



Faculté de médecine

Année 2021/2022

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Sandra MAILLOT

Née le 07/07/1987 à Saint-Denis de la Réunion (974)

Exploration de l'opinion des internes de médecine générale sur l'acquisition de leur compétence communicationnelle professionnelle dans l'abord de la sexualité au cours de leur internat

Présentée et soutenue publiquement le **18 novembre 2021** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Henri MARRET, Gynécologie-Obstétrique, PU, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, PU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Parvine BARDON, Gynécologie-Obstétrique, MSU, Activité libérale – Orléans

Directeur de thèse : Docteur Christelle CHAMANT, Médecine Générale, CCU, Faculté de Médecine – Tours

Liste des Enseignants de la Faculté de Médecine de Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénérologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean-Pierre Lebeau : Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre du jury et aussi de nous avoir épauler au début de ce travail. Monsieur le Président du Jury, j'espère que vous apprécierez l'évolution de votre ancienne tutorée.

Au Professeur Vincent Camus : Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Au Professeur Henri Marret : Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Merci pour votre souplesse et votre compréhension. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Parvine Bardon : Merci Parvine pour ton aide. Je suis très heureuse d'avoir fait ta connaissance et ta participation au jury m'honore.

A Madame le Docteur Christelle Chamant : Merci Christelle d'avoir accepté cette direction de thèse. Merci pour tes conseils et ces après-midis « doubles écrans » et pause-café. C'est avec plaisir que je tournerai la page de ces « doubles écrans ».

A Madame le Docteur Delphine Rube : Merci d'avoir réfléchi à la problématique avec nous, et d'avoir envisagé une co-direction.

A Raissa : Nos discussions étaient prometteuses, dommage que ce projet de double thèse n'ait pas abouti. Bon courage pour ton travail.

A mes anciens MSUs : Merci de vos accompagnements et des transmissions de votre amour de la médecine générale.

A Madame le Docteur Claire Kingue : Merci pour ta bonne humeur et de m'avoir acceptée en 4^{ème} patte. Je suis heureuse de te connaître. Je ne regrette pas ces démarches fastidieuses.

Aux internes interrogés : Merci cher(e)s collègues de votre participation. Je vous en suis très reconnaissante.

A l'équipe de la MSP de Fleury-Les-Aubrais : Que dire... Humm... Ben je vous adore. Merci pour votre soutien. Merci pour cette ambiance folle et solidaire au travail. Certains d'entre vous sont devenus beaucoup plus que des collègues 😊.

Aux membres de la collocation de mon premier semestre d'interne à Chartres : Nico, Claire, Lulu, Val (et Marion car quasi là tout le temps) c'était une colloc géniale. Je n'aurais pas pu rêver mieux pour débiter l'internat.

A mes amis : Qu'ils soient du collège, du lycée ou d'après (Julie, Alexandre, Thierry, Monica, Valérie et j'en passe...) je me sens chanceuse de vous avoir. Je ne serais pas la même sans vous.

A plus particulièrement Tanguy et Lolo : Merci de vos relectures à pied-levé et remarques pertinentes ! Merci pour toutes ces années d'amitiés qui j'espère dureront encore longtemps.

A mes amis co-thésards des mois d'octobre et novembre 2021 : Hé ! Adrien, Naeem, Emeline ! On y est ! Enfin, vous y êtes et j'y serai bientôt !

A ceux qui n'y sont pas encore, notamment Augustin et Xavier : Courage à vous deux, il faut s'y mettre. Je serai là pour les coups de blues (et les coups tout court).

A Fiona : Merci de ton soutien au loin. Merci pour tes cartes. Merci pour ta bonne humeur. Et dire que notre amitié a débuté sur un prêt de stylo pour le concours.

A ma famille, mes grands-parents : A ceux qui sont encore là et ceux qui ne sont plus. Je vous aime, j'espère vous rendre fiers.

A mes parents : Merci pour votre soutien durant toutes ces longues années. Merci de votre amour.

Papa : Merci de m'avoir permis de faire ce que je souhaitais.

