentes chez les patients atteints de psychoses chroniques : 93.3% des patients schizophrènes et 54.8% des patients bipolaires présentent des dysfonctions sexuelles²⁶.

f) Pathologies cancéreuses

La question de la sexualité chez les patients et leurs conjoints touchés par un cancer reste très peu abordée alors que la vie sexuelle pendant et après le cancer est fréquemment modifiée²⁷.

En effet, la pathologie cancéreuse touche aux piliers fondamentaux qui régissent la sexualité d'une personne (cf. figure 1).

40% des cancers touchent la sphère sexuelle, notamment prostate et sein, impactant de ce fait les capacités sexuelles des patients. A cela il faut ajouter la iatrogénie des traitements lourds et l'impact psychologique de la prise en charge de cette maladie²⁷.

Cet impact négatif est durable : 2 ans après un cancer de la cavité pelvienne, 89% des hommes et 75% des femmes rapportaient des difficultés sexuelles à la suite de leur maladie. Pour les cancers d'autres localisations, ils étaient encore 65% dans ce cas²⁸.

Les facteurs les plus délétères pour la santé sexuelle et la vie intime au cours d'un cancer sont : les chirurgies et radiothérapies pelviennes, les chimiothérapies ou thérapies ciblées, les hormonothérapies et la présence de séquelles mutilantes ou invalidantes. Les patients les plus vulnérables sont les personnes seules, les personnes jeunes, les femmes, les personnes en précarité socio-économique, les personnes ayant subi des violences sexuelles et les groupes minoritaires : LGBT, allophones ou cultures minoritaires²⁹.

La morbidité sexuelle des cancers touche près d'1 français sur 10, en comptant le patient et son conjoint. Cependant, elle reste peu dépistée et traitée par les professionnels de santé, alors que les patients sont demandeurs d'une prise en charge de ces troubles sexuels⁵.

Le champ des troubles sexuels rencontrés en oncologie est vaste. Ces perturbations peuvent survenir à tous les niveaux de la réponse biologique sexuelle, parfois isolément, et plus souvent de manière combinée. Elles touchent ainsi la phase de désir, de l'excitation, le rapport lui-même, et la fonction de l'orgasme, comme résumé dans la figure 5.⁵

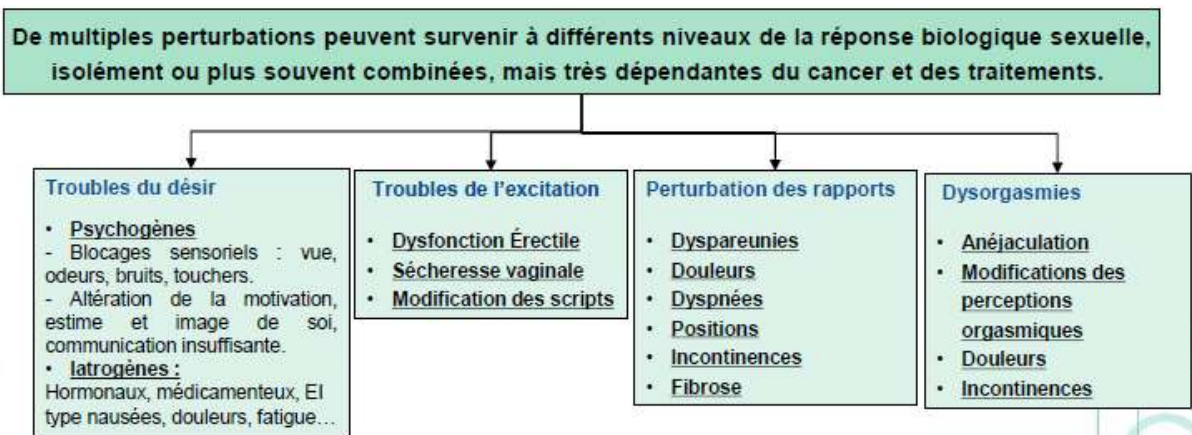


Figure 5: Perturbations de la sexualité par le cancer et ses traitements⁵

(1) Cancer du poumon

Le cancer du poumon est le plus diagnostiqué au monde. Environ 60% des hommes et 50% des femmes touchés par ce cancer présentent une baisse du désir sexuel, selon une revue de littérature de 2021³⁰.

(2) Cancer de prostate

Le cancer de la prostate est de loin le plus fréquemment diagnostiqué en France²⁴ et se place au 3^e rang au niveau mondial³⁰.

Il a causé 8 100 décès en France en 2018 dans une population âgée : l'âge médian au décès est de 83 ans, avec 79% des décès après 75 ans³¹. Il a un impact important sur la vie sexuelle, directement ou par ses traitements²⁴.

Les dysfonctions érectiles post traitement chirurgical associé à la radiothérapie sont de l'ordre de 30 à 90% et la qualité de la vie sexuelle est systématiquement altérée²⁴.

L'évaluation de la fonction sexuelle post traitement est souvent partielle, se limitant à interroger sur la présence ou non d'érection alors que de nombreux problèmes

peuvent apparaître, tels que la baisse de la qualité de l'érection, l'orgasmurie, l'anéjaculation ou une perte de taille pénienne²⁴.

De plus, certains patients ont parfois l'impression de perdre leurs attributs masculins voire de se féminiser en raison des effets indésirables des traitements prescrits, comme une gynécomastie ou une prise de poids²⁴.

Le patient n'est pas toujours assez informé des conséquences potentielles de son traitement sur sa vie sexuelle, et de l'éventuelle nécessité de recours à des médicaments pour maintenir une vie sexuelle²⁴.

(3) Cancer du sein

Le cancer du sein est de mieux en mieux soigné. Il atteint des femmes de tous âges et est dépisté largement. De nombreuses femmes, y compris de jeunes femmes, doivent donc vivre avec des séquelles, qui touchent directement une zone érotique secondaire et un symbole de féminité. Cela ne se fait pas sans impact sur la vie sexuelle. Ainsi dans une étude réalisée en Tunisie en 2019, 75% des femmes atteintes d'un cancer du sein sont touchées par une dysfonction sexuelle³².

(4) Cancer colorectal

Le cancer colorectal, lui aussi dépisté systématiquement, est pourvoyeur de troubles de la sexualité, du fait de sa proximité avec la sphère génitale. Les patients ayant survécu à ce cancer gardent des préoccupations concernant leur sexualité avec des dysfonctions sexuelles plus fréquentes que dans la population générale³³.

D'après une étude, près de 90% des patients traités ont eu un rapport sexuel dans le mois précédent l'interrogatoire, mais 96% des patients présentaient un trouble du désir sexuel, 68% une dysfonction érectile et 60% un trouble de l'orgasme³³.

g) Pathologies gynécologiques et urinaires

Parmi les femmes sexuellement actives qui consultent un urologue ou gynécologue, 64% présentent une dysfonction sexuelle³⁴.

(1) Endométriose

Les femmes atteintes d'endométriose souhaitent davantage d'informations sur leur sexualité ainsi que sur les impacts potentiels de la maladie et ses traitements, comme les interventions chirurgicales, sur leur vie sexuelle³⁵.

(2) Incontinence urinaire

Une étude marocaine³⁴, portant sur 50 femmes en majorité multipares et âgées de 53 ans en moyenne, a observé que l'incontinence urinaire touche 45% de ces femmes. Cette étude montre que la qualité de vie sexuelle des femmes présentant une incontinence urinaire est altérée. L'association prolapsus et incontinence urinaire est encore plus délétère sur la sexualité.

h) Pathologies inflammatoires et neurologiques

De nombreuses pathologies, y compris des pathologies non directement liées à la sphère génitale, peuvent avoir un impact négatif sur la sexualité.

Des études récentes ont chiffré cet impact pour les pathologies suivantes.

Parmi les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, 80% des femmes et 44% des hommes déclarent une sexualité altérée⁶.

Parmi les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, 50 à 70% présentent des dysfonctions sexuelles³⁶.

Parmi les patients atteints de sclérose en plaques, 50 à 70% présentent des troubles sexuels⁶.

II. Contexte de l'étude

A. Peu de recherche

La sexologie est un thème peu étudié. Il y a relativement peu de thèses de médecine sur ce sujet. Celles-ci sont généralement ciblées sur des problématiques très spécifiques, comme les violences sexuelles, l'adolescence, ou encore l'anatomie des femmes. Il existe des études sur des pathologies particulières, sur des enjeux d'éducation à la santé, ou sur le thème du genre et de l'orientation sexuelle. Peu d'études s'intéressent à la santé sexuelle dans son ensemble. Il s'agit majoritairement de thèses qualitatives.

B. De nombreuses pathologies concernées en médecine générale

Dans sa thèse publiée en 2020, Dr Pradier a interrogé des médecins généralistes sur leurs pratiques en termes de repérage des dysfonctions sexuelles féminines. Le tableau 3 liste les motifs de consultation ayant amené les médecins généralistes questionnés à prendre en charge une dysfonction sexuelle féminine.

Tableau 3: Pourcentage des MG interrogeant leurs patientes sur leur dysfonction sexuelle en fonction de la pathologie rencontrée³⁷

éléments de l'entretien	occurrence	(%)
maladie chronique	1	0,74%
troubles de la lubrification ou sécheresse vaginale	2	1,47%
endocrinologie	2	1,47%
notion de violences	3	2,21%
iatrogénie hors contraception	3	2,21%
troubles du désir	5	3,68%
douleurs	5	3,68%
éléments concernant la vie de couple	6	4,41%
ménopause	6	4,41%
sujet abordé par la patiente	6	4,41%
suivi obstétrique	6	4,41%
suivi gynécologique sans plainte	7	5,15%
autre	9	6,62%
contraception	10	7,35%
suivi gynécologique avec plainte	10	7,35%
douleurs pelviennes	12	8,82%
infection sphère urogénitale	12	8,82%
troubles de l'humeur	31	22,79%
total	136	100,00%

Ce tableau met en lumière la diversité des thèmes pouvant révéler une dysfonction sexuelle féminine. Il laisse également entrevoir une possible disparité de sensibilisation des médecins généralistes aux conséquences de certaines pathologies sur la sexualité. Le lien entre trouble de l'humeur et dysfonction sexuelle semble bien intégré par les généralistes questionnés. En revanche, la faible représentation des maladies chroniques, semble contraster avec la forte proportion de patientes atteintes de dysfonctions sexuelles dans ces catégories.

Parallèlement, les généralistes interrogés par le Dr Eddy Dourlens dans sa thèse de 2018³⁸ rapportent qu'une plainte sexologique peut se présenter sous une grande variété de forme. Elle peut être directe et spontanée, ou apparaître comme un sujet de

second plan, ou encore être occultée par un autre motif et révélée seulement par l'enquête du clinicien.

Une étude réalisée entre 2008 et 2015 a souligné que les pathologies fréquemment rencontrées en médecine générale telles que la dépression, l'anxiété, la douleur, l'hypertension, le diabète et l'utilisation de médicaments psychotropes étaient significativement associées aux dysfonctions sexuelles pour les 2 sexes.³⁹

C. Le médecin généraliste, premier recours d'une population variée

Le médecin généraliste a une position privilégiée pour éduquer à la santé sexuelle et dépister les dysfonctions.

1. L'enfant, l'adolescent

L'adolescence est un moment de grand bouleversement, notamment sur les caractéristiques sexuelles et la sexualité. Dans sa thèse de 2019¹¹, le Dr Waymel a exploré les attentes et les besoins des adolescentes en matière de prise en charge de leur sexualité. Elle note que près de 75% des adolescentes consultent un médecin généraliste au moins une fois par an. Certaines consultations sont propices à aborder le thème de la santé sexuelle comme les demandes de contraception ou la vaccination contre le HPV. Dr Waymel montre que les adolescentes apprécient être seules avec leur médecin lorsqu'elles abordent la sexualité. Pour autant, 61% des médecins généralistes pratiquent ces consultations en présence des parents¹¹.

Rappelons que depuis 2002, le mineur peut demander de garder le secret médical vis-à-vis de ses représentants légaux s'il est accompagné d'un majeur de son choix. Le médecin généraliste a donc la possibilité de répondre à un sujet concernant la sexualité du mineur sans le consentement des parents⁹.

Or cette classe d'âge présente encore des besoins importants d'éducation à la santé sexuelle. Ainsi par exemple en 2016 en Occitanie, 11,1% des femmes de 15 à 25 ans ayant une vie sexuelle active sans désir d'enfant n'utilisent pas de moyen de contraception⁴⁰.

La sexualité peut d'ailleurs être abordée plus tôt. Les adolescentes interrogées par le Dr Waymel, estiment trop tardive l'éducation sexuelle enseignée au lycée, et l'auraient préféré vers l'âge de 10 ou 11 ans¹¹.

La HAS recommande d'ailleurs un dépistage systématique des problèmes d'ordre sexuel chez les 7-17 ans⁴¹.

Les adolescentes ne souhaitent pas simplement une information sur les IST ou sur la contraception de la part de leur médecin traitant, mais une réelle éducation à la sexualité¹¹.

Le médecin généraliste est enfin une personne ressource pour déceler les cas de violences faites aux enfants et notamment les violences sexuelles. Il peut également être un élément de la leur prévention primaire, par le biais de l'éducation à la santé².

L'enfance et l'adolescence sont des périodes importantes pour l'éducation à la santé sexuelle ainsi que pour un dépistage précoce des violences et des dysfonctions. Le sujet de la sexualité n'est pas toujours facilement discuté avec les parents pendant ces périodes. Et l'éducation nationale qui s'est officiellement investie du sujet, ne permet pas de le couvrir suffisamment. Le médecin traitant, vu régulièrement, avec lequel une relation de confiance est possible et parfois déjà présente, doit être un interlocuteur naturel de qualité pour aborder la sexualité.

2. La personne âgée

La thèse du Dr Dardé s'est intéressée à la gestion de la santé sexuelle des femmes de plus de 65 ans en médecine générale¹⁷.

La santé sexuelle est présente à tout âge et participe à un vieillissement réussi, comme l'illustre la Figure 6.

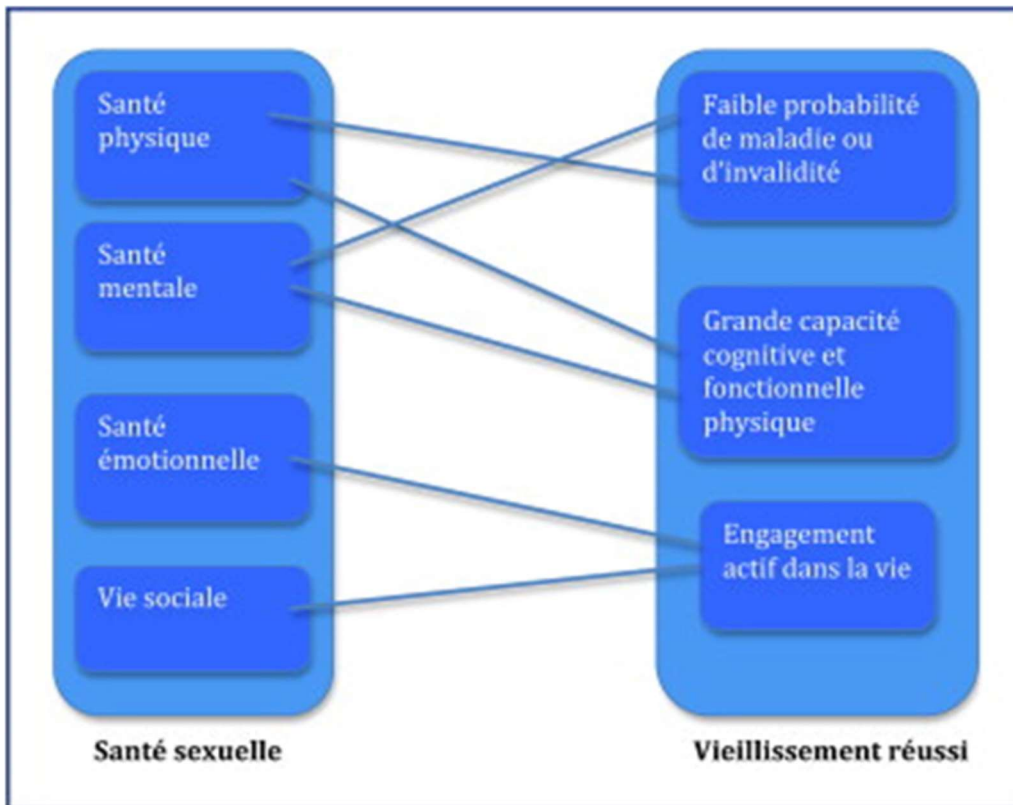


Figure 6: Lien entre santé sexuelle et vieillissement réussi¹⁷

La notion de sexualité des seniors est souvent occultée par les médecins généralistes, pour qui les personnes âgées sont parfois vues comme asexuées²³.

La pratique d'une sexualité épanouie n'est pourtant pas impossible, et permet de limiter l'isolement, la perte d'autonomie et la polypathologie des personnes âgées¹⁷.

En outre, elle a un effet positif sur les fonctions cognitives et le moral²³.

Lorsque l'on interroge les personnes âgées sur leur état de santé général, parmi celles qui se considèrent en bonne santé, 81% des hommes et 51% des femmes sont sexuellement actifs, alors que parmi celles qui se considèrent en mauvaise santé, seulement 47% des hommes et 26% des femmes sont sexuellement actifs²³.

Les besoins sexuels de la personne âgée seraient assez proches de ceux du sujet jeune. Ainsi plusieurs études ont montré que 53% des plus de 60 ans ont eu un rapport sexuel dans le mois précédent²³.

Or le vieillissement peut s'accompagner de bouleversements, comme la ménopause, la baisse de la testostérone, des dysfonctions sexuelles, un veuvage, une séparation¹⁷.

Devant les difficultés rencontrées et le manque d'aide, la sexualité des seniors diminue parfois contre leur volonté, voire s'arrête totalement ; entraînant ou aggravant ainsi des comorbidités associées, comme la dépression, l'anxiété, la perte d'autonomie, la diminution des aptitudes physiques⁷.

Le médecin généraliste pourrait être là aussi un interlocuteur primordial et un accompagnateur. De plus, les patientes de plus de 65 ans consultant moins leur gynécologue, le médecin généraliste reste alors le seul interlocuteur possible¹⁷.

3. Pathologies liées à l'orientation sexuelle

Les médecins traitants n'estiment pas toujours utile de demander l'orientation sexuelle de leurs patients. Ils pensent à tort que les patients ne souhaitent pas leur répondre.

Pourtant les prévalences de certaines pathologies peuvent varier selon l'orientation sexuelle et se retrouvent sous-diagnostiquées, comme les IST, certains cancers, la dépression, ou l'anxiété⁹.

D. Iatrogénie médicamenteuse

Les effets indésirables d'un traitement sur la sexualité sont un facteur de mauvaise observance, avec parfois de graves conséquences⁴².

De nombreux médicaments ont un impact sur la qualité de la vie sexuelle, comme illustré dans le tableau 4.

Tableau 4: Classes médicamenteuses susceptibles d'interférer et de perturber la fonction sexuelle⁷

Classes médicamenteuses susceptibles d'interférer et de perturber la fonction sexuelle	
Classe thérapeutique ou médicaments	Molécules (exemples)
Analgésiques	Opiacés
Anticholinergiques	Antidépresseurs tricycliques
Anticonvulsivants	Phénytoïne, phénobarbital
Antidépresseurs	Lithium, IMAO, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, antidépresseurs tricycliques
Antihistaminiques	Dimenhydrinate, diphenhydramine
Antihypertenseurs	Alpha-bloquants, bêtabloquants, clonidine, méthyl dopa, réserpine
Antiparkinsoniens	Bromocriptine, lévodopa
Médicaments à visée cardiovasculaire	Digoxine, dysopyramide, gemfibrozil
Cytotoxiques	Méthotrexate
Diurétiques	Spirolactone, thiazidiques
Hormones	Inhibiteurs de la 5-alpha réductase, œstrogènes, agonistes de la LH-RH, progestérogène
Drogues, alcool, nicotine	Amphétamines, barbituriques, cocaïne, héroïne, cannabis
Immunomodulateurs	Interféron alpha
Sédatifs	Benzodiazépines
Neuroleptiques	Butyrophénones, phénothiazines

Ces effets indésirables peuvent être fréquents. Ainsi, concernant les antalgiques opioïdes, 72.2% des patientes traitées régulièrement présentaient des dysfonctions sexuelles⁴³.

Les patients expriment cependant rarement spontanément les effets indésirables d'ordre sexuel, à l'exception des troubles érectiles¹⁷.

Si la qualité de la vie sexuelle n'est jamais abordée avec le patient, il sera plus difficile au médecin de déceler cette mauvaise observance.

Or le médecin traitant est le premier prescripteur. Il est donc pertinent que le médecin traitant parvienne à établir un dialogue de qualité, incluant dès que cela est utile la qualité de la vie sexuelle, afin d'approcher au mieux la réalité de la situation.

Par ailleurs, les données du Vidal et les représentations des médecins ne reflètent pas toujours parfaitement les résultats des essais randomisés. Ainsi, chez l'hypertendu, les patients traités par diurétiques souffrent plus souvent de dysfonction érectile que sous placebo ; alors que sous bêtabloquants, elle n'est pas plus fréquente que sous placebo. La dysfonction érectile est pourtant un effet indésirable cité dans un grand nombre de bêtabloquants sur le Vidal, et ceux-ci sont fréquemment suspectés en premier lieu par les prescripteurs⁴².

Notons que les effets indésirables des traitements ne sont pas toujours faciles à distinguer des symptômes de la maladie elle-même, comme dans le cas de la dépression et des antidépresseurs.

La substitution ou l'arrêt d'un traitement responsable de dysfonction sexuelle doit se faire en concertation avec le médecin prescripteur⁴².

Par ailleurs, lors d'une plainte sexuelle, il est indispensable de rechercher un potentiel effet indésirable médicamenteux. A défaut, les thérapies entreprises risquent de conduire à un échec.

Ainsi, la iatrogénie médicamenteuse doit rester à l'esprit lors de la prescription et de la surveillance d'un traitement potentiellement pourvoyeur d'effets indésirables sexuels, ainsi qu'à chaque plainte sexuelle.

III. La santé sexuelle, peu abordée par les médecins généralistes

Contrastant avec notre propos précédent, les médecins abordent peu la sexualité³⁸. Dans une étude américaine de 2019, seulement 14.2% des professionnels de santé parlaient régulièrement de sexualité à leurs patients atteints de pathologie chronique ou de handicap⁴⁴.

A. Les freins

Plusieurs études se sont intéressées à l'analyse des freins des médecins généralistes à aborder en consultation la sexualité de leurs patients¹⁰.

Dans sa thèse⁴⁵, Dr Zanardi a étudié les freins des médecins généralistes à aborder en consultation pour un motif gynécologique, les sujets jugés tabous. Ces freins sont listés dans le tableau 5.

Tableau 5: Freins à aborder des sujets tabous en gynécologie⁴⁵

Freins	Effectifs	Pourcentage (%)
1) Manque de temps	70	54,7
2) Pudeur à aborder les sujets	54	42,2
3) Prise de conscience insuffisante du médecin	31	24,2
4) Crainte de l'impasse thérapeutique face aux patientes	30	23,4
5) Pas de frein	22	17,2
6) Manque de connaissances	19	14,8
7) Pas de consultation cotée dédiée	18	14,1
7) Pour les hommes : difficultés liées au sexe opposé	18	14,1
8) Considère qu'il n'y a pas d'intérêt à poser ces questions aux femmes si elles n'en parlent pas d'elles-mêmes	14	10,9

Des freins similaires sont également identifiés dans la thèse⁴⁶ du Dr Teillant, comme l'illustre la figure 7.



Figure 7: Freins des MG à aborder le thème de la sexualité auprès de leur patient⁴⁶

Dans sa thèse³⁸, analysant la pratique et les freins de 20 médecins généralistes, le Dr Dourens indique que, en plus des freins mentionnés, ce sujet peut questionner leur propre sexualité. La comparaison avec leur propre expérience peut les mettre mal à l'aise.

1. Manque d'outils pratiques standardisés

Les médecins généralistes éprouvent des difficultés à prendre en charge la sexologie car celle-ci n'est ni standardisée ni protocolisée. Il manque une échelle objective, facile d'utilisation, largement connue et utilisée³⁸.

Les prises en charge sexologiques ne sont pas très clairement définies, ce qui contraste avec la pratique habituelle du médecin s'appuyant sur des recommandations officielles³⁸.

2. Manque de connaissance

La formation médicale initiale n'aborde pas ou très peu la santé sexuelle alors que les étudiants en médecine sont demandeurs de davantage de formation sur ce sujet¹⁰.

Les médecins interrogés dans la thèse du Dr Jardé déplorent le manque de formation durant leurs études médicales avec souvent une absence d'enseignement de sexologie¹⁷.

Les médecins généralistes ont parfois une vision restrictive de la santé sexuelle qui ne se résume pas à l'absence de maladie³⁸.

Mais les médecins déclarent se former eux-même spontanément dans ce domaine¹⁷.

Les thèses du Dr Jardé et du Dr Gillet montrent que les médecins ayant une formation en médecine sexuelle se sentent plus à l'aise pour aborder spontanément le sujet, et que les patients qui savent que leur médecin est formé au sujet paraissent plus à l'aise également^{10,17}.

Certains médecins généralistes interrogés par Dr Gillet, indiquent ne pas connaître la notion de santé sexuelle. Lorsqu'ils se penchent sur la vie sexuelle de leurs patients, c'est principalement pour aborder le sujet des dysfonctions érectiles¹⁰.

Des items de sexologie apparaissent dans la formation des internes de médecine générale seulement depuis 2017⁴⁷. L'offre de formation reste pauvre sur ce thème pour l'année 2019/2020 : 13 facultés de médecine ne proposent pas de formation, 10 facultés dispensent une formation obligatoire, d'une journée au maximum, 6 facultés proposent seulement une formation optionnelle, d'une journée au maximum⁴⁷.

Parmi les internes de la faculté de Montpellier-Nîmes questionnés par Dr Belhaj, 78,1 % ont été confrontés à une problématique sexuelle en consultation. Ils sont 73,8% à se dire mal à l'aise (pas du tout à l'aise ou plutôt mal à l'aise). Ils sont 98,5 % à n'avoir pas eu de formation en santé sexuelle lors de leur cursus antérieur. Enfin 95,6 % souhaitent une formation en sexologie durant leur cursus⁴⁷.

3. Ne relèverait pas du médical

Les médecins généralistes peuvent penser que certains questionnements sexuels des patients ne relèvent pas du domaine purement médical mais plutôt de l'éducation, du relationnel et des convictions personnelles. Ces médecins n'ont pas envie de déborder du cercle purement médical³⁸. Ainsi, 35.9% des médecins généralistes ne se sentent pas concernés par la prévention à la vie affective et sexuelle¹¹.

Dans la thèse du Dr Gillet, les médecins interrogés ne considèrent pas primordiale la santé sexuelle de leurs patients. Ils la délèguent au second plan au titre de la sphère privée et non de la sphère médicale¹⁰.

Les médecins estiment que le seul bénéfice à s'intéresser à la vie sexuelle de leurs patientes âgées serait de dépister les violences conjugales¹⁷.

Certains médecins appréhendent de déborder de leur rôle. Ils redoutent que leurs questions sur le sujet soient mal interprétées ou gênent. Ils n'osent pas aborder le sujet et craignent d'altérer la relation médecin patient¹⁷.

4. Mode d'approche du motif de consultation sexologique

Une des difficultés dans la gestion d'un problème sexologique est la façon dont le sujet est abordé. La gêne ressentie par le patient fait qu'à la différence d'une consultation dédiée chez le sexologue, le patient peut ici mettre du temps à aborder le sujet auprès de son médecin traitant. Il peut ne pas dire clairement les choses, utiliser des chemins détournés, ou ne verbaliser son problème qu'à la toute fin de la consultation. Cela signifie qu'il faudrait y consacrer du temps additionnel de consultation³⁸.

Les questions viennent parfois également d'une tierce personne : « mon mari a ceci, ma fille a cela ». Ceci est difficile à prendre en charge car le patient lui-même n'a pas forcément envie ou n'est peut-être pas prêt à en parler³⁸.

5. Pas d'affinité pour la sexologie

Certains médecins n'ont tout simplement pas d'affinité particulière pour le domaine de la sexologie et n'ont pas envie de prendre en charge cette problématique. Ils vont esquiver la question ou orienter vers un tiers et le patient n'aura plus envie de se confier par la suite³⁸.

Dans la thèse du Dr Gillet, un médecin déclare clairement son manque d'intérêt pour le sujet et ne l'aborde jamais pour cette raison¹⁰.

6. Les critères médecin-patient

La thématique de la sexualité touchant l'intime, les critères propres aux médecins et aux patients influencent l'approche de cette question. Ainsi la différence de sexe ou d'âge peuvent inciter ou freiner un médecin et un patient à aborder un sujet sexuel. Le sexe opposé serait plutôt un frein à cette approche et une différence d'âge plus importante serait plutôt facilitatrice³⁸.

Chez l'adolescente, la sexualité est plus facilement abordée à l'occasion de la mise en place d'une contraception ou de la vaccination contre le HPV¹⁷.

Concernant la personne âgée, les médecins interrogés dans la thèse du Dr Jardé n'ont pas l'impression que le sujet de la sexualité soit présent dans leur consultation avec les femmes de plus de 65 ans, voire même qu'une sexualité soit présente chez leurs patientes¹⁷.

La fin de la pratique des frottis cervico-vaginaux après 65 ans est également un frein à explorer la sexualité de la femme âgée¹⁷. Est-ce que le remplacement du dépistage par frottis en population jeune, au profit du test HPV, aura pour conséquence une diminution des autres dépistages en santé sexuelle ?

Pourtant les femmes âgées ont régulièrement des questionnements ou troubles sexuels, avec notamment la ménopause, une éventuelle iatrogénie, un problème de santé, ou la perte du conjoint.

Pour les hommes âgés, la question de la dysfonction érectile permettrait une discussion systématique sur ce sujet, grâce au recours médicamenteux possible¹⁷.

Les questions de culture, d'ethnie, ou de religion sont également des freins possibles^{10,17}.

La profession du patient a pu être soulignée comme un frein par un médecin généraliste lorsque cette profession est perçue comme une position d'autorité¹⁰.

Le fait de connaître son médecin depuis longtemps ou non est à prendre en compte également. Des patients sont plus à l'aise avec un médecin connu de longue date plutôt qu'avec un médecin remplaçant ou récent³⁸. Mais les médecins peuvent se sentir gênés pour aborder la sexualité avec un patient qu'ils connaissent depuis longtemps, jugeant le sujet trop intime¹⁰.

Le recours à un médecin remplaçant peut être une aide, pour les sujets délicats, et pour les patients qui auraient peur du jugement de leur médecin de famille¹⁷.

7. Peur d'intrusion, de modification de la relation

Dans notre époque où se multiplient les plaintes pour agressions sexuelles, les médecins peuvent craindre de se montrer trop intrusifs en se mêlant de la vie privée de leurs patients^{10,38}.

De plus, les études médicales incitent à ne pas parler de soi et à garder une certaine distance avec les patients. Or la pratique de la sexologie bouscule un peu ces principes et demande une énergie supplémentaire pour gérer la distance³⁸.

Les médecins craignent ainsi de se montrer trop curieux, et d'avoir une attitude inappropriée pour la relation médecin-patient³⁸.

Dans sa thèse, au contraire, Dr Françoise démontre que la majorité des patients n'a pas l'impression qu'aborder le sujet de la sexualité modifie la relation avec leur médecin. Pour ceux qui trouvent que la relation a été modifiée, ils soulignent essentiellement une modification positive⁴⁸.

8. La gêne

Malgré leur ouverture d'esprit, les médecins ressentent de la gêne en abordant les sujets de sexologie, ce qui n'est pas facile à gérer et n'incite pas à développer l'approche de la santé sexuelle de leur patient³⁸.

Ils ne se sentent pas à l'aise pour démarrer la conversation sur un sujet sexuel ni pour conseiller leurs patients¹⁷.

De plus les patients viennent parfois accompagnés et les questions sur la sexualité sont d'autant plus délicates à aborder¹⁷.

9. Exercice peu propice

Malheureusement, le modèle classique de la consultation médicale n'est pas propice à aborder un sujet sexologique. En effet, pour aborder ce type de sujet, il faut du temps, un climat particulier, une disponibilité complète. Ces éléments peuvent être difficile à obtenir en médecine générale libérale³⁸. Les médecins ont conscience que cette thématique est chronophage, alors qu'ils ont des consultations bien remplies, et qu'ils sont parfois sollicités au téléphone ou directement¹⁷.

B. Freins des patients à aborder le sujet de la sexualité

1. Le médecin n'a pas le temps

Dans la thèse du Dr Rose qui s'intéresse au point de vue des patients vis-à-vis de la prise en charge de la santé sexuelle, un des freins identifiés est justement l'idée que leur médecin ne sera pas disponible par manque de temps et la volonté de ne pas le déranger⁸.

2. Pas un motif de médecine générale

Certains patients n'osent pas aborder leurs problèmes sexuels car ils pensent que la médecine générale ne prend en charge que les problèmes aigus. Le sujet de la sexualité ne leur paraît parfois pas assez important pour être pris en charge par leur médecin traitant. Ils ont aussi du mal à cerner quelles pourraient être les solutions apportées par leur médecin traitant⁸.

3. La gêne

Concernant la gêne, les patients ne sont pas gênés lorsque le médecin les interroge. En revanche ils demeurent gênés pour aborder le sujet eux-mêmes^{8,38}.

Les femmes de plus de 65 ans expriment en particulier une forte gêne à en parler avec leur médecin et ne le font qu'en cas de trouble important, comme une infection ou une incontinence¹⁷.

Même dans des situations qui paraissent délicates pour le médecin, les patients restent ouverts à la discussion. Ainsi dans une étude menée auprès de patients atteints de cancer de la vessie, 73% des patients interrogés n'ont aucun tabou à aborder le sujet de la sexualité avec leur médecin. Ils soulignent néanmoins ressentir davantage de gêne en provenance de leur médecin⁴⁹.

Dans sa thèse, Dr Françoise s'est intéressé au ressenti des patients face au questionnement sur leur sexualité par leur médecin généraliste. Il en ressort que les patients ne sont effectivement pas gênés ni surpris par cette question contrairement à ce que peut imaginer le médecin, comme détaillé dans le tableau 6⁴⁸.

Tableau 6: Surprise et gêne en discutant de sexualité⁴⁸

DISCUSSION SUR LA SEXUALITE								
		POPULATION TOTAL		OUI		NON		
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	p value
Surprise	Pas du tout	56	33,3 %	13	39,4 %	43	31,9 %	0,57
	Un peu	95	56,5 %	16	48,5 %	79	58,5 %	
	Beaucoup	17	10,1 %	4	12,1 %	13	9,6 %	
Gêne	Pas du tout	132	78,1 %	28	82,4 %	104	77,0 %	0,88
	Un peu	35	20,7 %	6	17,6 %	29	21,5 %	
	Beaucoup	2	1,2 %	0	0,0 %	2	1,5 %	

4. Manque de formation du médecin

Certains patients interrogés ne confieraient pas leur trouble sexuel à leur médecin traitant car ils ne le pensent pas assez qualifié pour répondre à cette problématique. Ils se sentent plus à l'aise avec un intervenant ayant une formation en sexologie⁸.

5. Les critères de sexe, d'âge

Le médecin peut ressentir une gêne en lien avec une différence d'âge ou de sexe avec son patient. De même, les patients peuvent ressentir une gêne en lien avec ces mêmes critères⁸.

C. Attente des patients

1. Parler de la sexualité est le rôle du médecin

Les patients sont généralement contents que leur médecin s'intéresse à leur sexualité³⁸.

Les patients pensent à 85% que le cabinet médical est un endroit approprié pour aborder le thème de la sexualité⁹.

Pour 85% d'entre eux, la réponse apportée par leur médecin généraliste les a aidés⁹.

Près de 90% des patients sont prêts à donner l'information de leur orientation sexuelle lors d'une consultation aux urgences, cette question pouvant être légitime dans une prise en charge médicale⁹.

Les femmes de plus de 65 ans considèrent que leur médecin généraliste est le premier interlocuteur à consulter en cas de trouble sexuel¹⁷.

Chez les jeunes, le médecin généraliste est perçu comme un interlocuteur légitime pour aborder les sujets d'éducation sexuelle. Les adolescentes se sentent davantage à l'aise pour parler de la sexualité avec leur médecin de famille quand elles le connaissent depuis l'enfance¹¹.

Dans la thèse du Dr Rose, les patients interrogés trouvent tout à fait normal que le médecin traitant les questionne sur leur sexualité. Selon eux, c'est son rôle⁸. Le médecin y est vu comme un intermédiaire neutre, ayant les compétences nécessaires pour faire son expertise médicale et pour orienter vers un autre professionnel si besoin.

Les patients diabétiques interrogés préfèrent que leur médecin traitant prenne en charge leurs dysfonctions sexuelles plutôt qu'un autre professionnel de santé, diabétologue, sexologue ou urologue¹². Parmi les patients interrogés, diabétiques et

ayant un médecin traitant ne leur ayant jamais parlé de leur vie sexuelle, 70.3% auraient souhaité qu'il le fasse¹².

Les patients interrogés dans la thèse du Dr Françoise considèrent également à 82% que leur médecin généraliste est le mieux placé pour aborder le sujet de la sexualité⁴⁸.

2. Le médecin doit être à l'initiative du sujet

Sur 500 patients de médecine générale, seuls 30% des interrogés déclarent avoir parlé de sexualité avec leur médecin généraliste. Cet échange a été à l'initiative des patients eux-mêmes pour 75% d'entre eux⁹.

En reprenant plusieurs études dans sa thèse, Dr Guerber indique que 42% des patients ne se voient pas parler de leurs dysfonctions érectiles avec leur médecin alors qu'ils sont 78% à penser que leur médecin pourrait leur venir en aide. Parmi les patients présentant une dysfonction érectile et n'en ayant pas parlé à leur urologue, ils étaient 78% à n'en avoir pas parlé à leur médecin traitant non plus. Ils auraient souhaité à 82% que ce soit leur médecin traitant qui soit à l'initiative de cette discussion⁹.

Dans une étude aux Etats Unis publiée en 2007, chez les patients âgés de plus de 70 ans présentant un trouble sexuel, seulement 4% des femmes (respectivement 36% des hommes) en ont parlé à leur médecin de leur propre initiative. La discussion a été initiée par le médecin pour 7% des femmes (resp. 32% des hommes). Cependant une grande proportion d'entre eux souhaite que leur médecin amorce le sujet : 32% des femmes (resp. 86% des hommes)⁵⁰.

A nouveau, les adolescentes interrogées préfèrent que leur médecin prenne l'initiative d'une discussion sur le thème de la sexualité¹¹.

De plus, pour certains patients qui osent être à l'initiative de ce sujet, la réponse du médecin généraliste peut paraître insatisfaisante car incomplète ou trop brève⁸.

3. Des moments jugés impératifs

Pour de nombreux patients, la sexualité devrait être abordée systématiquement chez les jeunes lors du début de la vie sexuelle, notamment pour prévenir les IST, pour la prévention des grossesses non désirées, et pour dépister les violences sexuelles⁸.

Lors d'un changement de vie ou de comportement des patients, par exemple lors d'une dépression, les patients jugent opportun d'être questionnés sur leur sexualité⁸.

IV. Repérage Précoce avec Intervention Brève (RPIB) en sexologie

A. Principe

Le repérage précoce avec intervention brève a été initialement développé pour l'addictologie. Il consiste à évoquer en un temps limité un déterminant de santé, afin de dépister les risques de dommages et afin d'encourager les comportements favorables à la santé⁵¹. Il a vocation à être utilisé de manière régulière, au moins une fois par an, et plus en cas de point d'appel. Il est désormais validé pour les consommations à risques d'alcool, de tabac et de cannabis, où il a démontré une efficacité supérieure aux communications écrites. Des interventions plus longues n'ont pas prouvé de résultats supérieurs. Cette technique fait désormais partie des recommandations de la HAS⁵². Elle a été intégrée à la pratique des médecins traitants et est rémunérée au titre de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP)⁵³.

B. Intérêt en sexologie

D'après nos recherches, les patients souhaitent que leurs médecins les questionnent sur leur sexualité. Or ceux-ci le font peu, pour toutes les raisons évoquées précédemment.

La proposition envisagée dans cette thèse est la pratique systématique du repérage précoce par intervention brève. Ainsi, si le sujet de la sexologie était abordé systématiquement, il serait clairement intégré au champ de la médecine générale, pour les patients comme pour les praticiens. Chacun serait donc plus à l'aise pour aborder le sujet.

L'intervention brève évite de rallonger le temps de consultation. Elle permet au médecin de proposer des consultations ultérieures dédiées à ce sujet, ou d'orienter le patient vers un tiers (sexologue, psychologue, gynécologue, urologue) selon le sujet à traiter ou selon son affinité pour le sujet.

C. Application en sexologie

D'après la thèse du Dr Gillet, plusieurs études s'intéressant à la technique d'intervention brève en sexologie ont montré l'intérêt de cette pratique, notamment dans la diminution des conduites sexuelles à risques¹⁰.

En 2015, dans le cadre d'une recommandation forte à appliquer la communication brève dans la prévention des IST, l'OMS a établi « le guide de communication brève relative à la sexualité, recommandation pour une approche de santé publique »⁵⁴.

Les patients interrogés dans la thèse du Dr Rose décrivent spontanément l'intérêt de cette méthode. Ils proposent que leur médecin saisisse la moindre opportunité pour parler de leur santé sexuelle⁸.

D. Application en médecine générale

Dans sa thèse Dr Teillant a demandé à des médecins généralistes de poser systématiquement la question de la santé sexuelle à leurs patients. Il a étudié le ressenti des médecins sur cette méthode. La question posée était : « En réfléchissant à votre vie sexuelle, comment évaluez-vous votre satisfaction ? »⁴⁶.

Malgré une appréhension préalable, les médecins interrogés se sont sentis à l'aise pendant la consultation. L'expérience a nourri leur réflexion personnelle sur leur façon de communiquer. Ils ont apprécié la question simple et ouverte, ainsi que les termes employés. Ils ont regretté une formulation trop formelle.

Aucun refus de réponse n'a été constaté. Les patients semblaient satisfaits que le sujet soit abordé, mais étaient de la formulation de la question⁴⁶.

Au terme de cette expérience, ces mêmes médecins étaient invités à réfléchir sur cette technique. Pour eux, cette technique permet de mieux connaître les patients, leur orientation sexuelle, leur rapport au couple, et permet de dépister les dysfonctions. Elle peut être une aide dans des situations délicates comme le dépistage des traumatismes ou des situations de blocage. Elle peut améliorer la relation médecin patient en montrant que tous les sujets peuvent être abordés, et en améliorant la confiance. Son usage systématique n'omet personne, atteint notamment les jeunes, crée un automatisme, et ouvre une porte sur ce sujet. Cependant cette technique peut être chronophage. De nombreuses questions systématiques sont déjà présentes dans les consultations. Cette question doit être adaptées au patient, à son âge, son sexe, sa religion⁴⁶.

V. Matériel et méthode

A. Objectif

La santé sexuelle est généralement peu explorée par les médecins généralistes. Ceux-ci se privent ainsi d'informations utiles sur l'état de santé de leurs patients, d'éventuels facteurs de risques, d'éléments d'alerte sur l'état cardiovasculaire et sur l'observance.

Les patients osent peu en parler et se privent d'un élément important pour leur qualité de vie et pour leur santé. Cependant ils sont majoritairement favorables à en parler à leur médecin traitant, à condition que celui-ci l'aborde en premier.

Ces considérations nous amènent à penser que la généralisation du repérage précoce avec intervention brève, pourrait aider à lever le blocage. Ainsi le patient entendant clairement que le sujet a sa place dans la consultation de médecine générale, pourrait plus facilement en parler lorsque le besoin s'en fera sentir. Le sujet étant souvent long à traiter, nous proposons d'envisager une consultation dédiée si la réponse est positive.

Ainsi, nous avons voulu savoir si les médecins généralistes du Nord sont disposés à mettre en place dans leur pratique courante la technique de repérage précoce-intervention brève dans le domaine de la santé sexuelle, en utilisant une phrase telle que « Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle, ou y a-t-il une difficulté que vous souhaiteriez que nous abordions dans une prochaine consultation ? »

L'objectif secondaire était d'explorer les habitudes des médecins généralistes du Nord, en matière de santé sexuelle.

B. Type d'étude

Une fois notre objectif défini, nous avons élaboré un questionnaire, destiné aux médecins généralistes, sur leur pratique actuelle et leur point de vue. Nous avons ainsi réalisé une étude descriptive, quantitative et transversale.

C. Aspect légal

Le questionnaire est adressé à des professionnels de santé. Il est descriptif et ne recolte aucune donnée nominale. Le service de recherche clinique du CHU de Lille a confirmé que l'avis du comité de protection des personnes n'était pas nécessaire.

Le questionnaire a été mis en ligne en respectant les consignes du DPO de la faculté de Lille, qui s'est chargé de la déclaration CNIL.

D. Population étudiée

Nous nous sommes intéressés aux médecins généralistes du Nord. Le questionnaire a été partagé sur le site du conseil départemental des médecins du Nord, via l'onglet THESE'APP, accessible uniquement aux membres inscrits. Le texte accompagnant le questionnaire précisait qu'il s'adressait aux médecins généralistes.

La population de l'étude était constitués de médecins généralistes inscrits à l'ordre des médecins du Nord, disposant d'une connexion internet.

E. Recueil des données

Le questionnaire, disponible en annexe, a été élaboré à l'aide du logiciel LimeSurvey. Il est disponible en annexe. Il est anonyme, ne permettant pas de retrouver les participants. Les questions comportent une réponse « ne se prononce pas » afin de permettre aux participants le souhaitant de passer une question qui pourrait les gêner.

Il a été mis en ligne par le site du conseil départemental de l'ordre des médecins du Nord, le 2 décembre 2022. Nous avons clôturé notre recueil le 02 février 2023.

F. Analyse statistique

Les données recueillies par LimeSurvey ont été extraites vers Excel pour les statistiques descriptives. Celles-ci sont présentées sous forme d'effectifs et pourcentages.

Nous avons ensuite effectué des analyses bivariées pour explorer les liens entre les variables. La quantité modeste de données a permis une étude exacte, par le test exact de Fischer. Les valeurs de p inférieures ou égales à 0,05 ont été considérées comme significatives.

VI. Résultats

Nous avons obtenu 56 participations, dont 7 étaient incomplètes. L'analyse porte donc sur les 49 réponses complètes.

A. Analyse descriptive

1. Données socio-démographiques

Comme présenté sur la figure 8, 35 participants ont moins de 40 ans (72 % des réponses), 4 participants ont entre 40 et 49 ans (8%), 8 participants ont entre 50 et 59 ans (16%) et 2 participants ont plus de 60 ans (4%).

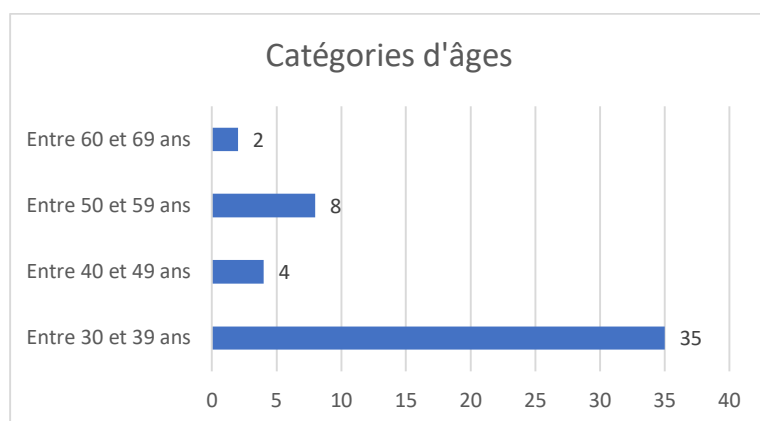


Figure 8 : Age des participants

Comme le montre la figure 9, 43 d'entre eux exercent en libéral (88%), 2 sont salariés (4%) et 4 ont un exercice mixte (8%).

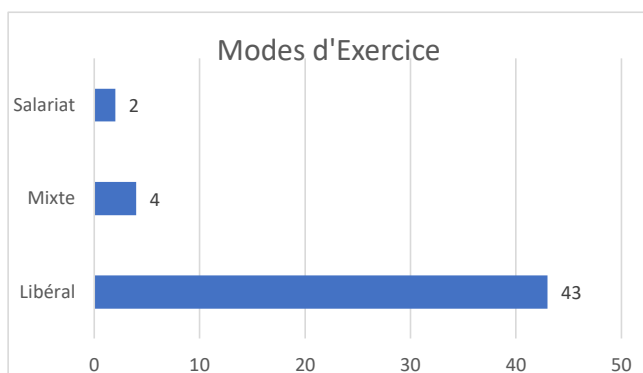


Figure 9 : Modes d'exercice

Les participants sont 29 femmes (59%) et 20 hommes (41%).

2. Auto-évaluation de la pratique en santé sexuelle

a) Aborder le sujet

Les problèmes sexuels sont rencontrés quotidiennement pour 2 médecins (4%), hebdomadairement pour 26 (53%), mensuellement pour 11 (22%), trimestriellement pour 5 (10%) et annuellement pour 5 également (10%), voir figure 10.

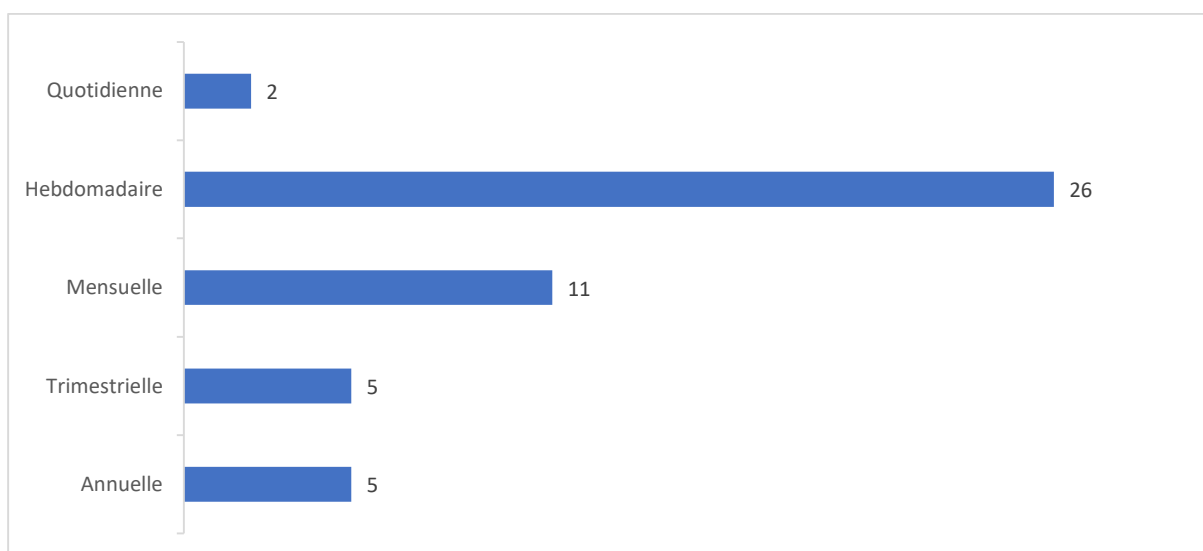


Figure 10 : Fréquence de la sexologie

Lorsque le patient aborde une question de santé sexuelle, 6 répondants (12%) ressentent une gêne modérée, 17 (35%) ressentent une gêne mineure et 26 (53%) ne

ressentent aucune gêne, voir figure 11. Aucun participant ne ressent de gêne importante.