Maman : Merci de ces longues heures passées au téléphone.

A mes frères, et à ma sœur : Je vous aime.

David : Merci d'avoir été là durant mon adolescence, elle aurait été tout autre sans toi. Je suis heureuse que tu es trouvé ta partenaire et j'ai hâte de la rencontrer ainsi que le petit Aurèle.

Dimitri : Notre complicité m'est précieuse et je regrette que certains événements passés l'aient entachée, j'espère que tu me pardonnes. Saches que tu resteras toujours le petit frère qui se glissait dans ma chambre la nuit pour chercher conseils et discuter de ses affaires de cœur.

Aujourd'hui, tu as grandi et c'est plutôt toi qui as le rôle de « grand frère ».

Arthur : Mon petit frère, 16 ans d'écart. Tu ne m'auras pas beaucoup connue à la maison, même si je peux t'assurer que moi tes couches, et tes crises de nerfs je les ai connus ! Blague à part, tu as été un adorable petit bonhomme avec ta frimousse et tes frisettes ! Aujourd'hui tu es un homme, et tes études t'ont emmené en métropole. J'espère pouvoir mieux jouer mon rôle de grande sœur ici. Je suis là petit frère, n'hésites pas.

Valérie : Merci grande sœur d'avoir été et d'être là. Ton courage et ta persévérance sont exemplaires.

A mon chéri Alexis : Merci mon amour, de ta présence, de ta patience, de ton accompagnement, de ton amour, de tout. A nos futurs projets. Je t'aime.

A notre sharpette Masha : Tu m'as remontée le moral plus d'une fois, je suis heureuse de t'avoir accueillie dans notre foyer.

ETUDE

TABLE DES MATIERES

*	Liste des abréviations préalables	p.16
A.	<u>INTRODUCTION</u>	p.17-18
B.	<u>METHODE</u>	p.19-20
C.	<u>RESULTATS</u>	p.21-49
I.	<u>Les déterminants de l'abord de la sexualité par l'IMG*</u>	p.21-33
I.1	<u>L'IMG : L'influence de sa personne dans l'abord de la sexualité</u>	p.21-26
I.1.1	L'influence de sa personnalité	p.21-22
	<i>I.1.1.1 Être Extraverti, ouvert : un avantage qui a ses limites</i>	
	<i>I.1.1.2 Être Timide : considéré comme un défaut, il peut se transformer en atout</i>	
	<i>I.1.1.3 Adapter sa personnalité pour atteindre un idéal</i>	
I.1.2	L'influence de son éducation, de son parcours de vie	p.22-23
	<i>I.1.2.1 L'influence de son éducation</i>	
	<i>I.1.2.2 L'influence de son parcours personnel</i>	
I.1.3	L'influence de son âge par rapport à l'âge du patient	p.23-24
	<i>I.1.3.1 Les adolescents</i>	
	<i>I.1.3.2 Les personnes âgées</i>	
I.1.4	L'influence de son genre par rapport au genre du patient	p.24-25
	<i>I.1.4.1 Être une femme face à une femme</i>	
	<i>I.1.4.2 Être un homme face à un homme</i>	
	<i>I.1.4.3 Être une femme face à un homme</i>	
	<i>I.1.4.4 Être un homme face à une femme</i>	

I.1.5	La motivation de l'interne	p.25-26
	<i>I.1.5.1 Un intérêt renforcé par un vécu négatif</i>	
	<i>I.1.5.2 Un intérêt renforcé par la volonté de faire mieux ou copier la prise en charge de collègues/séniors</i>	
	<i>I.1.5.3 Un intérêt renforcé par un projet professionnel lié au sujet</i>	
	<i>I.1.5.4 Un intérêt limité par des contraintes horaires</i>	
I.1.6	L'influence des expériences sexuelles personnelles	p.26
<u>I.2</u>	<u>L'IMG : L'influence du professionnel de santé dans l'abord de la sexualité</u>	p26-30
I.2.1	L'influence de son statut de stagiaire	p.26-27
I.2.2	L'influence de sa formation d'interne	p.27-29
	<i>I.2.2.1 Une formation basée sur l'expérience et l'échange</i>	
	<i>I.2.2.2 Des connaissances théoriques globales ressenties comme insuffisantes notamment en psychologie et en communication</i>	
	<i>I.2.2.3 Une acquisition hétérogène de compétences pratiques lors des stages dits « spécialisés »</i>	
I.2.3	L'effet possible d'une formation hétérogène	p.30
<u>I.3</u>	<u>L'influence de l'environnement sur l'abord de la sexualité par l'interne</u>	p.31-32
I.3.1	L'effet possible d'une pression sociale sur le sujet	p.31
I.3.2	L'impact du réseau de confiance	p.31-32
II.	<u>Communiquer : une compétence adaptative au service de deux individus (Figure 2 ^{F2})</u>	p.34-43
<u>II.1</u>	<u>L'interne au sein d'une relation médecin-patient dans une consultation autour de la sexualité</u>	p.34-36
II.1.1	Être à l'aise et mettre à l'aise	p34-35
	<i>II.1.1.1 Briser la glace</i>	
	<i>II.1.1.2 Révéler l'humain derrière le professionnel</i>	
	<i>II.1.1.3 Essayer de rester dans le « vrai »</i>	

II.1.2 Remplir sa mission	p.35-36
<i>II.1.2.1 L'interne et son MSU</i>	
<i>II.1.2.2 Une mission professionnelle, une éthique</i>	
II.1.3 Evoluer grâce à l'expérimentation du lien médecin-patient	p.36
<u>II.2 L'utilisation d'outils de communication dans la création du lien médecin-patient par l'IMG dans une consultation autour de la sexualité</u>	p.37
II.2.1 Les moyens de communication employés pour ancrer le lien interne-patient	p.37-40
<i>II.2.1.1 La création d'une atmosphère bienveillante</i>	
<i>a. La prise en compte l'entourage du patient : jongler entre l'approche centrée patient et l'approche globale</i>	
<i>b. L'utilisation de la Communication Non Verbale</i>	
<i>c. La valorisation du patient</i>	
<i>II.2.1.2 L'organisation de sa consultation</i>	
<i>II.2.1.3 L'adaptation du discours au patient</i>	
<i>II.2.1.4 L'utilisation de certaines techniques de communication</i>	
<i>II.2.1.5 L'utilisation de support de communication</i>	
II.2.2 Le rôle prépondérant de l'empathie	p.40
II.2.3 La gestion des émotions	p.41-42
<u>III. L'adaptation de l'IMG* face à ses difficultés dans l'abord de la sexualité : un aperçu des stratégies développées (Figure 3^{F3})</u>	p.44-50
<u>III. 1. Les difficultés rencontrées par l'interne</u>	p.44-45
III.1.1 La peur d'être jugé	p.44
III.1.2 La peur de mal faire	p.45
III.1.3 La gestion du temps	p.45
<u>III.2. Les stratégies développées</u>	p.46-49
III.2.1 Saisir ou non l'opportunité de parler de sexualité	p.46
III.2.2 Rester dans ses habitudes	p.46

III.2.3	Être paternaliste	p.46-47
III.2.4	Avoir de la méthode	p.47
III.2.5	Montrer de l'assurance	p.47
III.2.6	Se réfugier dans une posture professionnelle	p.48
D.	<u>DISCUSSION</u>	p.50-62
I.	<u>Résultat Principal</u>	p.50-52
II.	<u>Comparaison avec la Littérature</u>	p.53-59
<u>II.1</u>	<u>La formation des internes sur l'abord de la sexualité</u>	p.53
II.1.1	<i>Une remise en cause des stages « spécialisés » hospitalier, notamment en gynécologie</i>	p.53
II.1.2	<i>L'encadrement et la mise en autonomie de l'interne remis en question</i>	p.53
II.1.3	<i>La méconnaissance d'un sujet, d'une approche, délaissés en formation initiale</i>	p.54
<u>II.2</u>	<u>Les difficultés de l'IMG soulevées par le sujet de la sexualité</u>	p.54
II.2.1	<i>Un sujet qui engendre des remises en question personnelles et professionnelles</i>	p.54
II.2.1.1	<i>Ne pas être légitime</i>	
II.2.1.2	<i>Une impression de manquer de connaissances en communication sur la sexualité</i>	
II.2.1.3	<i>L'intérêt d'avoir des connaissances en psychologie</i>	
II.2.1.4	<i>Des compétences communicationnelles peut-être limitées par le sujet</i>	
II.2.2	<u>Les limites de sa pratique</u>	p.56
II.2.2.1	<i>La difficulté à s'adapter à l'imprévu</i>	
II.2.2.2	<i>Avoir peur d'être jugé</i>	
II.2.2.3	<i>La difficulté de l'ingérence de sa personnalité dans cette approche</i>	