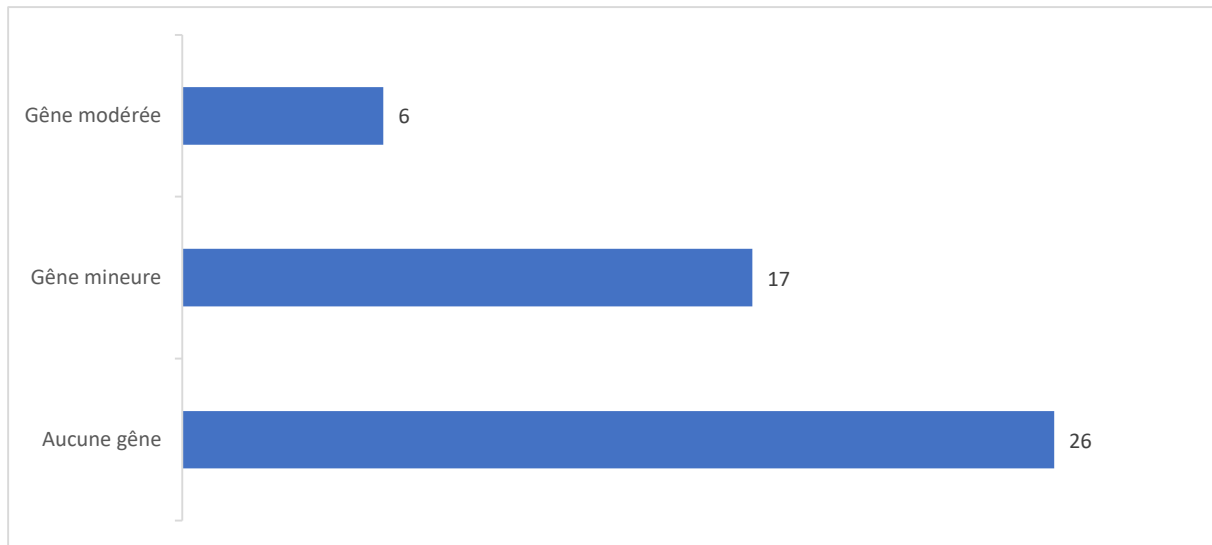


Figure 11 : Aise lorsque le patient aborde le sujet

Lorsque le médecin doit lui-même aborder une question de santé sexuelle, 2 participants (4%) expriment ressentir une gêne importante, 8 (16%) ressentent une gêne modérée, 20 (41%) ressentent une gêne mineure, 18 (37%) ne ressentent aucune gêne et 1 (2%) ne se prononce pas, voir figure 12.

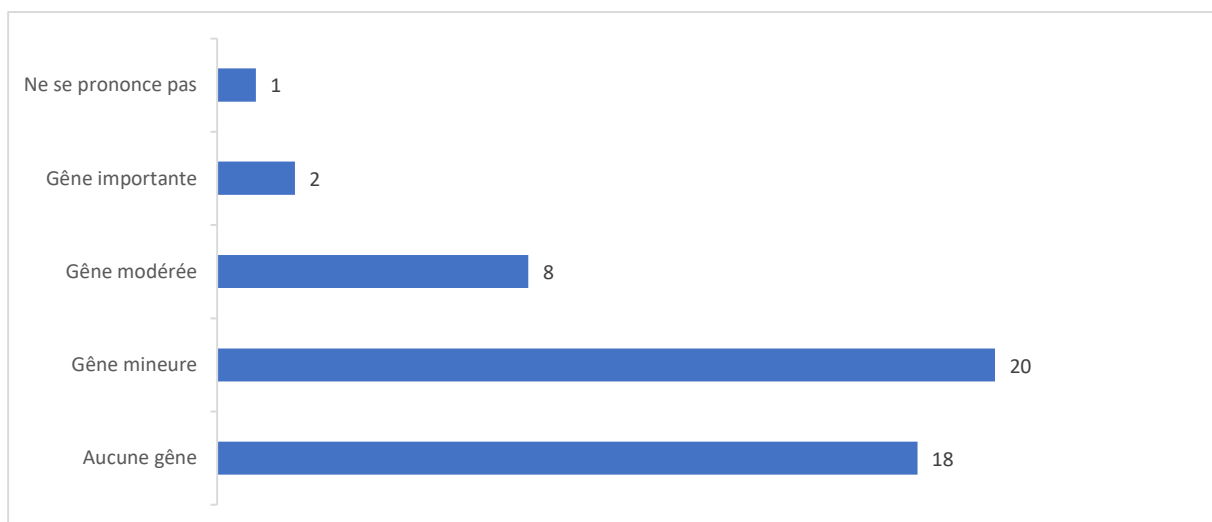


Figure 12 : Aise lorsque le praticien aborde le sujet

Pour le recueil des antécédents de santé sexuelle, 7 participants (14%) ne les recueillent jamais, 32 (65%) le font rarement, 9 (18%) le font habituellement, et 1 (2%) le fait toujours, voir figure 13.

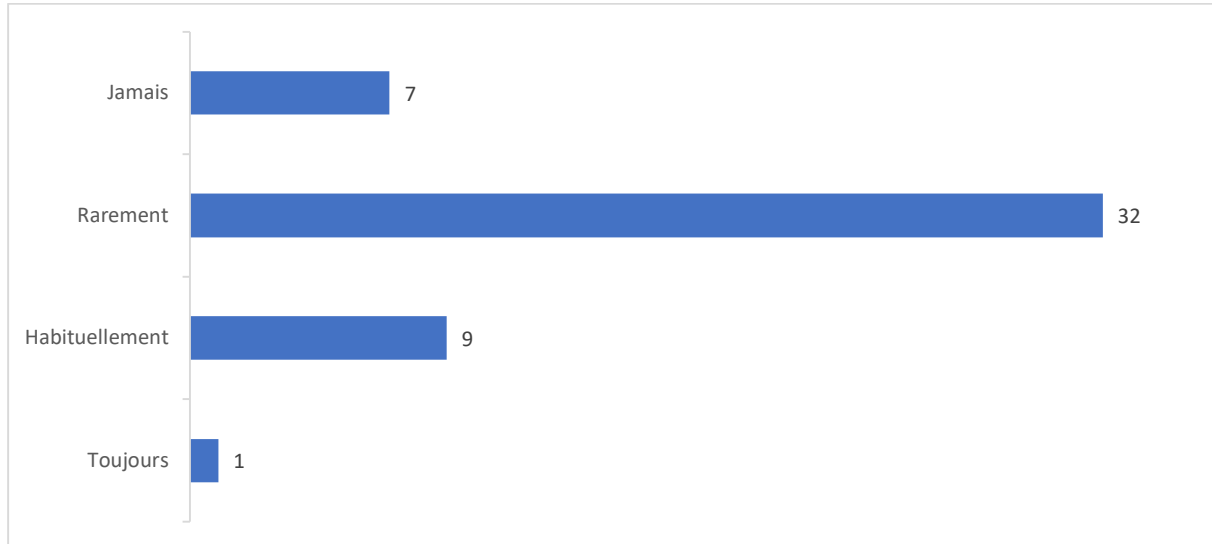


Figure 13 : Fréquence de recueil des antécédents de santé sexuelle

Concernant les méthodes de recueil des antécédents de santé sexuelle, 35 médecins (70%) utilisent la conversation ouverte, 3 (6%) utilisent un questionnaire, 6 (12%) utilisent un entretien structuré, 12 (24%) n'effectuent aucun recueil. Plusieurs réponses étaient possibles, voir tableau 7. Ainsi 2 praticiens (4%) ont coché à la fois « Conversation ouverte » et « Aucun recueil ».

Tableau 7: Mode de recueil des antécédents de santé sexuelle

Conversation ouverte	Questionnaire	Entretien structuré	Pas de recueil	Nombre de Id
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	Oui	10
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Non	2
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Non	2
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	Non	28
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	Oui	2
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Non	4
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Non	1

Lorsqu'une problématique sexuelle est abordée, 8 médecins (16%) ne s'enquèrent jamais de la satisfaction sexuelle de leur patient, 15 (31%) le font rarement, 19 (39%) le font habituellement, et 7 (14%) le font toujours, voir figure 14.

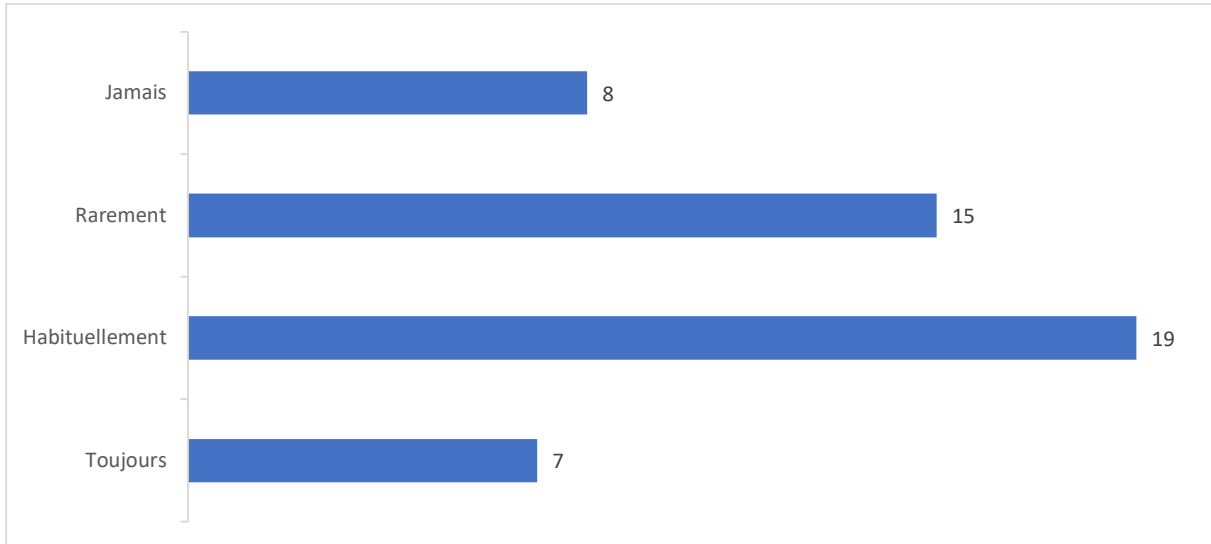


Figure 14 : Fréquence d'interrogation de la satisfaction sexuelle

Pour discuter de problématiques sexuelles avec les patients féminins, 6 médecins (12%) estiment leur compétence faible, 12 (25%) l'estiment assez faible, 21 (43%) l'estiment assez bonne, et 10 (20%) l'estiment bonne, voir figure 15.

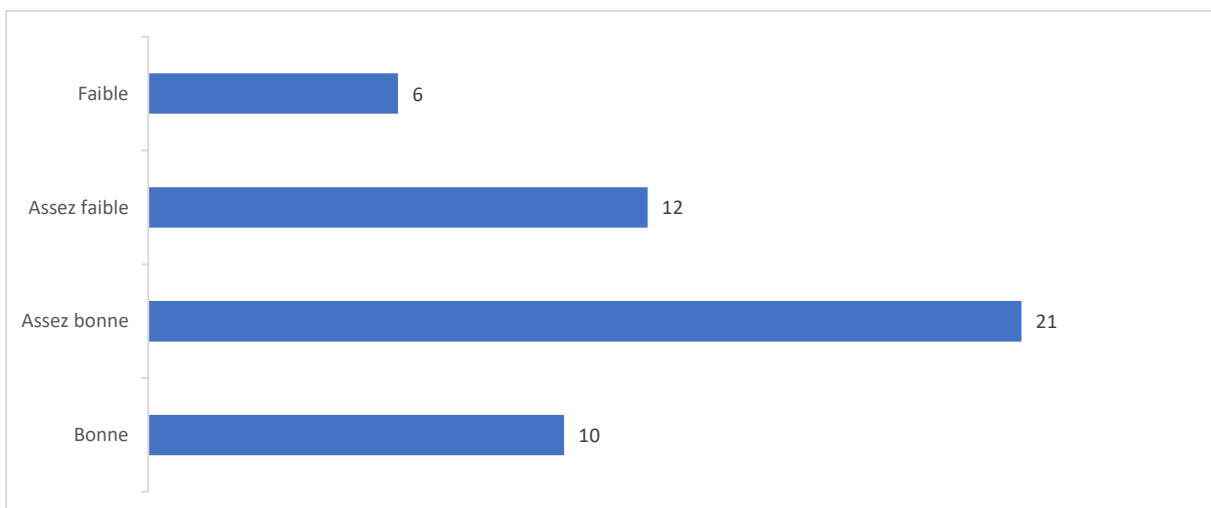


Figure 15 : Compétence déclarée à discuter de sexologie avec les patients féminins

Pour discuter de problématiques sexuelles avec les patients masculins, 7 médecins (14%) estiment leur compétence faible, 9 (18%) l'estiment assez faible, 20 (41%) l'estiment assez bonne, et 13 (27%) l'estiment bonne, voir figure 16.

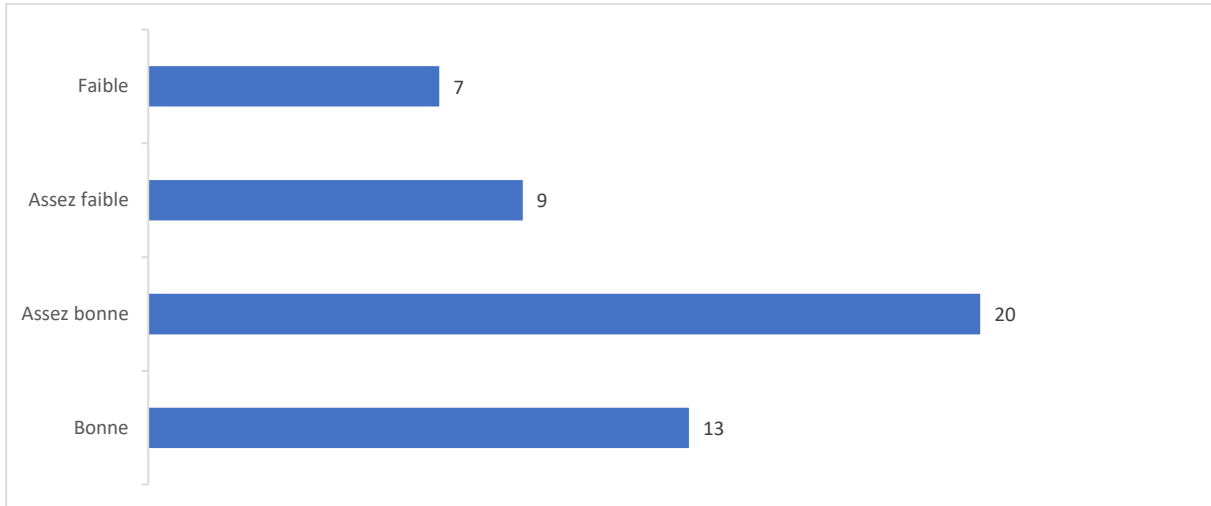


Figure 16 : Compétence déclarée à discuter de sexologie avec les patients masculins

Pour discuter de problématiques sexuelles avec les patients transgenres, 13 médecins (27%) estiment leur compétence faible, 11 (22%) l'estiment assez faible, 3 (6%) l'estiment assez bonne, et 6 (12%) l'estiment bonne, voir figure 17. Sur cette question 16 médecins (33%) ne se prononcent pas.

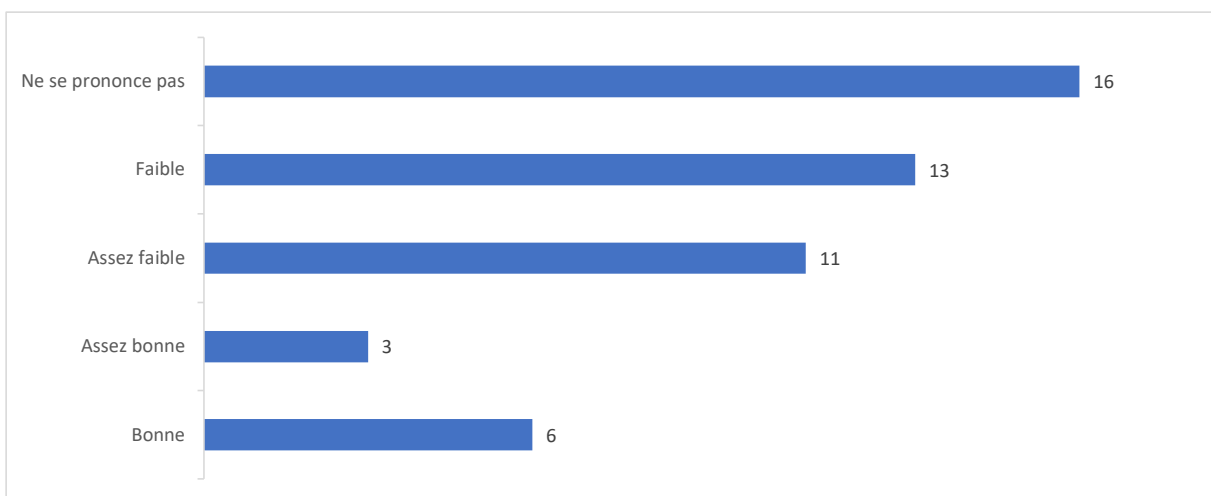


Figure 17 : Compétence déclarée à discuter de sexologie avec les patients transgenres

Pour discuter de problématiques sexuelles avec les patients mineurs, 7 médecins (14%) estiment leur compétence faible, 7 (14%) l'estiment assez faible, 25 (51%) l'estiment assez bonne, et 8 (17%) l'estiment bonne, voir figure 18. Enfin, 2 médecins (4%) ne se prononcent pas.

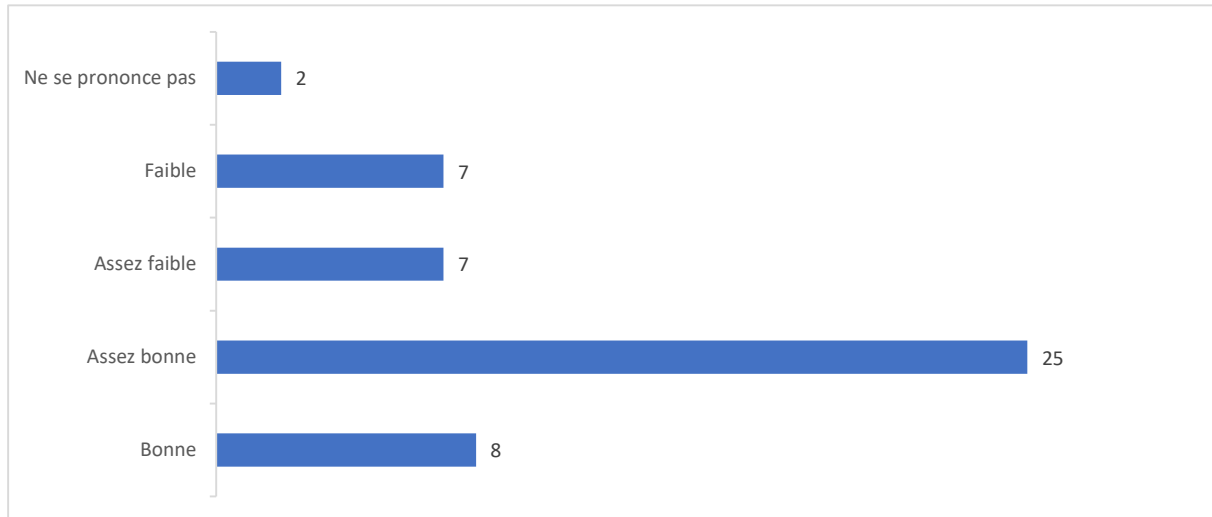


Figure 18 : Compétence déclarée à discuter de sexologie avec les patients mineurs

Pour discuter de problématiques sexuelles avec les patients seniors, 8 médecins (16%) estiment leur compétence faible, 12 (25%) l'estiment assez faible, 18 (37%) l'estiment assez bonne, et 11 (22%) l'estiment bonne, voir figure 19.

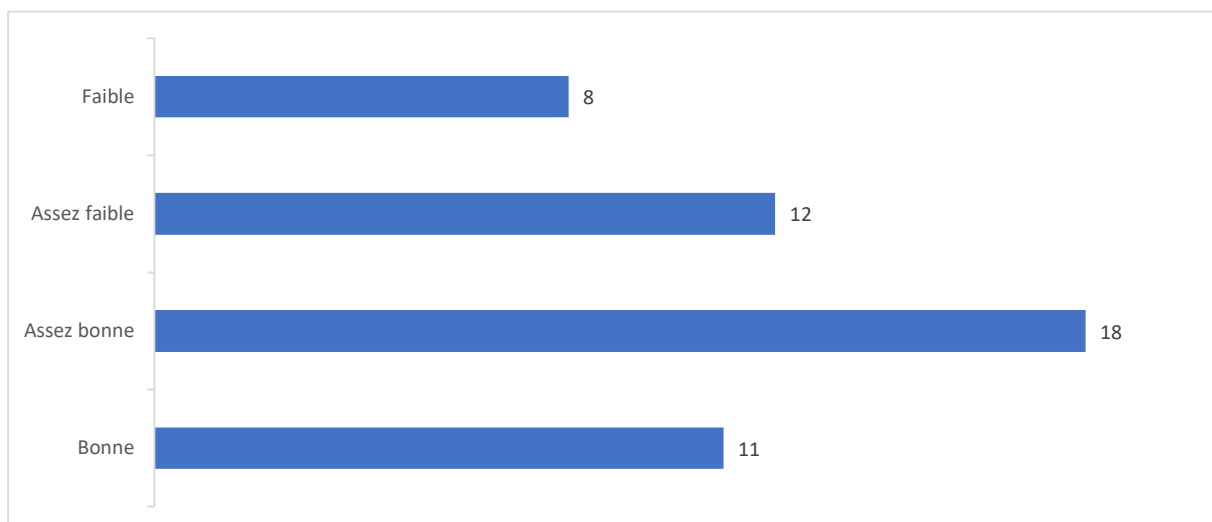


Figure 19 : Compétence déclarée à discuter de sexologie avec les patients seniors

b) Prendre en charge

Pour prendre en charge les problématiques sexuelles chez les patients masculins, 1 médecin (2%) estime sa compétence faible, 19 (39%) l'estiment assez faible, 22 (45%) l'estiment assez bonne, et 7 (14%) l'estiment bonne, voir figure 20.

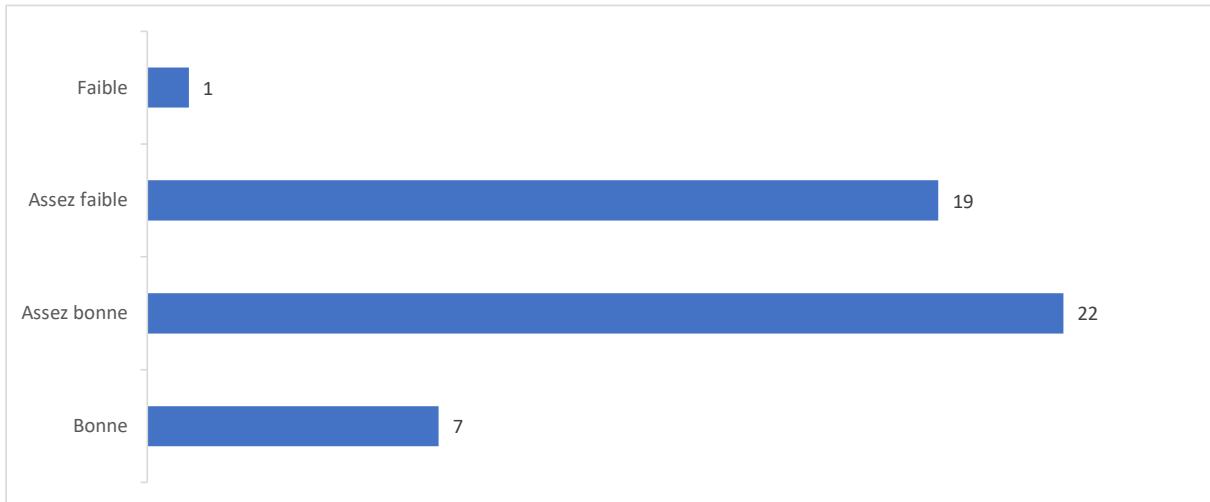


Figure 20 : Compétence déclarée à prendre en charge les patients masculins

Pour prendre en charge les problématiques sexuelles chez les patients féminins, 2 médecins (4%) estiment leur compétence faible, 20 (41%) l'estiment assez faible, 20 (41%) l'estiment assez bonne, et 7 (14%) l'estiment bonne, voir figure 21.

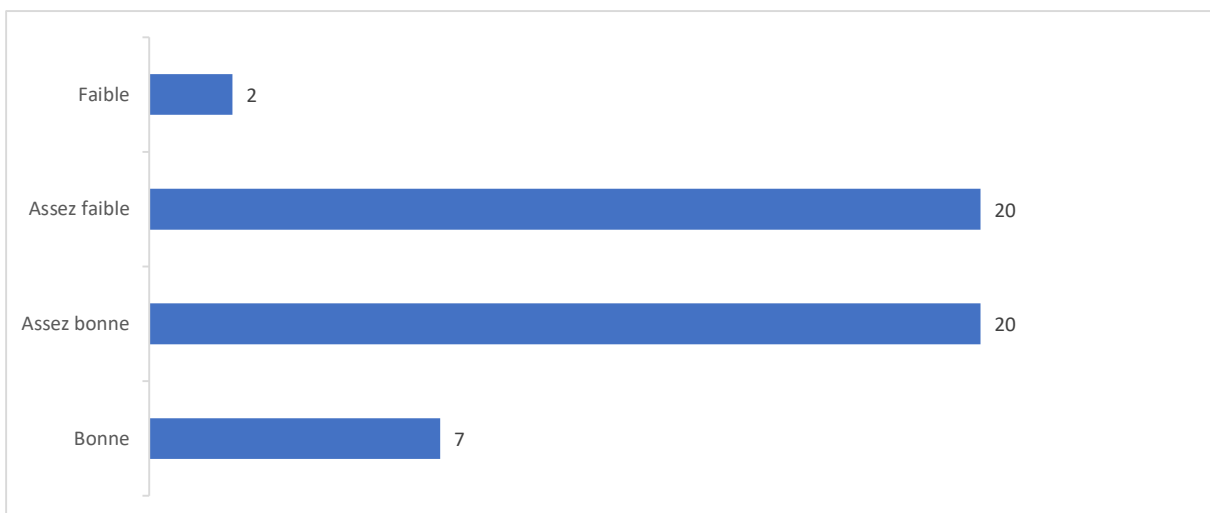


Figure 21 : Compétence déclarée à prendre en charge les patients féminins

Pour prendre en charge les problématiques sexuelles chez les patients transgenres, 20 médecins (41%) estiment leur compétence faible, 7 (14%) l'estiment assez faible, 3 (6%) l'estiment assez bonne, et 5 (10%) l'estiment bonne, voir figure 22. Enfin 14 (29%) ne se prononcent pas.