<u>II.3</u>	<u>L'enseignement de la prise en charge de la sexualité en Europe</u>	p.58
II.3.1	<i>La formation de la prise en charge de la sexualité : un intérêt récent européen</i>	p.58
II.3.2	<i>La communication professionnelle, une compétence qui s'apprend et surtout se partage</i>	p.59
III.	<u>Forces et Limites</u>	p.60-61
IV.	<u>Perspectives</u>	p.61-62
E.	<u>CONCLUSION</u>	p.63
F.	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p.64-67
G.	<u>REFERENCES ILLUSTRÉES</u> ^{Rix}	p.68-72
^{R11}	<u>Tableau des compétences/familles de situation</u>	p.68-69
^{R12}	<u>La Marguerite des Compétences</u>	p.69
^{R13}	<u>Extrait des recommandations HAS* d'avril 2016 « Boite à outils, Communication et Sécurité du patient »</u>	p.70
^{R14}	<u>Extrait des recommandations d'approche pour la santé publique écrite par l'OMS en 2015 au sujet de la CBS : Communication Brève relative à la Sexualité</u>	p.71
^{R15}	<u>Roulette combinatoire canadienne</u>	p.72

H. TABLEAU ET FIGURES ^{TxFx} p.73-76

T1 Tableau des participants et de leurs données socio-démographiques p.73

F1 Figure 1 p.74

F2 Figure 2 p.75

F3 Figure 3 p.76

I. ANNEXES ^{Ax} p.77-83

A1 La réponse aux 7 questions p.77

A2 Guide d'entretien p.78-79

A3 Extraits de Codage (utilisation du logiciel Excel) p.80-81

A4 Google Form p.82-83

ABREVIATIONS*

Ax	Annexe numéro x
BMS	Bulletins des Médecins Suisses (Revue)
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CNGE	Collège National des Enseignants Généralistes
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNV	Communication Non Verbale
CSP	Code de Santé Publique
DE	Dysfonction Erectile
DES	Diplôme d'Etudes Supérieures
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
EM	Entretien Motivationnel
GEAP	Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratiques
GEF	Groupe d'Enseignement Facultaire
IMG	Interne de Médecine Générale
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LGBTQIA+	Communauté Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Trans, Queers, Intersexes, Asexuels et les autres (Bi-spirituels, Androgynes, ...)
MG	Médecine Générale ou Médecin Généraliste
MSU	Maître de Stage Universitaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNL	Programmation Neuro linguistique
Rlx	Référence illustrée numéro x
RNIPH	Recherche N'impliquant pas la Personne Humaine
RSCA	Récit de Situation Complexe Authentique
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SODEV	Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo
T&Fx	Tableau et Figure numéro x
Traces	Traces d'apprentissage

A. INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS*)(1), la santé sexuelle est « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. »

Elle requiert « une approche positive et respectueuse »(1) qui demande souvent plus de temps au praticien(2). Cet aspect chronophage et surtout le risque de mettre le patient mal à l'aise sont des freins récurrents (3,4) avancés par les médecins quand on les questionne sur leur abord de la sexualité en consultation.