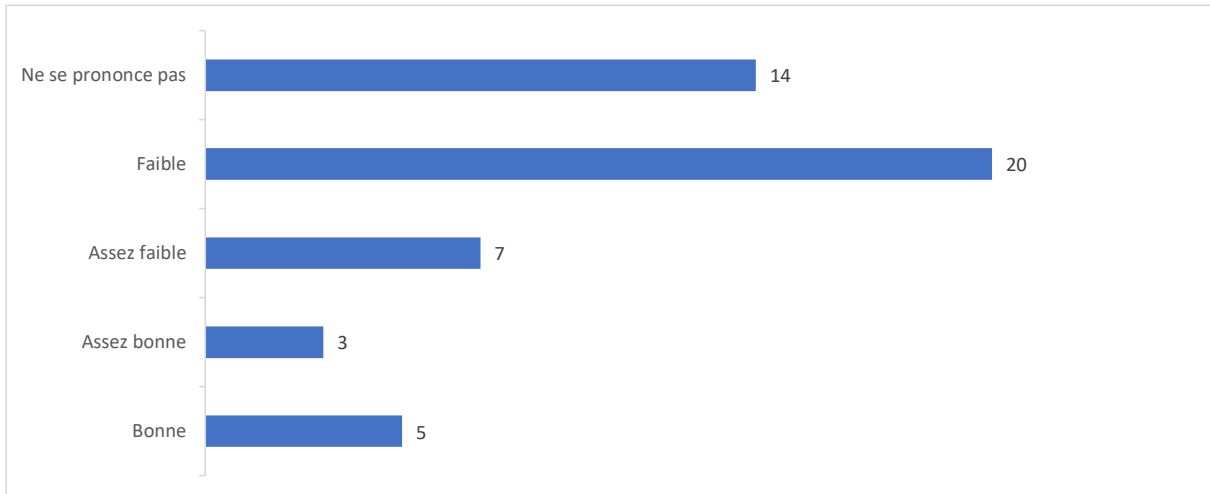


Figure 22 : Compétence déclarée à prendre en charge les patients transgenres

Pour prendre en charge les problématiques sexuelles chez les patients mineurs, 7 médecins (14%) estiment leur compétence faible, 14 (29%) l'estiment assez faible, 19 (39%) l'estiment assez bonne, et 6 (12%) l'estiment bonne, voir figure 23. Enfin 3 (6%) ne se prononcent pas.

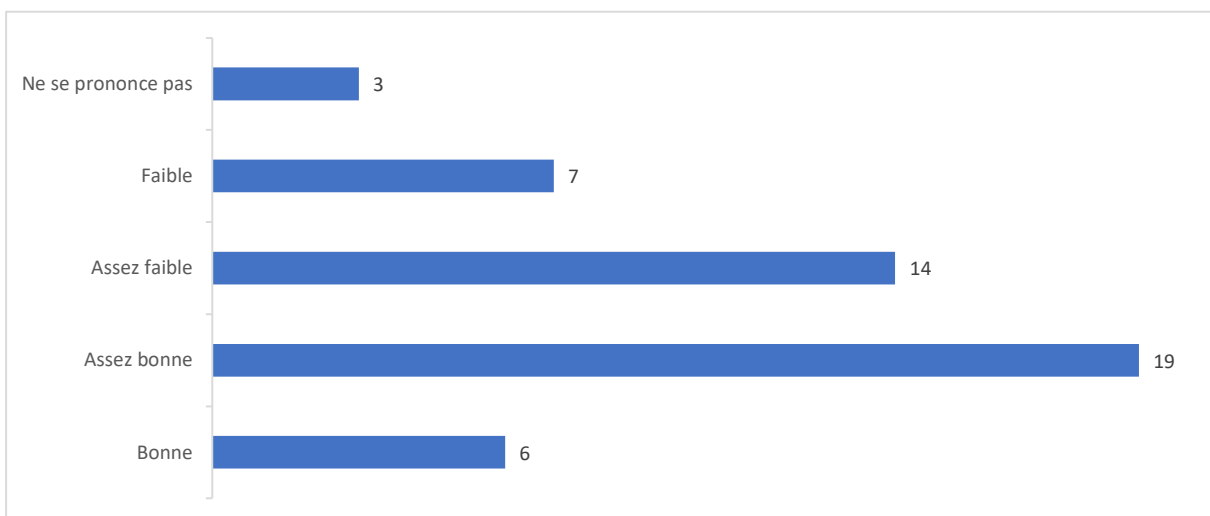


Figure 23 : Compétence déclarée à prendre en charge les patients mineurs

Pour prendre en charge les problématiques sexuelles chez les patients séniors, 8 médecins (16%) estiment leur compétence faible, 14 (29%) l'estiment assez faible, 19 (39%) l'estiment assez bonne, et 8 (16%) l'estiment bonne, voir figure 24.

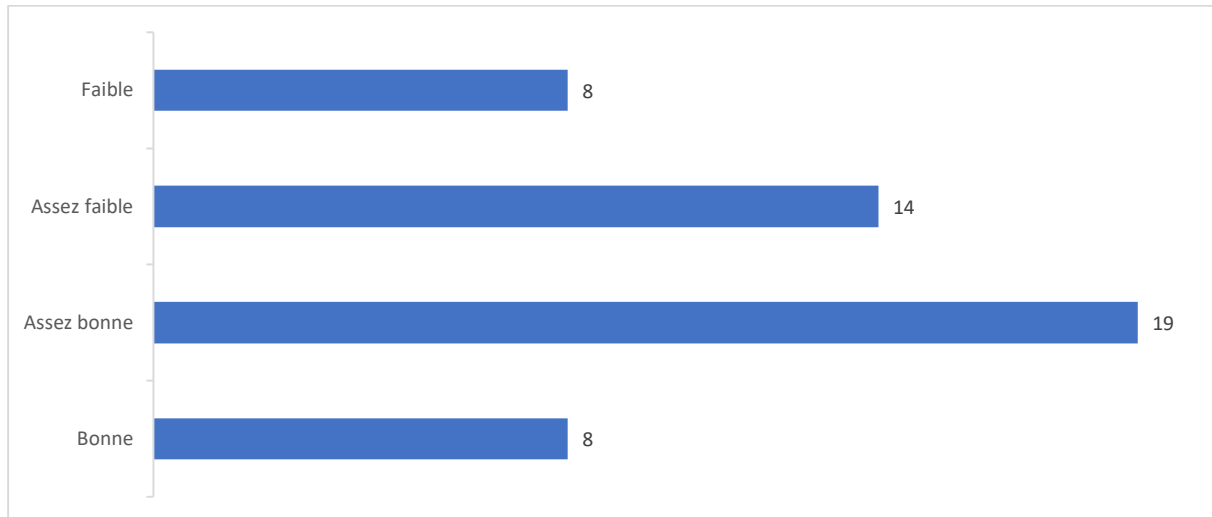


Figure 24 : Compétence déclarée à prendre en charge les patients séniors

En cas de difficultés sur une problématique sexuelle, 10 médecins (20%) savent rarement à qui adresser leurs patients, 33 (68%) savent majoritairement à qui adresser, et 6 (12%) savent toujours à qui adresser, voir figure 25. Aucun ne déclare ne jamais savoir à qui adresser ses patients.

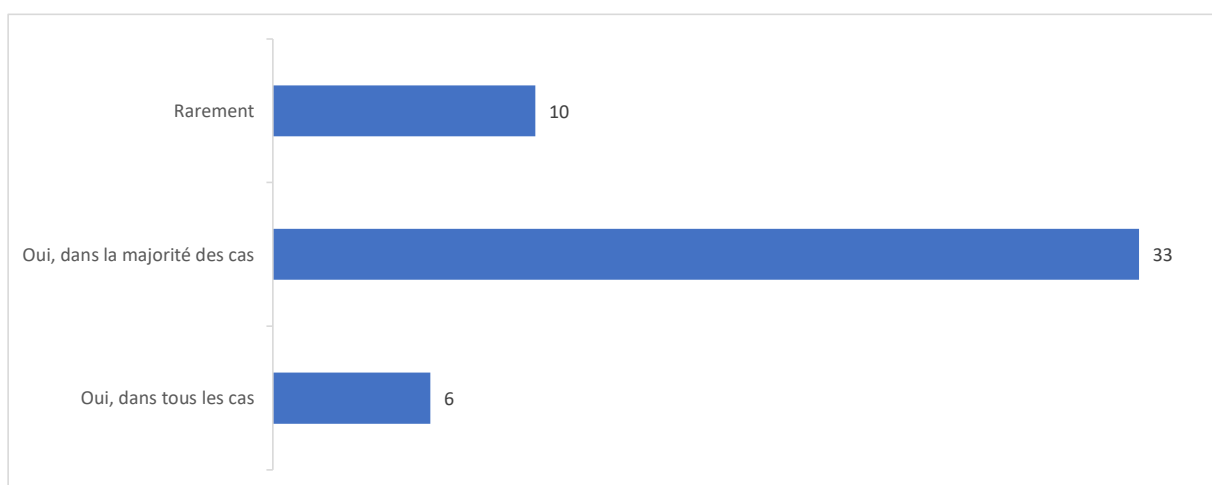


Figure 25 : Savoir à qui adresser le patient en cas de difficulté

3. Repérage précoce par intervention brève

La technique de repérage précoce avec intervention brève est pratiquée par 48 médecins (98%) pour l'addictologie, 42 (86%) pour l'activité physique, 36 (73%) pour les troubles alimentaires et l'obésité, 21 (43%) pour les troubles psychiatriques et 17 (35%) pour la santé sexuelle. Seul 1 médecin (2%) ne l'utilise pas.

Pour ceux qui l'utilisent, 1 médecin (2%) considère son efficacité comme faible, 6 (12%) comme assez faible, 33 (69%) comme assez bonne et 8 (17%) comme bonne, comme illustré à la figure 26.

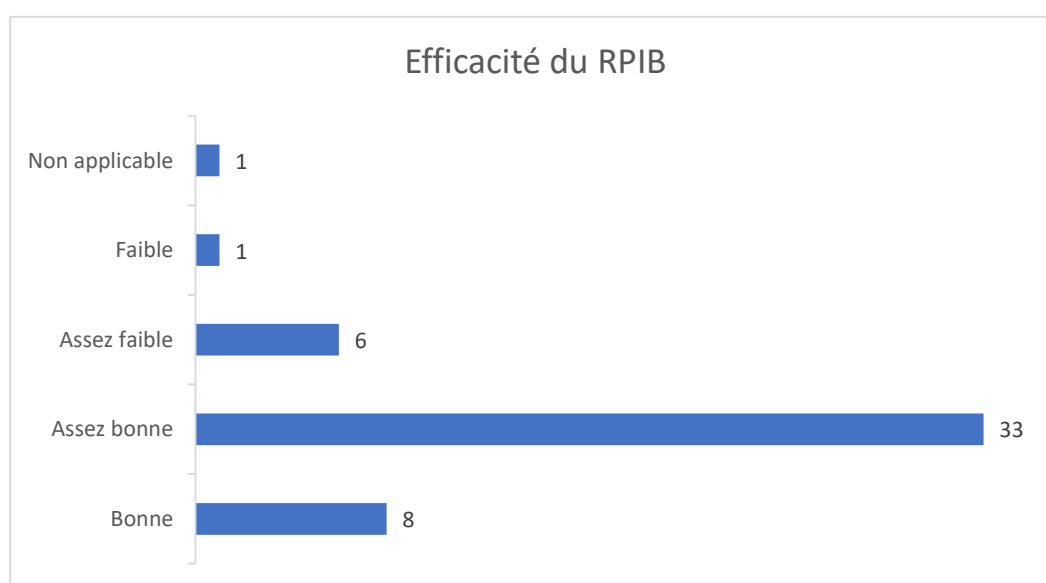


Figure 26 : Efficacité ressentie du repérage précoce avec intervention brève

4. L'intervention brève en santé sexuelle

L'intervention brève proposée est jugée très utile par 24 médecins (49%), modérément utile par 20 (41%), pas utile par 2 (4%), comme illustré à la figure 27. Enfin, 3 (6%) ne se prononcent pas.

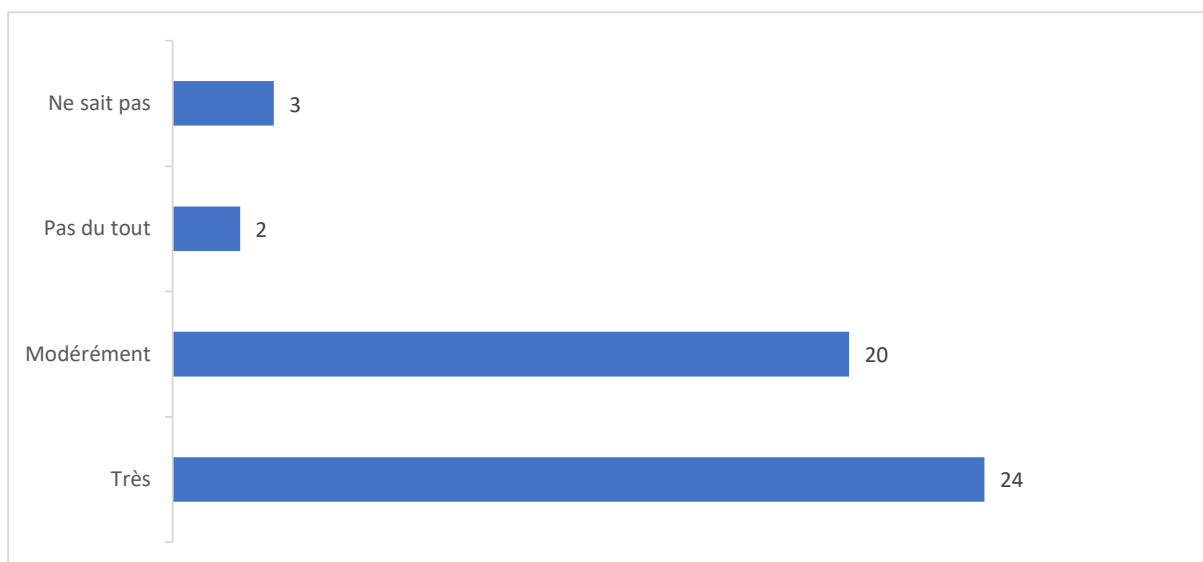


Figure 27 : Utilité pressentie de l'intervention brève proposée

Quand on leur demande s'ils seraient disposés à utiliser cette intervention brève dans leur pratique, 19 participants (39%) répondent « oui sûrement », 16 (33%) « oui probablement », 10 (20%) « non probablement pas », 1 (2%) « non sûrement pas », et enfin 3 participants (6%) ne se prononcent pas, voir figure 28.

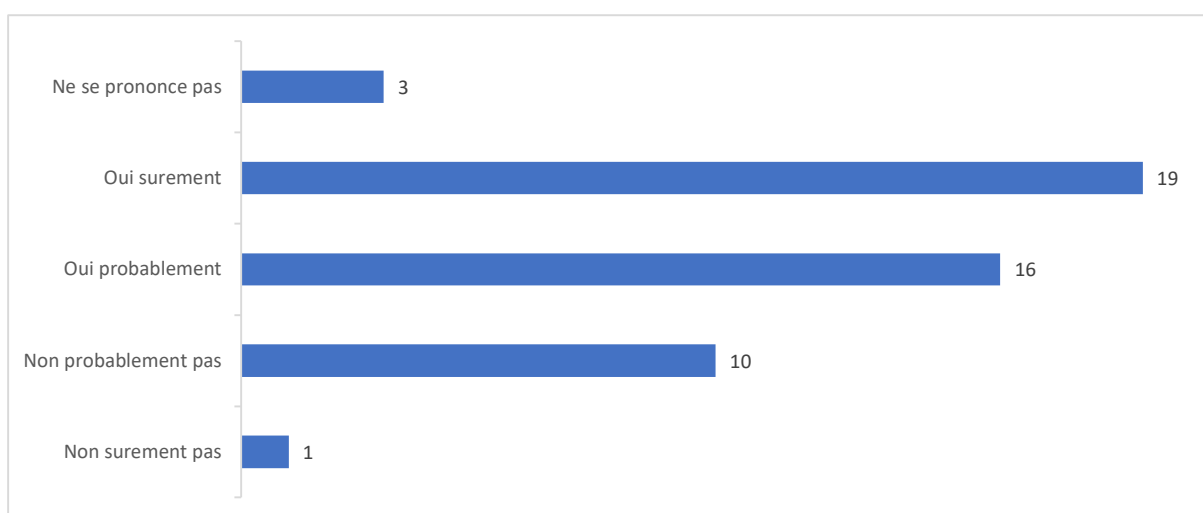


Figure 28 : Disposition à utiliser cette intervention brève

5. Questions diverses

Nous avons également demandé aux médecins répondants : « Diriez-vous que vous-même êtes satisfait sexuellement ? », voir figure 29. La réponse a été « oui sûrement »

pour 18 médecins (37%), « oui probablement » pour 20 médecins (41%), « non probablement pas » pour 3 médecins (6%), et « non sûrement pas » pour 2 médecins (4%). Enfin 6 participants (12%) ne se sont pas prononcés.

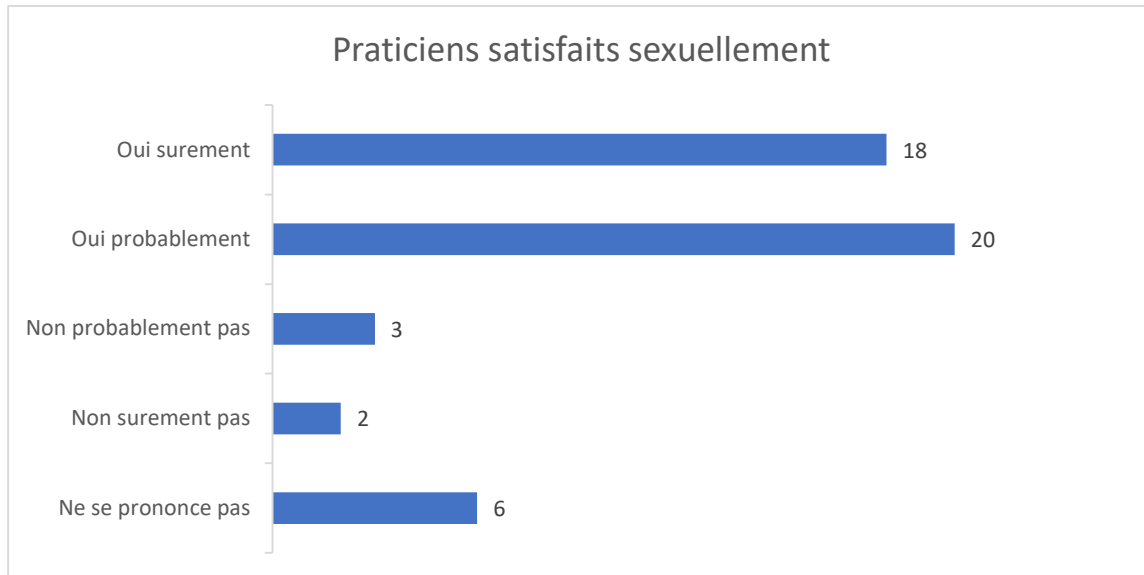


Figure 29 : Satisfaction sexuelle déclarée des praticiens

B. Analyses bivariées

1. Variables liées à l'acceptabilité de l'intervention brève (IB) proposée

Nous avons étudié pour chaque variable leur lien avec notre critère principal. Dans ce chapitre nous nous sommes focalisés sur les avis exprimés. Les participants qui ne se prononcent pas sur ce critère sont cités par souci d'exhaustivité. Mais les proportions exprimées et les calculs de significativité sont basés sur les avis exprimés seulement.

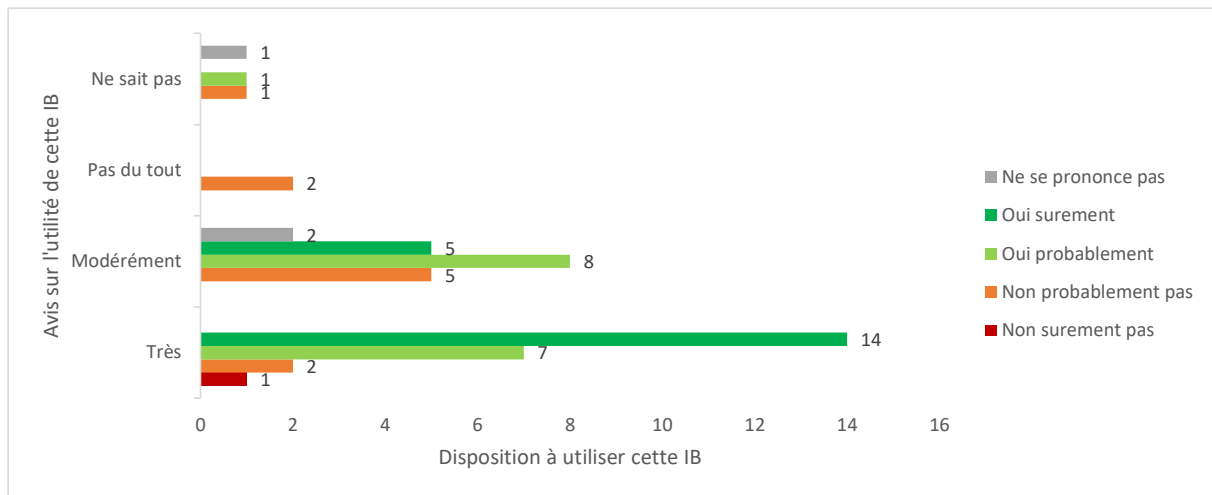


Figure 30 : Disposition à utiliser cette IB en fonction de l'avis sur son utilité

La figure 30 présente la disposition des praticiens à utiliser l'IB proposée en fonction de leur avis sur son utilité. Ainsi, parmi les médecins à qui cette IB semble très utile, 14 se disent sûrement prêts à l'utiliser (58%), et 7 probablement prêts à l'utiliser (29%). En revanche parmi ceux qui ne l'estiment pas du tout utile, ils sont 2 (100%) à se dire n'être probablement pas prêts à l'utiliser. Le test exact de Fisher donne une valeur de $p = 0,02$. Cela signifie que la probabilité que deux variables indépendantes donnent cette répartition ou une répartition encore moins probable, est de 2%. Cette répartition s'éloigne donc significativement d'une répartition indépendante. On peut donc affirmer que ceux qui trouvent cette IB utile sont significativement plus disposés à l'utiliser.

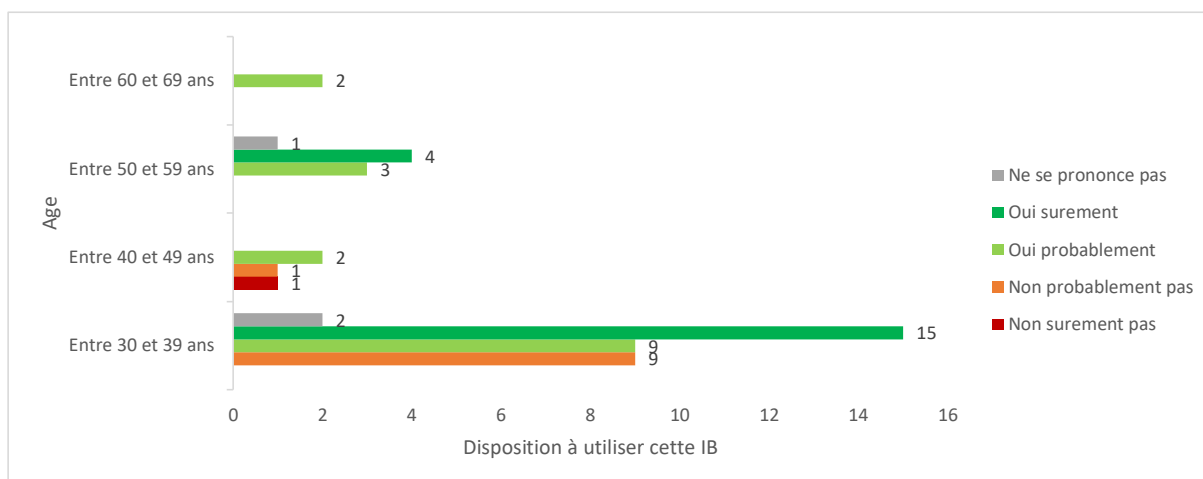


Figure 31 : Disposition à utiliser l'IB en fonction de l'âge des participants

La figure 31 présente la disposition des praticiens à utiliser cette IB dans leur pratique, en fonction de leur catégorie d'âge. Ainsi chez les répondants de 60 ans et plus, 2 (100%) sont probablement disposés à utiliser l'IB proposée. Tandis que chez les moins de 39 ans, 15 se disent sûrement prêts à l'utiliser (46%), 9 probablement prêts (27%) et 9 probablement pas prêts à l'utiliser (27%). Cette différence est significative ($p=0,048$).

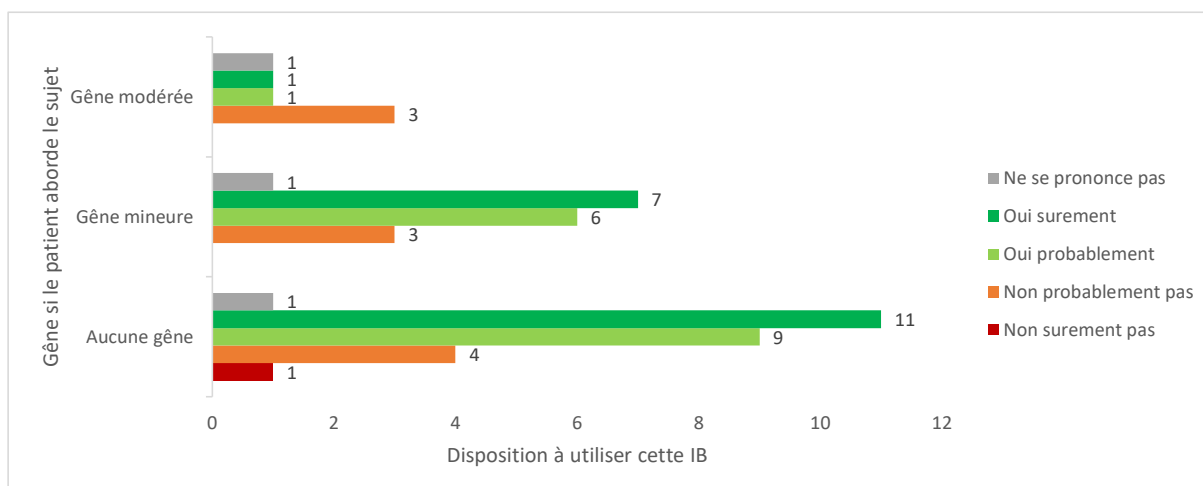


Figure 32 : Disposition à utiliser l'IB proposée en fonction de la gêne lorsqu'un patient aborde la sexologie

La figure 32 présente la disposition à utiliser l'IB proposée en fonction de la gêne des praticiens lorsqu'un patient aborde un sujet de sexologie. Chez ceux qui n'ont aucune

gêne 11 (44%) sont sûrement prêt à l'utiliser et 9 (36%) le sont probablement, soit 80% de favorables. En revanche chez ceux qui présentent une gêne modérée 3 (60%) ne le sont probablement pas. Cette différence n'est pas significative ($p=0,08$).

En comparant avec la gêne des praticiens lorsqu'ils abordent eux-mêmes le sujet, on retrouve à nouveau une plus forte proportion de praticiens prêts à utiliser cette IB parmi ceux qui ne ressentent aucune gêne (88%) que parmi ceux qui ont une gêne importante (50%), mais la différence est encore moins significative ($p=0,22$)

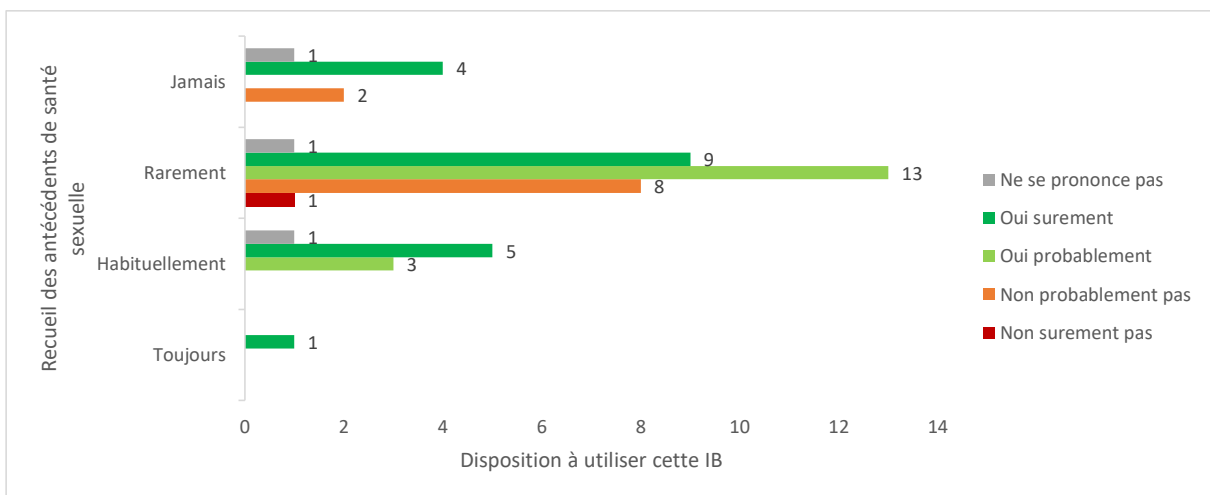


Figure 33 : Disposition à utiliser l'IB proposée en fonction de l'habitude à recueillir les antécédents de santé sexuelle

La figure 33 présente la disposition des praticiens à utiliser l'IB proposée en fonction de leur habitude ou non à recueillir les antécédents de santé sexuelle de leurs patients. Les médecins qui ne sont probablement pas ou sûrement pas prêts à l'utiliser recueillent rarement ou jamais les antécédents de santé sexuelle de leurs patients. Cette tendance n'est pas significative ($p=0,09$).

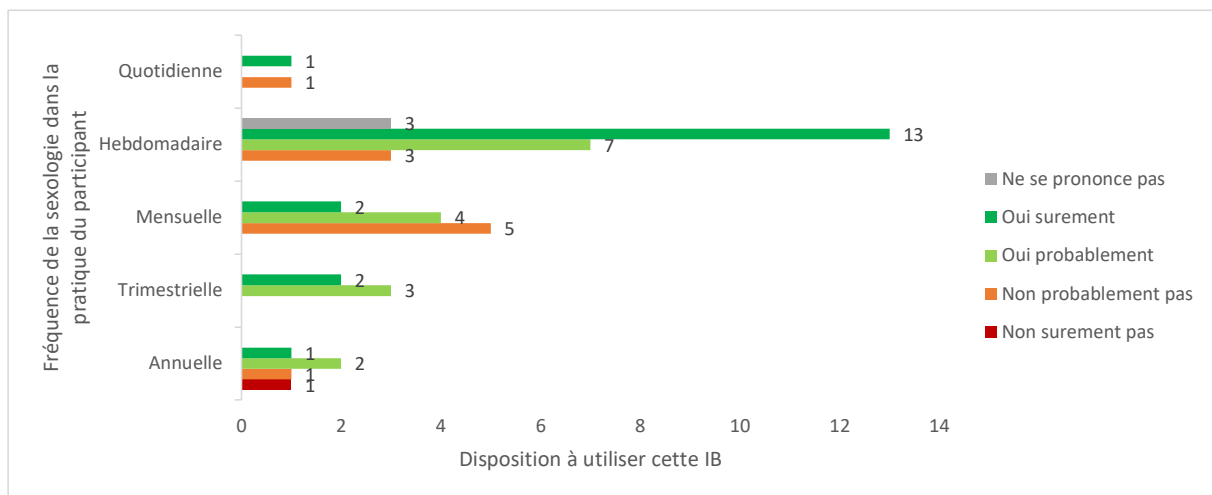


Figure 34 : Disposition à utiliser l'IB proposée en fonction de la fréquence de la sexologie dans la pratique du participant

La figure 34 présente la disposition des participants à utiliser l'IB proposée en fonction de la fréquence de la sexologie dans leur pratique. Chez les participants rencontrant des problématiques sexuelles toutes les semaines, 13 se disent sûrement prêts à utiliser cette IB (56,5%), 7 (30,5%) probablement prêts à l'utiliser, 3 (13%) probablement pas prêts et aucun sûrement pas prêt. En revanche, pour ceux qui en rencontrent mensuellement, 2 (18%) sont sûrement prêts, 4 (36%) probablement prêts, et 5 (46%) probablement pas prêts. Cette tendance n'est pas significative ($p=0,298$).

2. Autres analyses d'intérêt

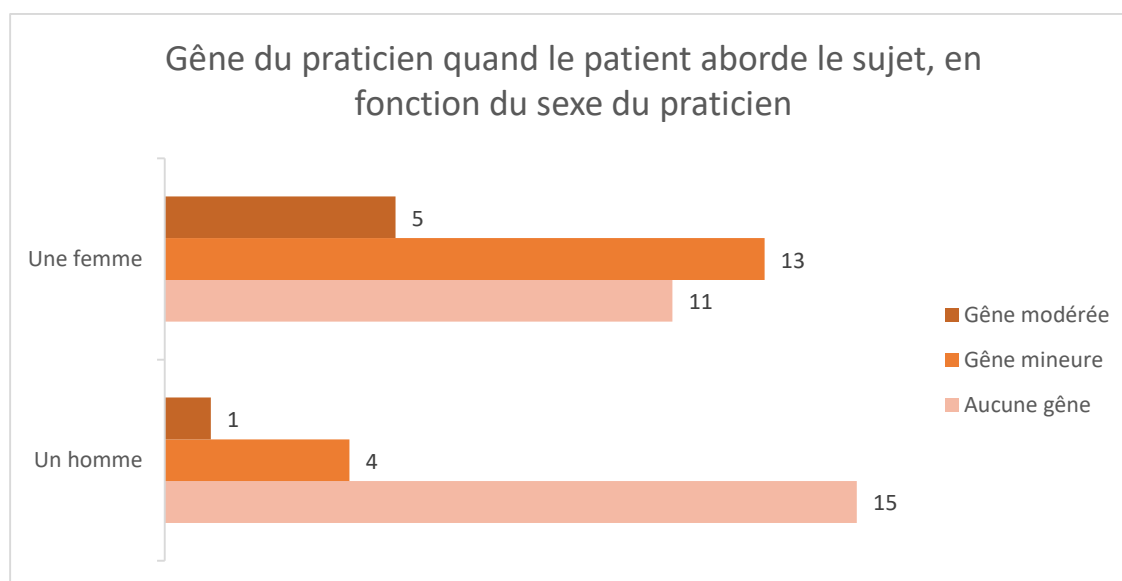


Figure 35 : Gêne lors d'une question de sexologie en fonction du sexe du praticien

La figure 35 présente la gêne déclarée des praticiens lorsqu'un patient aborde la santé sexuelle, en fonction du sexe du praticien. Les hommes sont 75% (15 réponses) à ne ressentir aucune gêne lorsque le patient aborde une problématique sexuelle, 20% (4 réponses) une gêne faible et 5% (1 réponse) une gêne modérée. Les femmes sont 38% (11 réponses) à ne ressentir aucune gêne, 45% (13 réponses) une gêne faible et 17% (5 réponses) une gêne modérée. La différence est significative ($p=0,041$).

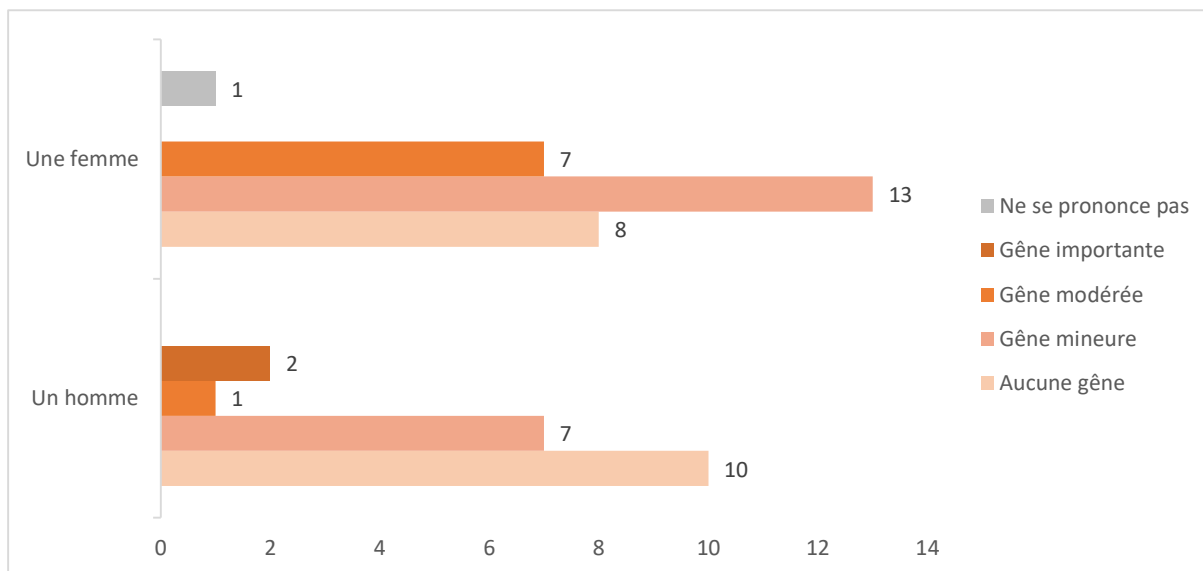


Figure 36 : Gêne du praticien à aborder lui-même la santé sexuelle en fonction du sexe du praticien

La figure 36 présente la gêne déclarée à aborder soi-même la santé sexuelle, en fonction de son propre sexe. La proportion de praticiens ne ressentant aucune gêne est de 50% (10 répondants) chez les hommes et de 29% (8 répondants) chez les femmes. Cependant la proportion de praticiens présentant une gêne importante est de 10% (2 répondants) parmi les hommes et de 0% parmi les femmes. Cette tendance n'est pas significative ($p=0,054$).

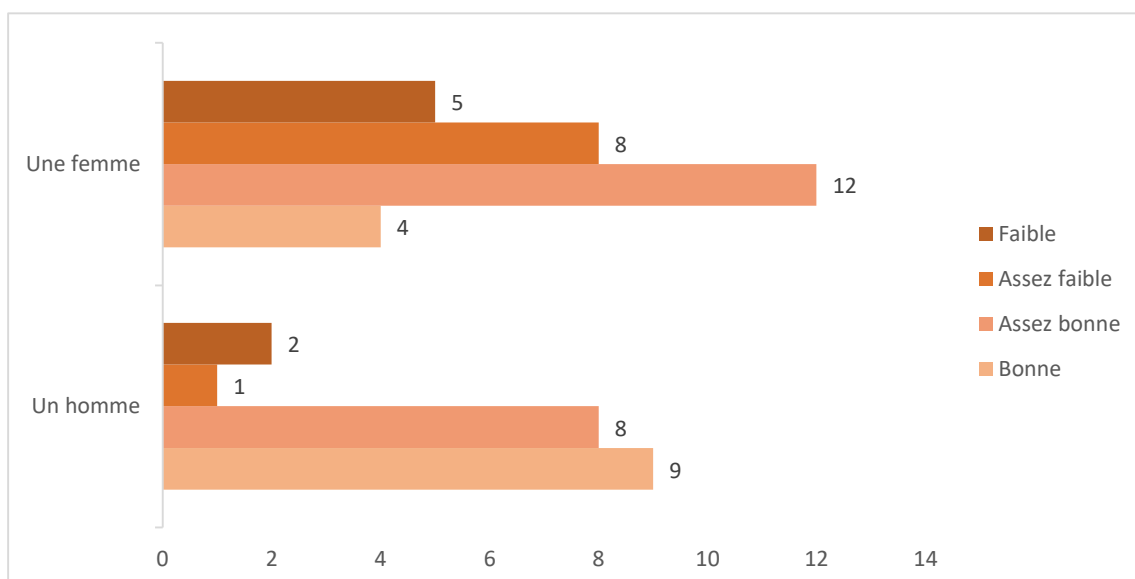


Figure 37 : Compétence déclarée à discuter de sexologie avec les patients masculins

La figure 37 présente la compétence déclarée des praticiens à discuter de problèmes sexuels avec les patients masculins, en fonction du sexe du praticien. Les hommes considèrent leur compétence comme bonne à 45% (9 réponses) et assez bonne à 40% (8 réponses). Chez les femmes elle serait bonne à 14% (4 réponses) et assez bonne à 41% (12 réponses). Elles se considèrent donc significativement moins souvent efficaces ($p=0,046$).

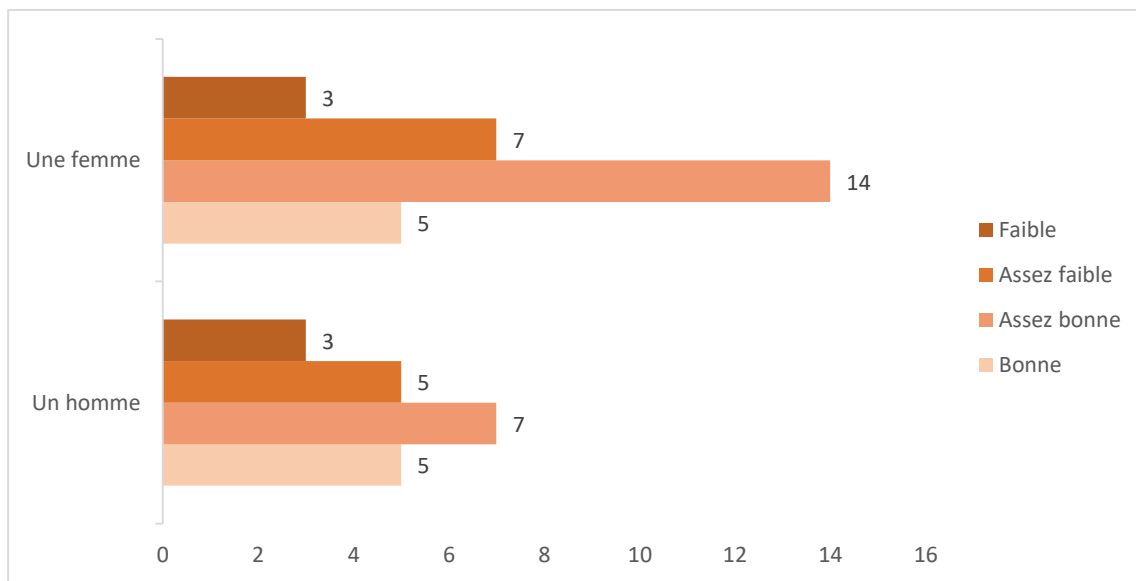


Figure 38 : Compétence déclarée à discuter d'une problématique sexuelle avec un patient féminin en fonction du sexe du praticien

Pour les patients féminins en revanche, voir figure 38, la répartition de la compétence déclarée est très similaire entre les praticiens hommes et femmes. On obtient $p=0,77$. Pour les patients transgenres, la catégorie la plus fournie est celle des praticiens qui ne se prononcent pas, pas de différence significative.

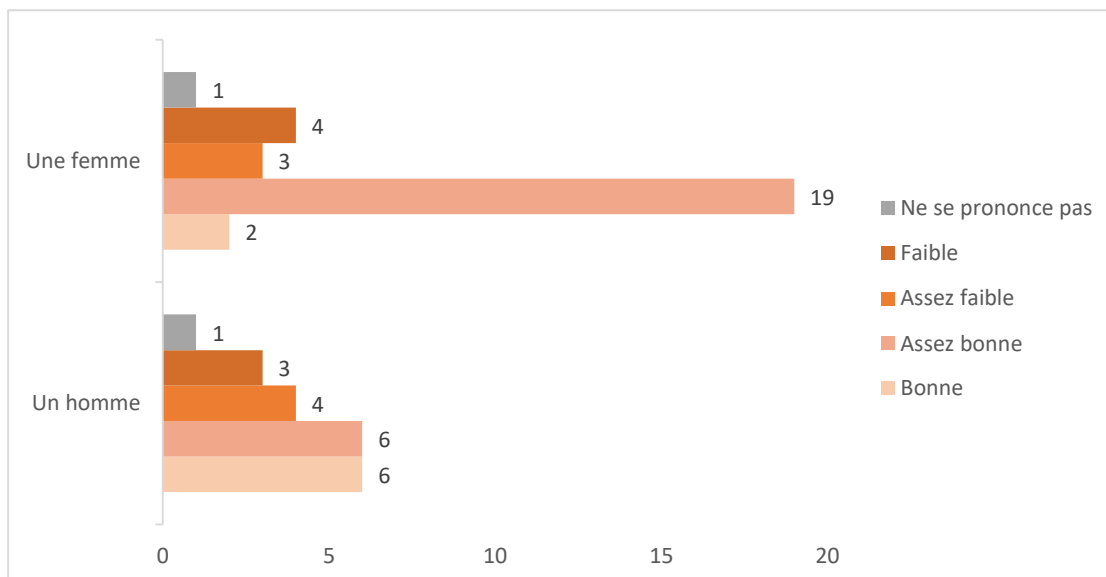


Figure 39 : Compétence déclarée à discuter d'une problématique sexuelle avec un mineur, en fonction du sexe du praticien.

La figure 39 présente la compétence déclarée par les praticiens à discuter d'une problématique sexuelle avec un patient mineur, en fonction du sexe du praticien. Les femmes considèrent leur compétence comme bonne à 7% (2 réponses), assez bonne à 68% (19 réponses), assez faible à 11% (3 réponses), et faible à 14% (4 réponses), soit 25% de faible ou assez faible. Pour les hommes, elle est bonne à 32% (6 réponses), assez bonne à 32% (6 réponses), assez faible à 21% (4 réponses) et faible à 15% (3 réponses), soit 36% de faible ou assez faible. Cette tendance n'est pas significative, $p=0,051$.

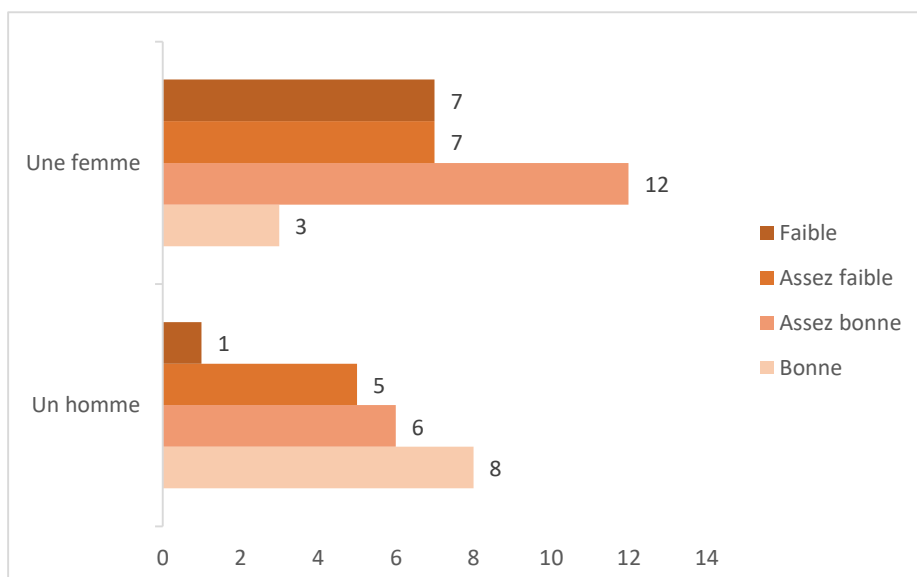


Figure 40 : Compétence déclarée à discuter de problématique sexuelle avec les patients séniors, en fonction du sexe du praticien

La figure 40 présente la compétence déclarée des praticiens à discuter d'une problématique sexuelle avec les patients séniors, en fonction du sexe du praticien. Les femmes considèrent leur compétence comme bonne ou assez bonne à 52% (15 réponses). Les hommes la considèrent bonne ou assez bonne à 70% (14 réponses). Cette tendance n'est pas significative, $p=0,062$.

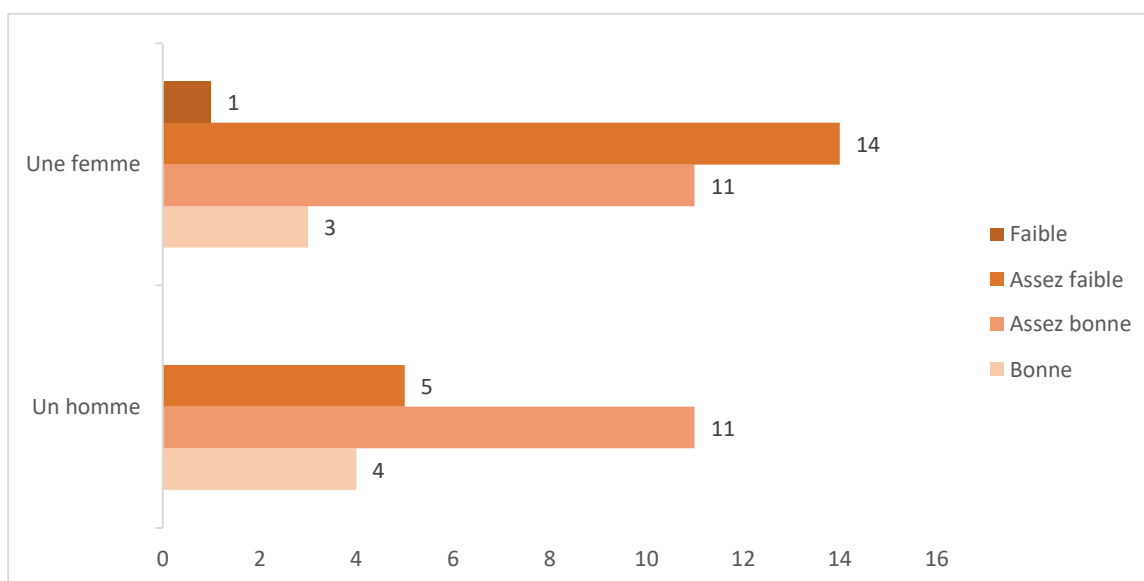


Figure 41 : Compétence déclarée à prendre en charge les patients masculins, en fonction du sexe du praticien

La figure 41 présente la compétence déclarée à prendre en charge les patients masculins, en fonction du sexe du praticien. Les hommes la considèrent bonne ou assez bonne à 75% (15 sur 20), tandis que les femmes la considèrent bonne ou assez bonne à 48% (14 sur 29). Cette tendance n'est pas significative ($p=0,08$).

Pour les prises en charge des autres catégories, aucune tendance ne se dégage.

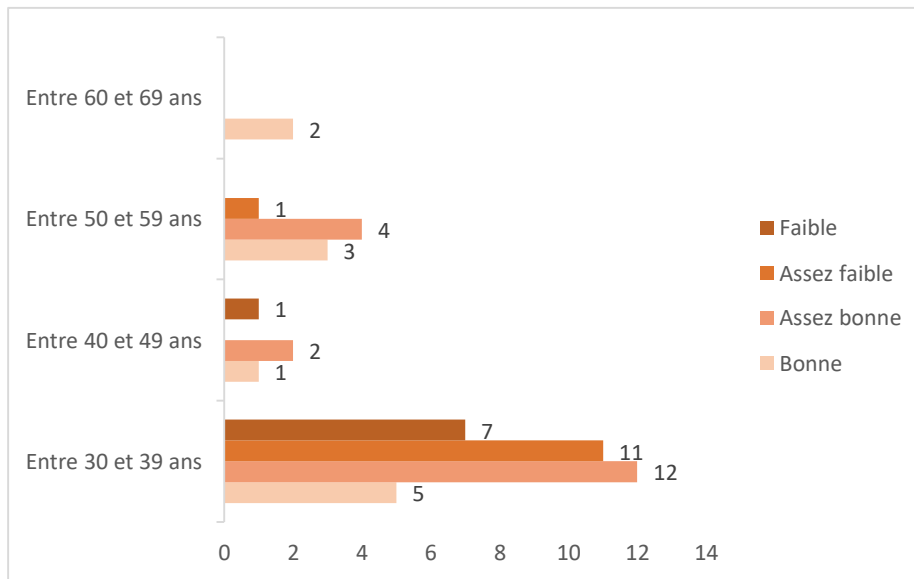


Figure 42 : Compétence déclarée à discuter de problématique sexuelle avec les patients séniors, en fonction de l'âge du praticien

La figure 42 présente la compétence déclarée à aborder une problématique sexuelle avec un patient séniors, en fonction de l'âge du praticien. Ainsi pour les praticiens de 50 à 69 ans, 90% (9 sur 10) considèrent leur compétence bonne ou assez bonne. Chez les moins de 39 ans, cela représente 49% (17 sur 35). Cependant la tendance n'est pas significative ($p=0,18$).

Pour discuter avec les patients mineurs, il n'y a pas de tendance nette selon l'âge.

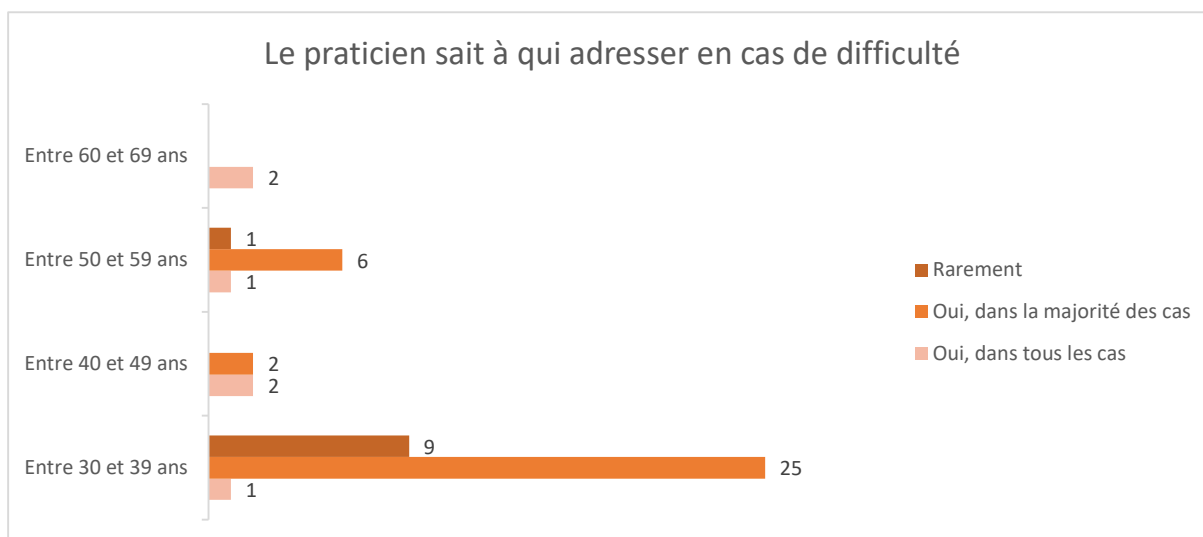


Figure 43 : Savoir à qui confier son patient en cas de besoin, en fonction de l'âge du praticien

La figure 43 présente la connaissance d'une ressource à qui confier son patient en cas de difficulté sur une plainte sexuelle, en fonction de l'âge du praticien. Parmi les praticiens les plus jeunes, 26% (9 sur 35) savent rarement à qui adresser leur patient. Cette proportion est de 12,5% (1 sur 8) chez les 50-59 ans et de 0% chez les 60-69 ans. Cette différence est significative ($p=0,005$).

3. Analyses après regroupements

La répartition des âges étant fortement déséquilibrée en faveur des 30-39 ans (35 sur 49 répondants), les effectifs faibles des autres réponses empêchent de dégager des tendances claires. La réflexion a été complétée par des analyses en regroupant tous les participants âgés de 40 ans ou plus en une seule catégorie, et en regroupant les catégories « faible » et « assez faible » d'une part, « bonne » et « assez bonne » d'autre part. Nous en présentons les principaux résultats ci-après.

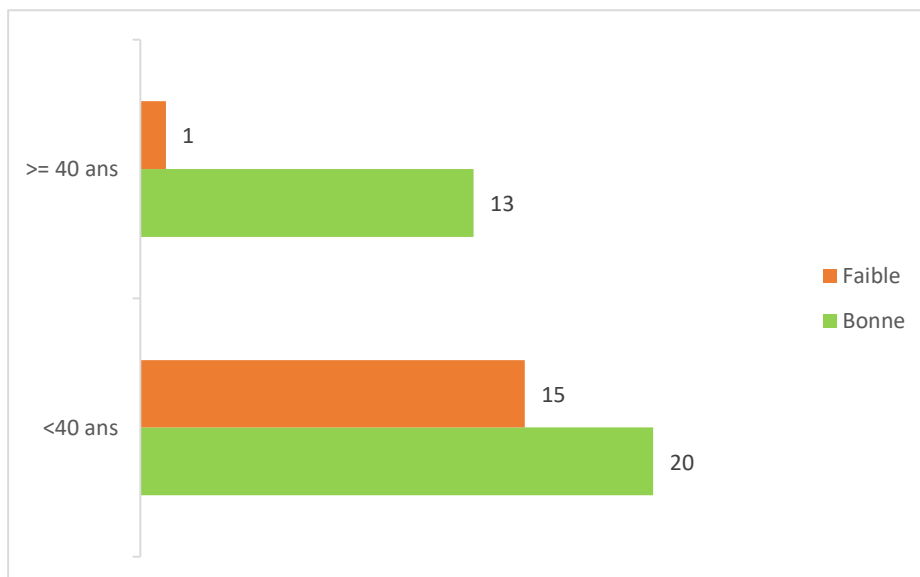


Figure 44 : Compétence déclarée à discuter santé sexuelle avec un patient masculin, en fonction de l'âge du praticien, après regroupement

La figure 44 présente la compétence déclarée à discuter avec les patients masculins, en fonction de l'âge, après regroupement. Les praticiens de plus de 40 ans, se disent compétents (compétence « bonne » ou « assez bonne ») pour discuter avec un patient masculin à 93% (13 réponses), quand les moins de 40 ans se disent compétents à 57% (20 réponses). Cette différence est significative ($p= 0,019$).

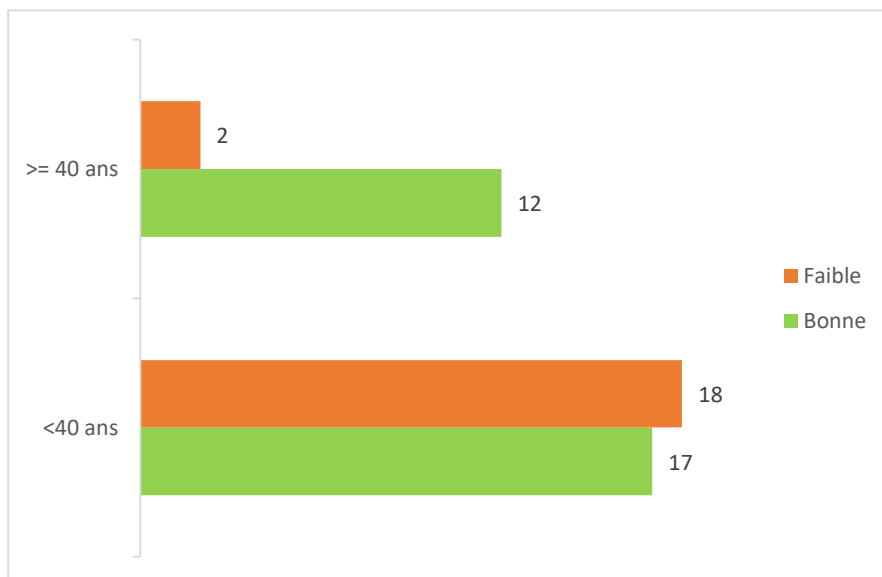


Figure 45 : Compétence déclarée à discuter de santé sexuelle avec les patients séniors, en fonction de l'âge du praticien, après regroupement

La figure 45 présente la compétence déclarée à discuter de santé sexuelle avec des patients séniors, en fonction de l'âge du praticien, après regroupement. Les praticiens âgés de plus de 40 ans se disent compétents à 86% (12 réponses), les plus jeunes à 49% (17 réponses). Cette différence est significative ($p=0,024$).

Notons que parmi les répondants, les hommes et les femmes ne sont pas répartis de manière homogène dans les catégories d'âges : la proportion de femme décroît avec l'âge croissant des répondants, comme le présente la figure 46.

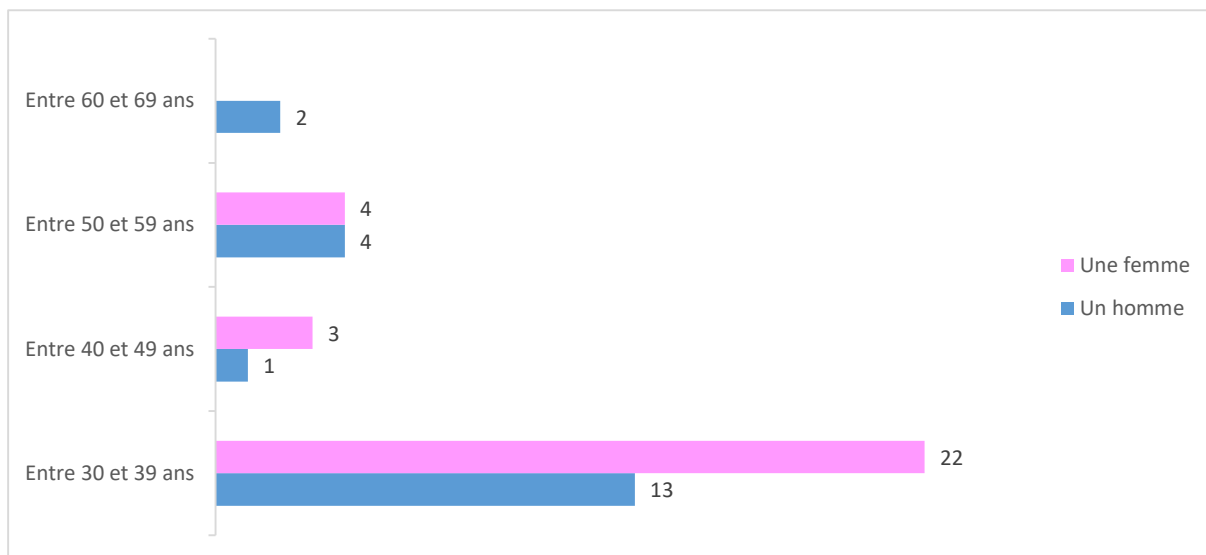


Figure 46 : Sexe des praticiens en fonction des catégories d'âge.

VII. Discussion

A. Résultats principaux

1. Données socio-démographiques

Nous avons obtenu 56 participations, dont 49 réponses complètes. Les répondants étaient majoritairement âgés de moins de 40 ans (71%). La majorité exerçait exclusivement en libéral (88%) et était de sexe féminin (59%). Au niveau départemental les derniers résultats disponibles auprès de la DREES⁵⁵ datent de janvier 2022 et font état de 4146 médecins généralistes dans le département du Nord, dont 32% âgés de moins de 40 ans (1205), 59% exerçant exclusivement en libéral (2455), et 46% de femmes (1913). Nous avons donc un échantillon de petite taille des médecins du département, avec une surreprésentation des plus jeunes, des libéraux, et dans une moindre mesure des femmes.

Comme dans notre étude, les femmes sont majoritaires dans les catégories plus jeunes et minoritaires dans les catégories plus âgées.

2. Le repérage précoce avec intervention brève et son acceptabilité en santé sexuelle

La technique du repérage précoce avec intervention brève est largement connue des praticiens interrogés, notamment en addictologie, où seul un répondant déclare ne pas la pratiquer. A notre surprise, un tiers des répondants déclare même la pratiquer déjà dans le cadre de la santé sexuelle.

Son efficacité est jugée favorablement par une large majorité des praticiens qui la pratiquent tous sujets confondus : 86% de réponses « bonne » ou « assez bonne ».

L'intervention brève proposée est accueillie favorablement. Seuls 4% ne la jugent pas du tout utile, et 6% ne se prononcent pas, soit vraisemblablement 10% de peu convaincus. Une majorité se dit disposée à l'utiliser dans sa pratique : 72% de « oui sûrement » ou « oui probablement ».

Ces résultats pourraient être améliorés en affinant la formulation de l'intervention brève, en proposant plusieurs formulations, ou en incluant les formulations choisies par les praticiens. En effet, pour certains praticiens, cette formulation pourrait gêner leurs patients. De plus, parmi les praticiens qui déclarent déjà utiliser l'intervention brève dans le cadre de la santé sexuelle, 2 ne sont probablement pas disposés à utiliser l'intervention brève proposée et 1 sûrement pas disposé, soit 17% de défavorables à cette formulation sur l'ensemble de ceux qui l'utilisent déjà en santé sexuelle.

Ainsi, nous pensions étudier de manière générale l'acceptabilité de l'intervention brève en santé sexuelle. Mais nous avons plus précisément étudié l'acceptabilité d'une seule intervention brève : celle que nous avons proposée. Dans notre étude, le fait d'utiliser déjà l'intervention brève en santé sexuelle n'est pas significativement lié à l'acceptabilité de l'intervention brève proposée.

Nous avons étudié les variables associées à l'acceptabilité de cette intervention brève. Comme nous pouvions nous y attendre, les participants les plus disposés à l'utiliser sont ceux qui la trouvent utile. Les praticiens les plus âgés sont les plus disposés à l'utiliser, et ce malgré des effectifs faibles de médecins âgés de plus de 40 ans.

Bien que non significatives, nos données suggèrent des tendances. Les praticiens seraient plus disposés à utiliser l'intervention brève lorsqu'ils sont moins gênés pour parler de problématiques sexuelles, que le sujet soit abordé par eux-mêmes ou par le

patient. Ils seraient plus disposés à l'utiliser lorsqu'ils ont plus l'habitude de recueillir les antécédents de santé sexuelle de leur patient, et lorsque des problématiques sexuelles sont plus fréquentes dans leur pratique.

En revanche, les praticiens qui se sentent moins compétents pour prendre en charge les problématiques sexuelles, ou qui savent moins à qui adresser leur patient en cas de difficulté sur une plainte sexuelle ne semblent pas plus réticents à l'utiliser, alors que d'autres études avaient identifié ces éléments comme des freins pour aborder la sexologie^{45,46}.

Ni le genre du praticien, ni sa satisfaction sexuelle déclarée, ne semblent influencer sur l'acceptabilité de cette intervention brève.

Ainsi, la technique de repérage précoce est pratiquée par nos répondants et ils l'estiment efficace. Elle a démontré un intérêt en sexologie et est encouragée par l'OMS⁵⁴ dans ce cadre. Un tiers de nos répondants la pratiquent déjà en santé sexuelle. Une majorité d'entre eux est disposée à utiliser celle que nous avons suggérée, possiblement encore plus si le choix de la formulation est laissé libre. Dans le cadre de l'addictologie, où elle est encouragée par l'intermédiaire de la ROSP, elle est utilisée par 98% de nos répondants. Il semble raisonnable de penser qu'un encouragement officiel à son utilisation dans le cadre de la santé sexuelle - compensant justement le temps supplémentaire que le sujet requiert- permettrait également une utilisation plus large de cette technique, et de ce fait un meilleur dépistage des problématiques sexuelles par les médecins généralistes.

3. Auto-évaluation de la pratique en santé sexuelle

La santé sexuelle est présente dans la pratique des médecins interrogés à des fréquences diverses : plus de la moitié des médecins la rencontre au moins une fois

par semaine, mais 20% ne la rencontrent pas plus que tous les trimestres, voir figure 10. Ces différences peuvent s'expliquer par des modes d'exercices différents, des temps de travail possiblement différents, et par des files actives différentes. Cependant, si l'on fait l'hypothèse que les problèmes de santé sexuelle sont répartis dans la population indépendamment du médecin référent, ces différences de fréquence laissent entrevoir une part de plaintes sexuelles non exprimées. Nous y voyons une invitation supplémentaire à promouvoir le repérage précoce avec intervention brève.

Dans notre étude, la gêne identifiée dans la littérature³⁸ comme frein à l'exploration d'une problématique sexuelle ne semble pas un problème majeur: aucune gêne importante, et 88% de gêne mineure ou nulle, voir figure 11. Les praticiens hommes sont significativement moins gênés que leurs consœurs, voir figure 35. En revanche, lorsque les participants abordent eux-mêmes le sujet de la santé sexuelle, la gêne est parfois présente : importante pour 4% des participants, mineure ou nulle pour 78%, voir figure 12. La proportion de praticiens qui n'ont aucune gêne est à nouveau plus élevée parmi les hommes (50%) que parmi les femmes (28%), voir figure 36. Dans le même temps, la gêne importante n'est rapportée que par des hommes. Doit-on y voir la peur de certains médecins hommes d'être mal jugés à cause de cette question, dans le sillage du mouvement #MeToo et des plaintes pour harcèlement sexuel ?

A propos de la recherche d'antécédents en santé sexuelle, celle-ci semble encore en grande partie taboue : 65% la pratiquent rarement et 14 % jamais, voir figure 13. Si ces fréquences faibles pourraient paraître en accord avec la fréquence des problématiques sexuelles dans la pratique de certains médecins, elles ne permettent pas de dépister des conduites à risques, pour lesquelles une action est souhaitable avant l'apparition de la plainte sexuelle.

Lorsqu'une problématique sexuelle est discutée, seulement un peu plus de la moitié des praticiens demandent habituellement à leurs patients s'ils sont satisfaits sexuellement (53%, habituellement + toujours, figure 14). Cela peut être en partie lié à la nature même de la problématique en question : si un épisode unique de mycose ou de cystite peut affecter profondément la satisfaction sexuelle, son traitement ramènera le patient dans l'état précédant l'affection. Mais l'existence de ce type de problématiques de courte durée ne semble pas suffire à justifier de ne jamais demander si le patient est satisfait. La simple répétition de tels épisodes pourrait par exemple nécessiter d'inclure la question de la satisfaction sexuelle dans le cadre de la discussion pour une antibioprophylaxie de la cystite par exemple. Nous pouvons y voir l'affrontement de deux visions différentes de la santé sexuelle. D'une part celle de « la vie dans le silence des organes » (Dr René Leriche, 1936), selon laquelle la satisfaction sexuelle du patient relèverait purement de la vie privée à moins qu'il ne s'en plaigne explicitement. Et d'autre part celle proposée par l'OMS¹ en 2006, « comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres », selon laquelle la possibilité de la satisfaction sexuelle est un élément incontournable.

Environ un tiers des praticiens est insatisfait de leur capacité à discuter de problématiques sexuelles avec leurs patients : 37% de « faible » ou « assez faible » pour les patients féminins, voir figure 15, 32% pour les patients masculins, voir figure 16. Cette valeur, minoritaire mais non négligeable, confirme le besoin de formation^{17,47}. Les femmes sont significativement moins satisfaites de leur capacité à discuter avec les patients masculins que leurs confrères masculins, voir figure 37, alors qu'il n'y a pas de différence sensible pour la discussion avec les patients féminins, voir figure 38.

La comparaison par classe d'âge donne une compétence à discuter de problématiques sexuelles « faible » ou « assez faible » à 28% pour les mineurs, voir figure 18, et 41%

pour les séniors, voir figure 19. Les médecins hommes semblent se sentir moins compétents avec les mineurs, voir figure 40, et plus compétents avec les séniors, voir figure 41, que leurs consœurs (respectivement $p=0,051$ et $p=0,062$). Mais dans notre étude, les femmes étaient plus fréquentes dans les classes d'âges jeunes et moins fréquentes dans les classes d'âges plus âgées, voir figure 46. Or les praticiens les plus âgés se disent significativement plus compétents à discuter avec les patients masculins, voir figure 44, et avec les patients séniors, voir figure 45.

Au total, les praticiens les plus âgés, principalement des hommes, se sentent plus compétents pour discuter avec les séniors et avec les hommes ; alors que les praticiens femmes, principalement jeunes, se sentent plus souvent compétentes pour discuter avec les mineurs. L'appréciation globalement meilleure pour les mineurs et globalement moins bonne pour les séniors, peut s'expliquer par le fait que chaque médecin a l'expérience d'avoir été mineur, mais pas celle d'avoir été sénior. Le médecin peut donc mieux imaginer ce qu'un mineur peut attendre de lui, et ce, d'autant plus qu'il est jeune lui-même. La meilleure compétence déclarée des femmes pour discuter avec les mineurs, outre leur âge plus jeune, peut évoquer un rôle traditionnellement maternel d'éducation des plus jeunes. Une analyse multivariée, non réalisée ici, aurait été indispensable pour juger de l'importance relative des variables âge et sexe. Dans la littérature, la différence d'âge entre praticien et patient semble avoir un rôle ambivalent, tantôt facilitateur tantôt freinateur.

Pour prendre en charge les problématiques sexuelles de leurs patients, près de la moitié des praticiens répondants est insatisfaite de leur compétence : elle est jugée « faible » ou « assez faible » par 45% d'entre eux avec les patients féminins, voir figure 21, par 41% d'entre eux avec les patients masculins, voir figure 20, par 43% d'entre eux avec les patients mineurs, voir figure 23, et par 45% d'entre eux avec les patients

séniors, voir figure 24. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes, ni entre les classes d'âge. Nous en retirons essentiellement un encouragement à développer la formation.

La crainte d'une impasse thérapeutique est un des freins mis en évidence dans la littérature pour aborder les problématiques sexuelles⁴⁵. Dans notre échantillon, 20% des praticiens déclarent savoir rarement à qui adresser leur patient en cas de difficulté avec une plainte sexuelle, voir figure 25. Une meilleure disponibilité des sexologues est peut-être nécessaire, ou peut-être simplement une meilleure visibilité des sexologues disponibles. Dans notre étude les praticiens plus âgés savent significativement plus souvent à qui adresser leur patient, voir figure 43, probablement grâce à un réseau de correspondants plus fourni permettant de trouver la ressource adéquate.

4. Remarques complémentaires

La question des patients transgenres interpelle : 49% des répondants jugent leur compétence « faible » ou « assez faible » pour discuter avec eux, voir figure 17, et 55% jugent leur compétence « faible » ou « assez faible » pour les prendre en charge, voir figure 22. Un grand nombre ne se prononce pas pour ces deux questions, respectivement 33% et 29%. Il semble improbable que les praticiens qui ne s'étant pas prononcés sur ces questions se sentent pleinement satisfaits de leur capacité. Peut-être n'ont-ils pas rencontré suffisamment de cas pour être en mesure de répondre avec justesse à ces questions. Certains ont pu aussi être gênés par la formulation. L'un d'eux a signalé que le terme de transsexuel aurait mieux convenu. Au contraire, il me semble qu'une approche bienveillante d'une personne se sentant du genre opposé à son sexe de naissance peut nécessiter une approche adaptée, y compris avant toute transition.

Actuellement, les patients souhaitant changer de sexe sont de plus en plus insistants pour obtenir une aide médicale voire chirurgicale. Les patients ayant effectué une transition nécessitent des soins de même qualité, ce qui implique une connaissance de leur spécificité. Enfin, quelques rares patients souhaitant retrouver le sexe de leur naissance se plaignent d'un sentiment d'abandon par la médecine. Le sujet peut être amené à prendre de l'ampleur dans le futur. Les patients concernés seront suivis pendant plusieurs dizaines d'années, justifiant là encore une formation adaptée des médecins.

Par ailleurs, un des freins à aborder la santé sexuelle des patients peut être un malaise lié au questionnement indirect de la propre sexualité des praticiens³⁸. Au contraire, dans notre étude au contraire, la satisfaction sexuelle déclarée n'avait pas de lien significatif avec l'acceptabilité à utiliser le RPIB, ni avec la gêne à aborder la santé sexuelle, ni avec la compétence déclarée à prendre en charge le sujet.

B. Biais et limites de l'étude

1. Biais

Notre étude présente un biais de sélection dans la mesure où la population échantillonnée n'est pas représentative de celle des médecins généralistes du département du Nord. Nous avons en effet constaté une surreprésentation des médecins généralistes plus jeunes, des libéraux, et dans une moindre mesure des femmes, par rapport aux données départementales de la DREES⁵⁵.

Notre étude présente également un biais de recrutement. Le questionnaire a été mis à disposition uniquement via un lien internet, consultable sur le site du conseil de l'ordre des médecins du Nord. Les participants sont donc des médecins familiers avec la navigation internet en général et avec le site du conseil de l'ordre en particulier. Les

participants sont allés jusqu'au bout du questionnaire sans abandonner. Il s'agit donc a priori de médecins concernés et intéressés par le thème.

L'échantillonnage réalisé dans le cadre de notre étude est de faible puissance, puisqu'il contient seulement 49 réponses de médecins généralistes du département du Nord, ce qui représente 1,18% de la population totale des médecins généralistes inscrits au conseil (soit 4 146)⁵⁵.

2. Limites

L'échantillon comprend différents modes d'exercices, ce qui a permis de recueillir la vision de médecins exerçant selon des modalités diverses. Cependant, d'une part les effectifs faibles des catégories autres que « libéral exclusif » ont limité l'émergence de différences significatives. D'autre part, certaines questions n'étaient pas toujours adaptées à l'ensemble des modes d'exercice des médecins.

Dans notre analyse, il nous a semblé intéressant de regrouper certaines catégories de faible effectif, notamment les catégories d'âge, pour mieux analyser leurs effets. Ces regroupements n'étaient pas prévus au départ de l'étude. Ils ont augmenté le nombre global d'analyses et de ce fait le risque qu'une différence significative apparaisse par hasard. Une différence jugée significative pourrait de ce fait être le fruit du hasard.

Dans notre questionnaire, nous avons illustré la technique d'intervention brève en proposant une phrase type unique. D'une part, l'intention était de clarifier l'application de la technique d'intervention brève au sujet de la santé sexuelle. D'autre part, l'intention était d'encourager le report de la discussion qui pourrait suivre à une consultation ultérieure, dans la mesure où le temps pris par les questions sexuelles était signalé dans la littérature^{10,38,45} comme un frein à leur exploration. Ainsi, les médecins participants n'ont pu se prononcer que par rapport à la phrase proposée, et

non pas par rapport à l'utilisation de la technique elle-même d'intervention brève. Nous l'avons vu, certains médecins utilisant déjà l'intervention brève dans le cadre de la santé sexuelle ont ainsi indiqué refuser celle proposée.

La durée de recueil des réponses de 2 mois constitue également une limite potentielle de l'étude. Une durée plus longue aurait peut-être permis d'élargir l'échantillon. Toutefois, le nombre de nouvelles réponses a décru avec le temps. Aucune nouvelle réponse n'a été enregistrée pendant les 2 dernières semaines de recueil.

Afin de limiter le temps de lecture et de réponse au questionnaire, nous avons volontairement rédigé les textes de manière concise. De ce fait, certains termes ont été utilisés sans définition, ce qui a pu laisser une porte ouverte à des incompréhensions ou à des interprétations différentes. Par exemple un participant remarque que le terme de santé sexuelle nécessiterait une définition.

C. Pistes pour améliorer la situation

1. Mode d'approche

Les patients sont moins gênés quand le médecin aborde le sujet, et les médecins moins gênés quand le patient aborde le sujet. Quand et comment dépasser le tabou ?

Bien sûr, lorsque le motif de consultation est en rapport direct avec la sexualité, il est plus aisé d'approfondir le sujet. Dans sa thèse, Dr Gillet montre que les médecins généralistes abordaient essentiellement le sujet lorsque celui-ci était clairement amené par le patient¹⁰. Ainsi, selon un participant de notre étude, « seulement les cas de dysfonction sexuelle présument un intérêt de discussion ». S'en tenir là, c'est prendre le risque de passer à côté de toutes les dysfonctions que le patient n'ose pas aborder.

En oncologie en particulier, les référentiels de soins de support encouragent à aborder et à prendre en charge si cela est nécessaire les effets sur la sexualité à tous les stades de la maladie⁵.

Les patients ayant répondu au Dr Guerber souhaitent également que la discussion sur la sexualité soit initiée par leur médecin⁹. Cependant, elle note que ses patients ont pu aborder plus souvent et spontanément le sujet avec elle, semble-t-il aussi avec moins de gêne, après avoir participé à cette étude, dont ils savaient leur médecin instigatrice.

Un de nos participants remarque que les consultations pour des motifs urologiques et gynécologique sont particulièrement propices : lors d'un frottis, ou lors de l'examen d'une dysurie, le sujet est en quelque sorte déjà sur la table. Dans la thèse du Dr Jardé, la pratique de l'examen gynécologique est aussi une porte d'entrée privilégiée dans l'abord de la sexualité des patientes¹⁷.

Le sujet de la santé sexuelle pourrait être inclus à des consultations systématiques : par exemple lors d'un bilan sanguin annuel comme le suggère un médecin de la thèse du Dr Jardé¹⁷, ou lors de la révision d'une ordonnance au long cours, notamment sous l'angle de la iatrogénie, comme le suggèrent des patients interrogés par Dr Rose⁸.

Pour limiter la gêne des patients, tant les médecins interrogés par Dr Jardé¹⁷, que les patients interrogés par Dr Rose⁸ et Dr Waymel¹¹, pensent qu'un affichage en salle d'attente ou des dépliants à remettre, autour de la santé sexuelle, faciliteraient l'abord du sujet, à l'image des affiches dédiées à la lutte anti-tabac.

Les patients notent qu'il est préférable d'aborder le sujet en fin de consultation⁸, la proximité développée au cours de la consultation pouvant aider. Le risque d'un allongement conséquent de celle-ci serait alors à maîtriser.

Pour diminuer la gêne des praticiens, certains proposent des formations spécifiques sur la communication aux patients ou l'aide de groupes Balint pour échanger sur ses sujets délicats¹⁰.

Les praticiens gênés par la formulation de question sur le thème de la sexualité peuvent s'aider des outils disponibles tels que le PLISSIT ou le Female Sexual Function Index (FSFI)¹⁷.

2. Gestion du temps

Le sujet du temps nécessaire pour prendre en charge une problématique sexuelle a été cité par nos participants. L'un d'entre eux remarque que si l'intervention est brève, la réponse ne l'est pas toujours, et que le sujet ne pourra pas être ajouté à une consultation déjà chargée.

Ce sujet est également identifié comme un frein dans la littérature^{10,38,45}. Certains médecins cités par Dr Gillet déclarent que l'idée du temps supplémentaire de consultation pour aborder le sujet de santé sexuelle est un frein dans la mesure où la rémunération n'est pas basée sur le temps de consultation¹⁰.

Pour prendre en considération ce temps supplémentaire, il serait bénéfique de mettre en place un questionnaire de santé sexuelle, standardisé et rémunéré, à l'image des questionnaires de dépression rémunérés depuis 2005, via la cotation ALQP003.

3. Le RPIB, une méthode adaptée à la pratique

Le recours au RPIB en sexologie est compatible avec l'exercice de la médecine générale et ses contraintes.

Poser systématiquement la question permettra un gain de temps dans la technique d'approche, et possiblement une diminution de la gêne.

Les patients sont d'ailleurs demandeurs. Ils préconisent eux-mêmes que leur médecin leur pose au moins une fois la question systématiquement pour libérer la parole le jour où ils auront besoin d'aborder un sujet de sexologie⁸.

La thèse du Dr David retrouve également pour une majorité de patients interrogés cette demande d'un abord systématique de la sexualité en consultation⁴⁸.

Le RPIB permettra probablement un gain de temps parallèle quant à l'analyse de l'efficacité d'un traitement et de son observance. Le patient se sentira davantage à l'aise pour dire à son médecin s'il a pris ou non ce traitement à cause des effets secondaires sexuels.

La possibilité de différer la problématique sexuelle lors d'une ou plusieurs consultations dédiées, limite l'effet désorganisateur sur la consultation du médecin. Cela permet sa juste rémunération. Cela montre aussi au patient que son problème est pris au sérieux et qu'il mérite une prise en charge.

Si le patient est accompagné, le médecin pourra également prévoir tout ou partie de ces consultations seul à seul, l'accompagnant restant en salle d'attente.

C'est la répétition de l'exercice qui facilitera l'aisance du médecin à pratiquer ces techniques. Dans les remarques de notre questionnaire ainsi que dans d'autres études¹⁰, les médecins interrogés déplorent le manque de réflexe à interroger la sexualité et les informations qui sont ainsi manquées.

D. Autres outils disponibles

Dans d'autres études⁴⁵, certains médecins sont gênés par l'absence d'outils standardisés. Ils sont une majorité à estimer que des fiches mémos ou des auto-

questionnaires pourraient faciliter les consultations les plus sensibles, comme l'illustre la figure 47.

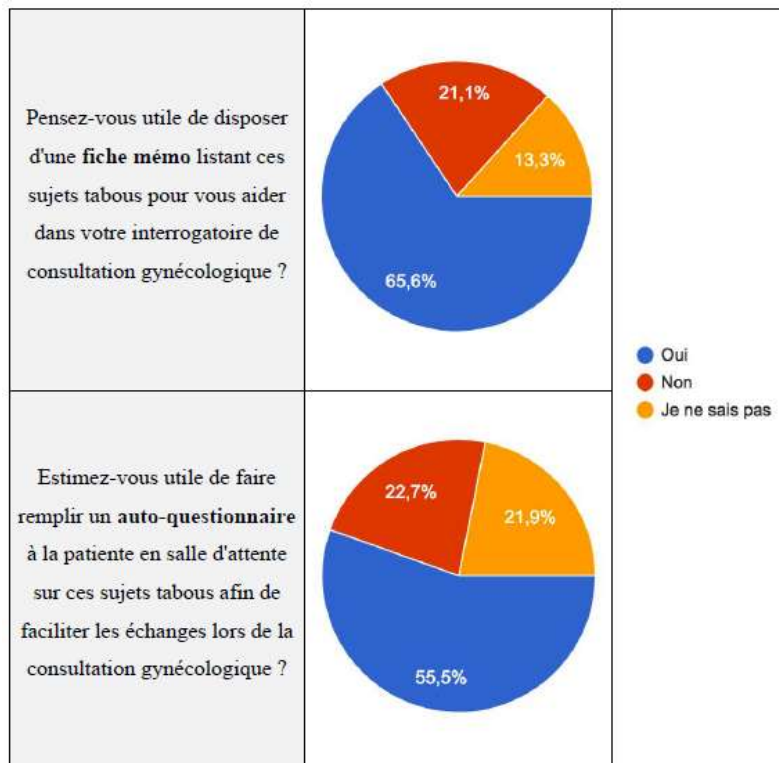


Figure 47 : Avis des médecins sur les fiches mémos et auto-questionnaires⁴⁵

Il est donc utile de citer quelques outils intéressants. Ces outils sont avant tout développés pour la recherche clinique et l'évaluation de thérapies, mais les médecins généralistes peuvent les utiliser en fonction des situations rencontrées, d'autant plus lorsqu'une traduction française a également été validée⁵⁶.

1. Pour la santé sexuelle masculine

La sexualité masculine repose en grande partie sur l'érection, qui est le point central des échelles suivantes.

a) *Score IIEF (International Index of Erectile Dysfunction).*

Le score IIEF a été largement utilisé dans la recherche, notamment pour évaluer les thérapies de la dysfonction érectile. La version complète, présentée en annexe B dans

sa version française validée, est un questionnaire auto-administré de 15 questions qui recouvrent cinq domaines : l'érection, l'orgasme, le désir, la satisfaction vis-à-vis du rapport sexuel, et la satisfaction globale⁵⁶. Les questions sont cotées de 0 (absence) à 5 (présence normale).

Les cinq premières questions et la dernière question, relatives au domaine de l'érection, permettent de juger de la dysfonction érectile et de son évolution au cours du temps, selon le barème présenté en annexe B. L'utilisation de ces seules 6 questions permet un diagnostic plus rapide, et donc mieux adapté à la pratique courante.

Le questionnaire est particulièrement adapté pour des patients ayant eu ou ayant essayé d'avoir des rapports sexuels dans les 4 semaines précédentes. Les patients n'ayant pas eu de rapports sexuels dans la période étudiée de 4 semaines précédant le questionnaire, quelle qu'en soit la raison, recevront des notes basses (absence), et peuvent de ce fait être artificiellement considérés comme présentant une dysfonction érectile.

b) *Échelle visuelle de la qualité de l'érection*

Pour une utilisation en pratique courante, la qualité de l'érection peut également être évaluée encore plus rapidement à l'aide de l'échelle visuelle présentée à la figure 48, avec les scores correspondants dans l'IIEF¹⁴.

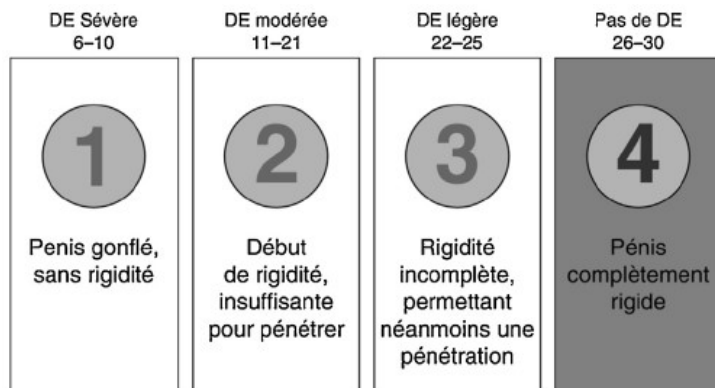


Figure 48 : échelle visuelle de qualité d'érection¹⁴

2. Pour la santé sexuelle féminine

La sexualité féminine est moins stéréotypée que chez l'homme, elle nécessite des outils plus complexes.

a) *Le Female Sexual Function Index (FSFI)*

Ce questionnaire complet de 19 questions, présenté en annexe C dans sa version française validée, explore 7 dimensions de la sexualité féminine : le désir, l'excitation, la fréquence de l'activité sexuelle, la réceptivité, le plaisir et l'orgasme, la satisfaction relationnelle et enfin les problèmes eu égard à la sexualité. Le calcul du score composite repose sur des coefficients pour chaque critère, présentés également en annexe C.⁵⁶

La taille de ce questionnaire impose à nouveau un temps de passage long, à prendre en compte pour une utilisation en médecine générale.

b) Les guides de consultations

L'interrogatoire des dysfonctions sexuelles féminines peut être soutenu par des mémos résumés, comme à la figure 49⁵⁷, ou en détaillant particulièrement l'interrogatoire des dyspareunies par exemple, comme à la figure 50⁵⁸.

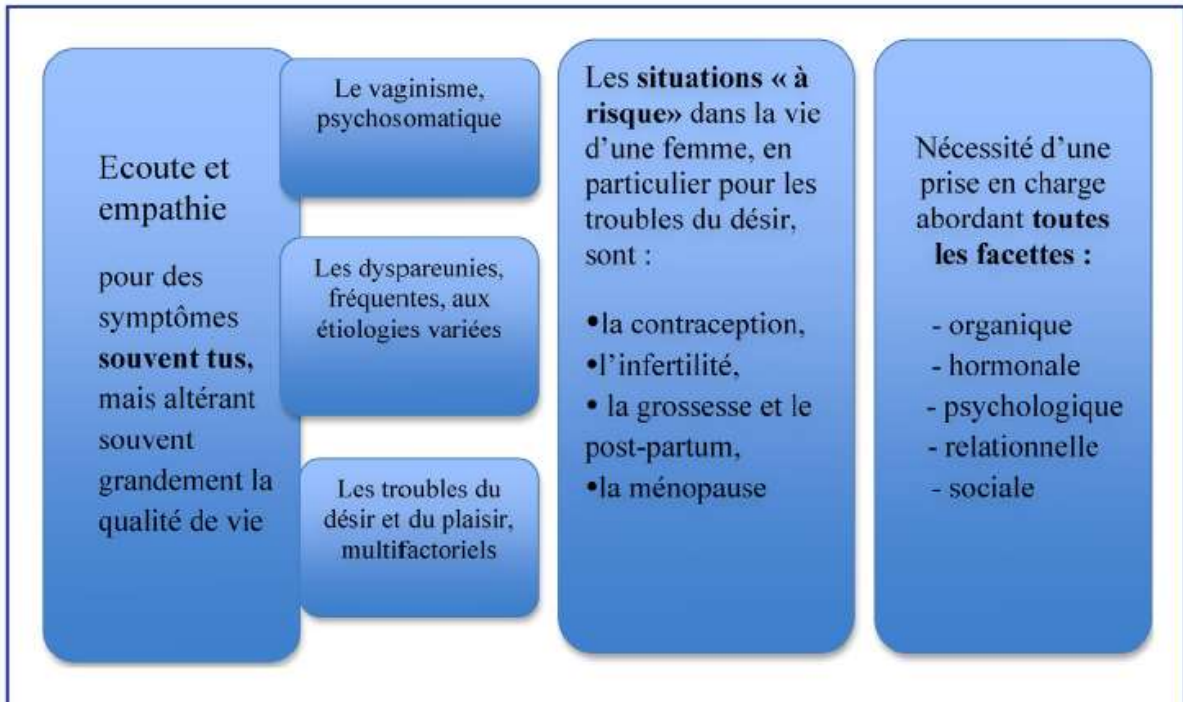


Figure 49 : Méthode pour aborder les dysfonctions sexuelles féminines⁵⁷

Définir la dyspareunie et les troubles associés
Où est localisée la douleur?
À quel moment débute la douleur (avant la pénétration, au niveau vulvaire, vaginal, en profondeur, après la pénétration)?
Définir la douleur : sourde, aiguë, prurit, brûlure?
La pénétration est-elle possible, y a-t-il une contractions des muscles autour du vagin?
Chronologie d'apparition des douleurs au cours de l'histoire de la maladie : un site ou plusieurs, ordre d'apparition
La douleur est-elle situationnelle ou positionnelle? (préciser)
La dyspareunie est-elle primaire ou acquise?
Y a-t-il d'autres dysfonctions sexuelles : problèmes de lubrification, dysorgasmie, désir sexuel hypoactif, aversion?
Quels traitements ont été essayés?

Causes gynécologiques potentielles
Existe-t-il des symptômes tels que leucorrhées, brûlures ou irritation vulvaire, ou d'autres localisations douloureuses?
Antécédents d'IST, Herpès, HPV?
Antécédents de traumatisme obstétrical ou pelvien?
Antécédents de chirurgie ou d'irradiation abdominale ou pelvienne?
Notions d'endométriose ou d'infertilité?
Type de contraception et antécédent de dispositif IU

Causes médicales potentielles
Notion de maladie chronique
Médicaments : (sur prescription et médecines alternatives)
Alcool et consommation des stupéfiants
Troubles digestifs et urinaires associés
Lésions dermatologiques : eczéma, psoriasis...

Évaluation psychologique
Comment la patiente voit-elle le problème?
Les douleurs étaient-elles présentes au cours des relations antérieures?
Le problème a-t-il été évoqué avec le partenaire et quelles actions ont été tentées?
Antécédents d'abus sexuels ou de violences?
Facteurs de la vie quotidienne influençant la survenue des douleurs
Existe-t-il des signes de dépression ou d'anxiété?
Quel serait un résultat thérapeutique satisfaisant?

Figure 50 : Interrogatoire structuré destiné à la prise en charge des douleurs sexuelles chroniques de la femme⁵⁸

3. Questionnaires spécialisés pour l'adolescence :

a) Questionnaire « HEADSSS »

Il s'agit d'un long questionnaire, auto-administré, qui explore les domaines suivants : l'environnement (Home), l'éducation (Education), l'alimentation (Eating), les loisirs (Activities), les addictions (Drugs), la sexualité (Sexuality), le stress et les idées suicidaires (Suicide et Depression), la sécurité et les violences (Safety from injury and violence).

Il peut être mis à disposition en salle d'attente et servir de support pour ouvrir la discussion, briser la glace et rappeler que tous ces sujets sont ouverts à la discussion en consultation.

Voici les questions concernant la sexualité :

- « As-tu déjà eu une relation sentimentale avec un garçon ou une fille ? »
- « As-tu déjà eu des rapports sexuels ? »
- « Si oui, t'es-tu protégé(e) ? »
- « Utilisez-vous une méthode de contraception ? »
- « As-tu déjà été enceinte ? »
- « Souhaites-tu avoir des informations concernant la sexualité, la contraception, les infections transmises par les relations sexuelles ? »¹¹

b) Questionnaire de pré-consultation du Pr AVLIN.

Il s'agit aussi d'un auto-questionnaire large, visant à préparer une consultation. Il explore non seulement la sexualité des adolescents mais aussi les habitudes générales comme les consommations, des symptômes non-spécifiques, les préoccupations sur la croissance et l'image corporelle, les relations avec les parents, la scolarité et les idées suicidaires¹¹.

Il présente à la fois des questions et des affirmations, qui peuvent être le point de départ d'une discussion si besoin. Voici celles en rapport avec la santé sexuelle.

- 33. J'ai peur de devenir enceinte.
- 34. J'ai peur de rendre une fille enceinte.
- 35. J'ai peur de ne pas pouvoir avoir un enfant un jour.
- 36. Sais-tu ce qu'est la contraception ?
- 37. Sais-tu ce qu'est une maladie sexuellement transmissible ?
- 38. Parles-tu parfois de sexualité avec tes parents ?
- 39. As-tu un meilleur ami (ou une meilleure amie) avec qui tu peux parler de tout ?^{11,59}

c) Les 5S

Pour aborder le sujet de la sexualité auprès des adolescents, un outil a également été développé par l'université de médecine de Poitiers : les 5S^{60,61}. Il s'agit cette fois plutôt d'un guide à destination du praticien, voire d'un moyen mnémotechnique, pour penser à aborder certaines notions naturelles pour le professionnel mais inconnues de certains jeunes patients. Il contient trois questions simples qui peuvent aider à dénouer le dialogue : possibilité de venir seul, secret professionnel, possibilité de parler de sexe. Puis deux questions qui s'apparentent à une intervention brève, sur l'existence d'un éventuel souci et d'une éventuelle prise de risque.

Seul : sais-tu que tu peux venir seul ?

Secret : sais-tu que je suis tenu au secret ?

Sexualité : sais-tu que nous pouvons en parler ?

Soucieux : te sens-tu concerné ?

Sécurité : as-tu déjà pris des risques ?

VIII. Conclusion

La santé sexuelle, définie par l’OMS en 2006, est un sujet récent qui apparaît dans la loi française pour la première fois en 2016. Son importance dans notre société ne cesse de croître.

Les médecins généralistes ne s’en préoccupent encore que peu, pour différentes raisons comme la pudeur, la peur de choquer le patient, le manque de temps ou la crainte de l’impasse thérapeutique.

Cependant la prise en charge de ce sujet par les médecins généralistes permettrait non seulement de répondre à l’attente sociétale, mais présenterait également un véritable intérêt médical. En effet, la sexualité joue un rôle dans la qualité de vie des patients et a un effet favorable sur leur sociabilité, leur moral et le maintien d’une activité physique. La santé sexuelle nécessite par ailleurs un équilibre entre les dimensions biologique, psychologique et relationnelle. Elle est donc facilement troublée. La recherche d’un dysfonctionnement peut permettre de dépister précocement des pathologies et de proposer des thérapies pour favoriser le retour à la santé. De nombreux médicaments et thérapies peuvent fragiliser cet équilibre. L’acceptation et l’observance des traitements s’amélioreront si nous veillons à en minimiser les effets indésirables sexuels.

La communication peut être facilitée par des affiches ou des auto-questionnaires, qui permettront de diminuer la gêne ressentie et de banaliser le sujet de la santé sexuelle à l’intérieur du cadre de la consultation. La technique du repérage précoce avec intervention brève s’inscrit dans cet objectif. Elle propose une annonce brève destinée à tous les patients, informant que leurs éventuelles questions sexuelles ont leur place dans la consultation.

Cette technique a déjà fait ses preuves dans d'autres sujets où elle est largement utilisée, ainsi que dans le cadre de la prévention des conduites sexuelles à risques, où elle est encore affaire de spécialistes. Dans le cadre de la santé sexuelle en général, cette technique répond à l'attente de la majorité des patients, à savoir que le médecin soit à l'initiative du sujet.

L'intervention brève est utilisée par la quasi-totalité du panel de praticiens interrogés. Elle est jugée efficace par une large part d'entre eux (86%). Elle leur paraîtrait utile en sexologie : un tiers l'utilise déjà et 72% la considère acceptable.

Deux questions importantes persistent. D'une part la gestion du temps pour traiter les sujets de santé sexuelle, volontiers chronophages et insuffisamment valorisés. D'autre part une amélioration de la prise en charge est nécessaire. De nombreux médecins se sentent peu compétents sur ces questions. La formation des médecins en matière de santé sexuelle doit être renforcée, tant au cours de la formation initiale, que de la formation continue. Une meilleure connaissance des ressources existantes, sexologues, psychologues, gynécologues et urologues, permettrait également une prise en charge coordonnée.

IX. Bibliographie

1. Santé sexuelle. Accessed November 26, 2022. <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
2. Gamet ML. Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? *Auteurs Violences Sex Prév Éval Prise En Charge*. Published online June 15, 2018.
3. HCSP. *Santé sexuelle et reproductive*. Haut Conseil de la Santé Publique ; 2016. Accessed December 2, 2022. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
4. Bressy J. Présentation de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030. Conseil national du sida et des hépatites virales. Published March 31, 2017. Accessed December 2, 2022. <https://cns.sante.fr/actualites/presentation-de-strategie-nationale-de-sante-sexuelle/>
5. Cancer, vie intime et santé sexuelle - Version validée le 14/12/2017 Actualisation en mars 2019 - Afsos. Accessed January 9, 2023. <https://fr.readkong.com/page/cancer-vie-intime-et-sante-sexuelle-5007827>
6. L'abord de la sexualité en médecine générale. Site-LeJournalDuMedecin-FR. Published June 23, 2021. Accessed December 5, 2022. <https://www.lejournaldumedecin.com/magazine/l-abord-de-la-sexualite-en-medicine-generale/article-normal-57127.html>
7. Bosser G, Chodek-Hingray A, Kazmierczak C, Juillièrè Y. Activité sexuelle et risques cardiovasculaires. *Presse Médicale*. 2014;43(10, Part 1):1097-1105. doi:10.1016/j.lpm.2014.06.005
8. Rose J. Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale.
9. Guerber M. Abord de la sexualité en consultation de médecine générale : Qu'en pensent les patients considérés comme "à risque"? Etude quantitative auprès de 500 patients d'un cabinet de médecine générale du Bas-Rhin. Accessed December 5, 2022. <http://theses.unistra.fr/ori-oai-search/notice/view/uds-ori-75613?height=500&width=900>
10. Gillet C. Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation. Published online 2019:116.
11. Waymel M. Adolescente, sexualité, médecin généraliste, attentes et besoins : quelle place pour le médecin généraliste ? Published online September 12, 2019:66.
12. Tardieu A, Khodari M, Palazzi J, Ajzenberg C, Yiou R. Attitudes des médecins généralistes et endocrinologues face à la dysfonction érectile du patient diabétique : enquête auprès de 130 patients. *Prog En Urol*. 2011;21(2):126-133. doi:10.1016/j.purol.2010.06.007
13. Urofrance | Dysfonction érectile - Urofrance. Accessed December 20, 2022. <https://www.urofrance.org/recommandation/dysfonction-erectile/>

14. Colson MH, Cuzin B, Faix A, Grellet L, Huyghes E. Démarche diagnostique et prise en charge du patient souffrant de dysfonction érectile, actualisation et consignes pratiques. *Sexologies*. 2018;27(1):23-30. doi:10.1016/j.sexol.2018.01.007
15. Freyens A, Monti M, Vignocan L, Mesthe P. Femmes victimes de violences sexuelles : attitudes attendues de la part de leur médecin. *Sexologies*. 2019;28(4):183-190. doi:10.1016/j.sexol.2019.05.008
16. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes | Arrêtons les violences. Accessed January 20, 2023. <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-referance-violences-faites-aux-femmes>
17. Jardé AL. Abord de la sexualité des femmes de plus de 65 ans en médecine générale : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Published online October 22, 2020:72.
18. Colson MH. Dysfonctions sexuelles de la maladie chronique, l'état des lieux. Première partie : fréquence, impact et gravité. *Sexologies*. 2016;25(1):16-23. doi:10.1016/j.sexol.2016.01.008
19. Lemaire A, Alexandre B. Évolution de la personne porteuse d'une pathologie chronique et conséquences sur la sexualité. *Sexologies*. 2006;15(2):108-115. doi:10.1016/j.sexol.2006.03.001
20. Colson MH, Cuzin B, Faix A, Grellet L, Huyghes E. La dysfonction érectile du diabétique. *Sexologies*. 2018;27(1):53-58. doi:10.1016/j.sexol.2018.01.011
21. Trifi M, Elkissi Y, Slim I, et al. Évaluation de la fonction sexuelle des femmes ayant un diabète de type 2 : étude cas-temoins. *Sexologies*. 2016;25(2):78-84. doi:10.1016/j.sexol.2015.09.003
22. Grenier Genest A, Courtois F. Les accidents vasculaires cérébraux et leur impact sur la sexualité. *Sexologies*. 2017;26(3):115-135. doi:10.1016/j.sexol.2016.11.001
23. Dominguez LJ, Barbagallo M. Ageing and sexuality. *Eur Geriatr Med*. 2016;7(6):512-518. doi:10.1016/j.eurger.2016.05.013
24. Terrier JÉ. *Altération de la qualité de vie sexuelle des patients atteints d'un cancer de la prostate : de la reconnaissance aux actions pour améliorer leur sexualité*. phdthesis. Université de Lyon; 2019. Accessed January 9, 2023. <https://theses.hal.science/tel-02892611>
25. El Yazidi FE, Boualame A, Akammar S, et al. Prévalence et caractéristiques de la dysfonction sexuelle chez des patients marocains consultant pour un premier épisode dépressif. *L'Encéphale*. 2019;45(6):501-505. doi:10.1016/j.encep.2019.06.003
26. Ben Mahmoud S, Zouari L, Dammak M, Ben Thabet J, Zouari N, Maâlej M. Évaluation de la sexualité d'une série de 61 sujets atteints de psychose chronique. *Sexologies*. 2013;22(2):90-96. doi:10.1016/j.sexol.2012.08.001
27. Bondil P, Hibold D, Carnicelli D. Cancer et sexualité : le couple, un déterminant trop souvent négligé. *Sexologies*. 2016;25(2):61-68. doi:10.1016/j.sexol.2016.03.002
28. Cancer : la vie deux ans après le diagnostic – Mai 2014 · Inserm, La science pour la santé. Inserm. Accessed January 25, 2023.

- <https://www.inserm.fr/rapport/cancer-la-vie-deux-ans-apres-le-diagnostic-mai-2014/>
29. Bondil P. Cancer et sexualité : que doit savoir le professionnel de santé non spécialisé ? *Sexologies*. 2021;30(3):167-172. doi:10.1016/j.sexol.2021.06.002
 30. Schweizer A, Toffel K, Braizaz M. L'abord de la sexualité par les professionnel-le-s de santé en oncologie : une revue de la littérature. *Psychol Fr*. 2021;66(4):413-428. doi:10.1016/j.psfr.2021.03.001
 31. Le cancer de la prostate - Les cancers les plus fréquents. Accessed January 21, 2023. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-de-la-prostate>
 32. Ellouz F, Marrakchi N, Raies H, Masmoudi S, Mezlini A, M'rad MF. Dysfonction sexuelle chez 100 femmes tunisiennes atteintes d'un cancer du sein. *Sexologies*. 2019;28(1):43-48. doi:10.1016/j.sexol.2017.12.004
 33. Fekih-Romdhane F, Yazid D, Ahmed SB, Labbane R, Cheour M. Évaluation de la fonction sexuelle chez les hommes ayant un cancer colorectal traité. *Sexologies*. 2019;28(1):31-42. doi:10.1016/j.sexol.2018.07.004
 34. Berrada I, Moataz A, Mohamed H, et al. Impact de l'incontinence urinaire sur la fonction sexuelle chez la femme marocaine. *Sexologies*. 2021;30(3):189-194. doi:10.1016/j.sexol.2020.09.004
 35. Denouel A, Fauconnier A, Torre A. Attentes des femmes atteintes d'endométriose : quelle information apporter ? RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie*. 2018;46(3):214-222. doi:10.1016/j.gofs.2018.02.005
 36. Perdriger A. Sexualité au cours des pathologies rhumatologiques. *Rev Rhum Monogr*. 2021;88(1):13-17. doi:10.1016/j.monrhu.2020.11.001
 37. Pépite | Évaluation des dysfonctions sexuelles féminines en médecine générale dans les Hauts-de-France. Accessed January 9, 2023. <https://123dok.net/document/8ydx0jjz-pepite-evaluation-dysfonctions-sexuelles-feminines-medecine-generale-france.html>
 38. Dourlens E. Abord de la sexualité dans la pratique de médecins généralistes picards: étude qualitative auprès de 20 médecins généralistes en Picardie.
 39. Heiden-Rootes KM, Salas J, Gebauer S, et al. Sexual Dysfunction in Primary Care: An Exploratory Descriptive Analysis of Medical Record Diagnoses. *J Sex Med*. 2017;14(11):1318-1326. doi:10.1016/j.jsxm.2017.09.014
 40. BARO_Sexualite_12-12-2017.pdf. Accessed December 19, 2022. https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2019/07/BARO_Sexualite_12-12-2017.pdf
 41. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Haute Autorité de Santé. Accessed January 10, 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires

42. Giuliano F, Droupy S. La iatrogénie médicamenteuse en médecine sexuelle. *Prog En Urol*. 2013;23(9):804-810. doi:10.1016/j.purol.2013.01.008
43. Berrahal I, Maamri A, Ayadi B, El Kissi Y, Haddad M. Impact des antalgiques opioïdes sur la sexualité des femmes suivies pour des douleurs chroniques non cancéreuses. *Sexologies*. 2019;28(2):65-72. doi:10.1016/j.sexol.2018.10.001
44. McGrath M, Low MA, Power E, McCluskey A, Lever S. Addressing Sexuality Among People Living With Chronic Disease and Disability: A Systematic Mixed Methods Review of Knowledge, Attitudes, and Practices of Health Care Professionals. *Arch Phys Med Rehabil*. 2021;102(5):999-1010. doi:10.1016/j.apmr.2020.09.379
45. Zanardi L. Dépistage des sujets tabous en consultation de suivi gynécologique par le médecin généraliste. Published online June 24, 2021:116.
46. Teillant C. Evaluation of the perception of general practitioners about systematic approach concerning sexuality with their patients. Qualitative analysis using semi-structured interviews on general practitioners in the Alpes-Maritimes. Published online October 5, 2020:54.
47. Belhaj Y. État des lieux des connaissances, besoin et attentes d'une formation en santé sexuelle des internes en médecine générale de la faculté Montpellier-Nîmes. Published online November 10, 2020:99.
48. Françoise D. How about patient sexuality in general medicine ? Comparative study of two approach techniques. Published online March 3, 2020:55.
49. Houédé N, Flahault C, Gross-Goupil M, et al. Cancer de la vessie localement avancé ou métastatique : identification des freins et leviers du parcours des patients en France. *Bull Cancer (Paris)*. 2022;109(9):925-937. doi:10.1016/j.bulcan.2022.04.010
50. Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid MC. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. *J Sex Med*. 2007;4(5):1247-1253. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00568.x
51. RPIB – RESPADD. Accessed January 12, 2023. <https://www.respadd.org/reperage-et-autoevaluation/rpib/>
52. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Haute Autorité de Santé. Accessed January 12, 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
53. Rosp médecin traitant de l'adulte. Accessed January 12, 2023. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>
54. Communication brève relative à la sexualité (CBS). Accessed January 12, 2023. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241549004>
55. Démographie des professionnels de santé - DREES. Accessed February 6, 2023. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
56. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Prog En Urol*. 2013;23(9):811-821. doi:10.1016/j.purol.2013.01.006

57. Collier F, Cour F. En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle ? *Prog En Urol*. 2013;23(9):612-620. doi:10.1016/j.purol.2012.09.018
58. Monforte M, Mimoun S, Droupy S. Douleurs sexuelles de l'homme et de la femme. *Prog En Urol*. 2013;23(9):761-770. doi:10.1016/j.purol.2013.01.018
59. Stheneur C, Alvin P, Boudaillez B, et al. [The first consultation with an adolescent]. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*. 2009;16(9):1309-1312. doi:10.1016/j.arcped.2009.06.003
60. Julien P. *Faut-il aborder la sexualité avec les garçons de 15 à 18 ans en consultation de médecine générale ? : le point de vue des jeunes*. 2016.
61. Abord de la sexualité avec les adolescents en consultation de médecine générale : élaboration et évaluation d'un outil d'aide à la communication auprès de trente-sept médecins de la Vienne. ORS Nouvelle Aquitaine. Published September 14, 2011. Accessed February 24, 2023. <https://www.ors-na.org/publications/abord-de-la-sexualite-avec-les-adolescents-en-consultation-de-medecine-generale-elaboration-et-evaluation-dun-outil-daide-a-la-communication-aupres-de-trente-sept-medecins-de-la-vienne/>

X. Liste des abréviations

ALD	Affection Longue Durée
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DPO	Data Protection Officer
DE	Dysfonction Erectile
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - fifth edition
FSFI	Female Sexual Function Index
HAS	Haute Autorité de Santé
HEADSSS	Home, Education, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide, Safety
HCSP	Haut Conseil de Santé Public
HPV	Human Papilloma Virus
IB	Intervention Brève
IIEF	International Index of Erectile Dysfunction
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LGBT	Lesbiennes Gays Bisexuels Transgenres
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PLISSIT	Permission, Limited Information, Specifics Suggestions and Intensive Therapy
ROSP	Rémunération sur Objectif de Santé Publique
RPIB	Repérage Précoce avec Intervention Brève
TCA	Trouble du Comportement Alimentaire
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

XI. Annexes

A. Annexe A : Le questionnaire de la présente étude

Thèse : L'intervention brève en santé sexuelle

Bonjour, je suis Geoffroy Mangion, étudiant en Médecine Générale. Dans le cadre de ma thèse d'exercice, je réalise un questionnaire sur la prise en charge de la santé sexuelle. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les pratiques des médecins généralistes. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer vos droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Il y a 26 questions dans ce questionnaire.

Données sociologiques

Quelques questions pour permettre de créer des sous-groupes d'intérêt.

Votre mode d'exercice :

- Libéral
- Salariat
- Mixte

Vous avez :

- 29 ans ou moins
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 59 ans
- Entre 60 et 69 ans
- 70 ans ou plus

Vous êtes :

- Une femme
- Un homme
- Autre

Auto-évaluation de votre pratique en santé sexuelle

Nous souhaitons connaître l'évaluation que vous faites de votre propre pratique en santé sexuelle.

A quelle fréquence vos patients se plaignent-ils de problèmes sexuels ?

- Quotidienne
- Hebdomadaire
- Mensuelle
- Trimestrielle
- Annuelle
- Jamais

Vous sentez-vous à l'aise pour parler des questions de santé sexuelle lorsque le patient aborde le sujet ?

- Aucune gêne
- Gêne mineure
- Gêne modérée
- Gêne importante
- Ne se prononce pas

Vous sentez vous à l'aise pour interroger les patients sur leurs antécédents de santé sexuelle, lorsque vous abordez le sujet ?

- Aucune gêne
- Gêne mineure
- Gêne modérée
- Gêne importante
- Ne se prononce pas

Recueillez-vous spontanément les antécédents de vie sexuelle de vos patients ?

- Toujours
- Habituellement
- Rarement
- Jamais

Comment procédez-vous habituellement pour recueillir les antécédents de santé sexuelle ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Conversation ouverte
- Questionnaire
- Entretien structuré
- Je ne recueille pas les antécédents sexuels
- Autre :

Lorsque vous abordez une problématique sexuelle, cherchez-vous à savoir dans quelle mesure le patient est satisfait de sa vie sexuelle ?

- Toujours
- Habituellement
- Rarement
- Jamais

Comment évaluez-vous votre compétence à échanger au sujet des problèmes sexuels avec des patients féminins ?

- Bonne
- Assez bonne
- Assez faible
- Faible
- Ne se prononce pas

Comment évaluez-vous votre compétence à échanger au sujet des problèmes sexuels avec des patients masculins ?

- Bonne
- Assez bonne

- Assez faible
- Faible
- Ne se prononce pas

Comment évaluez-vous votre compétence à échanger au sujet des problèmes sexuels avec des patients transgenres ?

- Bonne
- Assez bonne
- Assez faible
- Faible
- Ne se prononce pas

Comment évaluez-vous votre compétence à échanger au sujet des problèmes sexuels avec des patients mineurs ?

- Bonne
- Assez bonne
- Assez faible
- Faible
- Ne se prononce pas

Comment évaluez-vous votre compétence à échanger au sujet des problèmes sexuels avec des patients âgés de plus de 65 ans ?

- Bonne
- Assez bonne
- Assez faible

- Faible
- Ne se prononce pas

Comment évaluez-vous votre compétence à prendre en charge les problèmes sexuels des patients masculins ?

- Bonne
- Assez bonne
- Assez faible
- Faible
- Ne se prononce pas

Comment évaluez-vous votre compétence à prendre en charge les problèmes sexuels des patients féminins ?

- Bonne
- Assez bonne
- Assez faible
- Faible
- Ne se prononce pas

Comment évaluez-vous votre compétence à prendre en charge les problèmes sexuels des patients transgenres ?

- Bonne
- Assez bonne
- Assez faible
- Faible

- Ne se prononce pas

Comment évaluez-vous votre compétence à prendre en charge les problèmes sexuels des patients mineurs ?

- Bonne
- Assez bonne
- Assez faible
- Faible
- Ne se prononce pas

Comment évaluez-vous votre compétence à prendre en charge les problèmes sexuels des patients âgés de plus de 65 ans ?

- Bonne
- Assez bonne
- Assez faible
- Faible
- Ne se prononce pas

En cas de difficulté pour traiter un patient avec une plainte sexuelle, savez-vous à qui l'adresser ?

- Oui, dans tous les cas
- Oui, dans la majorité des cas
- Rarement
- Non

Le repérage précoce par intervention brève

Dans la suite de ce questionnaire, nous allons nous focaliser sur la technique de l'intervention brève.

Il s'agit d'une phrase courte (par exemple : "Où en êtes-vous avec le tabac?") qui est adressée à un public cible (ici, les patients fumeurs) pour permettre d'évaluer rapidement l'intérêt ou non d'approfondir le sujet, et rappeler que le sujet a sa place dans la discussion lorsque cela est nécessaire.

Utilisez-vous déjà la technique de l'intervention brève dans les domaines suivants :

- Addictologie
- Activité physique
- Troubles alimentaires et obésité
- Troubles psychiatriques
- Santé sexuelle
- Je ne l'utilise pas
- Autre :

Dans les domaines où vous l'utilisez, comment évaluez-vous son efficacité ?

- Bonne
- Assez bonne
- Assez faible
- Faible
- Non applicable

L'intervention brève en santé sexuelle

Dans des études précédentes, les patients estiment que le meilleur interlocuteur pour les problématiques sexuelles est leur médecin traitant. Ils n'osent pas toujours lui en parler, et souhaitent que celui-ci aborde la question en premier.

Concernant l'intervention brève suivante : « Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle, ou y a-t-il une difficulté que vous souhaiteriez que nous abordions dans une prochaine consultation ? »

Pensez-vous qu'une telle intervention brève soit utile ?

- Très
- Modérément
- Pas du tout
- Ne sait pas

Seriez-vous disposé à la tester dans votre pratique ?

- Oui sûrement
- Oui probablement
- Non probablement pas
- Non sûrement pas
- Ne se prononce pas

Questions diverses

Diriez-vous que vous-même êtes satisfait sexuellement ?

- Oui sûrement
- Oui probablement
- Non probablement pas
- Non sûrement pas
- Ne se prononce pas

Souhaitez-vous faire des remarques :

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse :

geoffroy.mangion.etu@univ-lille.fr

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

B. Annexe B : International Index of Erectile Function⁵⁶

Au cours des quatre dernières semaines :

Q1 - Avec quelle fréquence avez-vous pu avoir une érection, au cours de vos activités sexuelles ?

- 0 = Je n'ai eu aucune activité sexuelle
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q2 - Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?

- 0 = Je n'ai pas été stimulé sexuellement
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Les trois questions suivantes portent sur les érections que vous avez peut-être eues pendant vos rapports sexuels.

Q3 - Au cours des quatre dernières semaines, lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous été capable de pénétrer votre partenaire?

- 0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q4 - Pendant vos rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire ?

- 0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q5 - Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous-a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?

- 0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 1 = Extrêmement difficile
- 2 = Très difficile
- 3 = Difficile
- 4 = Un peu difficile

5 = Pas difficile

Q6 - Combien de fois avez-vous essayé d'avoir des rapports sexuels ?

0 = Aucune fois

1 = 1 à 2 fois

2 = 3 à 4 fois

3 = 5 à 6 fois

4 = 7 à 10 fois

5 = 11 fois et plus

Q7 - Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?

0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels

1 = Presque jamais ou jamais

2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)

3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)

4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)

5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q8 - À quel point avez-vous éprouvé du plaisir au cours de vos rapports sexuels ?

0 = Je n'ai pas eu de rapports sexuels

1 = Je n'ai pas éprouvé de plaisir du tout

2 = Je n'ai pas éprouvé beaucoup de plaisir

3 = J'ai éprouvé pas mal de plaisir

4 = J'ai éprouvé beaucoup de plaisir

5 = J'ai éprouvé énormément de plaisir

Q9 - Lorsque vous étiez stimulé sexuellement ou aviez des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous éjaculé ?

Q10 - Lorsque vous étiez stimulé sexuellement ou aviez des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous eu un orgasme avec ou sans éjaculation ?

0 = Je n'ai pas été stimulé sexuellement ou n'ai pas eu de rapports sexuels

1 = Presque jamais ou jamais

2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)

3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)

4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)

5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q11 - Avec quelle fréquence avez-vous ressenti un désir sexuel ?

1 = Presque jamais ou jamais

2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)

3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)

4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)

5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q12 - Comment évalueriez-vous l'intensité de votre désir sexuel ?

1 = Très faible/nulle

2 = Faible

3 = Moyenne

4 = Forte

5 = Très forte

Q13 - Dans quelle mesure avez-vous été satisfait de votre vie sexuelle en général ?

Q14 - Dans quelle mesure avez-vous été satisfait de vos relations sexuelles avec votre partenaire ?

- 1 = Très insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 3 = À peu près autant satisfait qu'insatisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 5 = Très satisfait

Q15 - À quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

- 1 = Pas sûr du tout
 - 2 = Pas très sûr
 - 3 = Moyennement sûr
 - 4 = Sûr
 - 5 = Très sûr
- Questionnaire destiné au patient

Sévérité de la DE selon IIEF (Domaine de l'érection : Questions 1 à 5 et 15 ; max. 30 points)

Troubles sévères :	1	–	10
Troubles modérés :	1	–	16
Troubles légers :	17	–	25
Normal (aucune DE) :	26 – 30		

C. Annexe C : Female Sexual Function Index (FSFI)⁵⁶

Q1 - Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

Q2 - Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?

5 = Très élevé

4 = Élevé

3 = Moyen

2 = Faible

1 = Très faible ou inexistant

L'excitation sexuelle est une sensation qui comprend à la fois des aspects physiques et psychologiques. Elle peut comprendre des sensations de chaleur ou de picotement au niveau des organes génitaux, la lubrification (humidité) du vagin ou des contractions musculaires.

Q3 - Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

- 5 = Presque toujours ou toujours
- 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 1 = Presque jamais ou jamais

Q4 - Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 5 = Très élevé
- 4 = Élevé
- 3 = Moyen
- 2 = Faible
- 1 = Très faible ou inexistant

Q5 - Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être sexuellement excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 5 = Extrêmement sûre
- 4 = Très sûre
- 3 = Moyennement sûre
- 2 = Peu sûre
- 1 = Très peu sûre ou pas sûre du tout

Q6 - Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

Q7 - Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

Q8 - Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible

2 = Très difficile

3 = Difficile

4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

Q9 - Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

Q10 - Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible

2 = Très difficile

3 = Difficile

4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

Q11 - Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

Q12 - Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible

2 = Très difficile

3 = Difficile

4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

Q13 - Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

0 = Aucune activité sexuelle

Q14 - Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?

5 = Très satisfaite

- 4 = Moyennement satisfaite
- 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite
- 2 = Moyennement insatisfaite
- 1 = Très insatisfaite
- 0 = Aucune activité sexuelle

Q15 - Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

- 5 = Très satisfaite
- 4 = Moyennement satisfaite
- 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite
- 2 = Moyennement insatisfaite
- 1 = Très insatisfaite

Q16 - Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

- 5 = Très satisfaite
- 4 = Moyennement satisfaite
- 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite
- 2 = Moyennement insatisfaite
- 1 = Très insatisfaite

Q17 - Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?

- 0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel
- 1 = Presque toujours ou toujours

- 2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 4 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 5 = Presque jamais ou jamais

Q18 - Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?

- 0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel
- 1 = Presque toujours ou toujours
- 2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 4 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 5 = Presque jamais ou jamais

Q19 - Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?

- 0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel
- 1 = Très élevé
- 2 = Élevé
- 3 = Moyen
- 4 = Faible
- 5 = Très faible ou inexistant

Tableau 1 ModedecalculduscoreduFemaleSexualFunctionIndex(FSFI)[15,16].

Domaine	Questions	Score	Coefficient	Scoreminimum	Scoremaximum
Désir	1, 2	1—5	0,6	1,2	6
Excitation	3, 4, 5, 6	0—5	0,3	0	6
Lubrification	7, 8, 9, 10	0—5	0,3	0	6
Orgasme	11, 12, 13	0—5	0,4	0	6
Satisfaction	14, 15, 16	0 1)—5 (ou	0,4	0,8	6
Douleur	17, 18, 19	0—5	0,4	0	6
Scoretotal				2	36

Le score obtenu est une somme pondérée des coefficients ci-dessus. Le résultat est compris entre 2 et 36, une valeur inférieure à 26,55 est considérée comme dysfonctionnelle.

AUTEUR : Nom : Mangion

Prénom : Geoffroy

Date de soutenance : 30 Mars 2023

Titre de la thèse : La sexologie en médecine générale : point de vue des praticiens, et acceptabilité du repérage précoce intervention brève dans le Nord

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Santé sexuelle, sexologie, médecine générale, repérage précoce, intervention brève

Résumé : La santé sexuelle a longtemps été vue comme une absence de maladie et une procréation efficace. Les patients ont de plus en plus d'attentes vis-à-vis de la santé sexuelle. La médecine élargit sa définition pour inclure « la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres » (OMS, 2006). Elle fait partie de la qualité de vie des patients, et favorise leur activité physique, leur moral, et leur bien-être social. De nombreuses pathologies et thérapies ont sur elle un effet négatif. Sa dégradation peut être un symptôme précoce, et un facteur d'inobservance. La connaissance de l'état de santé sexuelle a un intérêt pour le médecin généraliste. Les patients souhaitent que leur médecin s'y intéresse, et qu'il aborde le sujet en premier. Les médecins s'en occupent peu, et attendent que le patient aborde le sujet. Pour remédier à cela, la technique du repérage précoce par intervention brève, recommandée par l'OMS, est une piste intéressante.

Nous avons conduit une étude quantitative, transversale et descriptive, auprès de médecins généralistes du Nord, afin d'évaluer l'acceptabilité du repérage précoce avec intervention brève en sexologie, et d'interroger leur pratique en santé sexuelle.

Il en ressort que cette technique est largement connue et utilisée. Elle est jugée efficace. Elle est considérée comme acceptable en sexologie par 72% des répondants. Les médecins sont peu gênés pour aborder la sexologie, surtout quand le patient initie le sujet. Ils recueillent peu les antécédents de santé sexuelle, et la satisfaction sexuelle est rarement abordée à l'initiative du médecin. Environ un tiers des médecins interrogés sont insatisfaits de leur compétence à parler de sexologie avec leurs patients, et près d'un sur deux est insatisfait de sa compétence à la prendre en charge.

Notre étude confirme que la santé sexuelle est peu explorée par les médecins généralistes, que ceux-ci ont besoin de plus de formation, et qu'une méthode permettant d'initier le sujet serait utile. Le repérage précoce par intervention brève est un candidat acceptable par les médecins généralistes.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Sophie JONARD

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Elodie LEPRINCE