En 2001, les données de l'observatoire de la médecine générale ont révélé que 1/4 des médecins généralistes ne s'occupaient pas des dysfonctions sexuelles (5). En 2013, le dépistage de ces dysfonctionnements (6) n'était réalisé que par la moitié d'entre eux et seuls 3/4 de ces derniers ont pris le trouble en charge. La prise en charge de la santé sexuelle semble donc dépendante de la pratique de chaque médecin.

Afin d'harmoniser les pratiques, la France a initié en 2017 une stratégie nationale visant à améliorer la prise en charge médicale de la santé sexuelle. Ce projet prévoit entre autres, d'intégrer aux formations médicales de premier et second cycle, une unité d'enseignement dédiée. Il a en effet été démontré en 2008 (5), que les internes de médecine générale (étudiants en troisième cycle des études médicales) ne se sentaient pas formés sur ce thème.

Aujourd'hui, les Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG*) peuvent avoir recours au « tableau de famille de situation/compétences »^{RI1} pour apprécier et aider l'interne dans sa formation. On retrouve la santé sexuelle dans la famille de situation « sexualité et génitalité ». Les compétences évaluées face à chaque famille de situation explorent un éventail d'aptitudes^{RI2} proposées par le Collège National des Enseignants Généralistes (CNGE*), telles que : les situations d'urgences, la relation/communication centrée patient, l'éducation et le dépistage, le suivi et la coordination des soins, la vision globale du patient et enfin le professionnalisme. Toutes, cependant, possèdent, un point commun : la compétence communicationnelle professionnelle, qui dans cette famille de situation pourrait sembler plus délicate à acquérir.

Le CNGE* définit la « Compétence » comme « un savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison de ressources internes et externes pour répondre à un ensemble de situations professionnelles données. » Le terme « communication » vient du latin « communicare » qui signifie mettre en commun, partager. Le professionnalisme médical fait référence à l'engagement du praticien envers la société, à pratiquer de manière éthique, déontologique en privilégiant le bien-être des personnes, en se donnant l'occasion d'améliorer ses compétences et en assumant la responsabilité des décisions prises avec le patient. La communication professionnelle est une forme particulière de communication interpersonnelle (7). Ainsi, la « compétence communicationnelle professionnelle médicale » reflète l'aptitude du praticien à établir un environnement propice à une bonne relation médecin-patient que ce soit au travers d'échanges d'informations verbales ou non verbales.

La relation médecin-patient peut être difficile à construire durant les stages, pour les internes qui ne disposent que de six mois pour la créer. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il est sujet de l'intimité des patients (8). En effet, les patients bien qu'ils aient pour la plupart confiance dans leur prise en charge médicale (9) remarquent des lacunes d'ordre relationnel chez ces jeunes praticiens (10).

Les questions autour du « savoir-faire » et du « savoir être » sont des sujets de plus en plus étudiés en recherche de médecine générale. En 2017, des critères d'évaluation de la compétence en communication chez les étudiants en médecine, ont été proposés à partir d'analyse de jeux de rôle dans deux thèses de médecine (11,12). Dans ces écrits, 4/5 des internes étaient favorables à une formation en communication dans la relation médecin-patient.

Cependant, l'acquisition de cette compétence communicationnelle à travers le vécu de l'interne a été peu étudiée. Il est donc apparu intéressant d'explorer l'avis de l'Interne de Médecine Générale (IMG*) sur l'acquisition de cette compétence communicationnelle professionnelle dans l'abord d'une consultation, possiblement considérée comme « embarrassante », autour de la santé sexuelle.

B. METHODE

Type d'étude

L'étude qualitative a été choisie pour répondre à la question de recherche. Pour comprendre le déroulé de l'acquisition des compétences communicationnelles de l'IMG*, une approche inspirée de la théorisation ancrée a été utilisée. L'approche par théorisation ancrée a été privilégiée car elle se prête à la construction d'un modèle explicatif d'interactions sociales. Cette approche semblait donc être la plus adaptée à l'étude d'une acquisition de compétence.

Population

Le travail d'échantillonnage théorique a été limité par le taux de participation à l'étude. Initialement, la recherche portait sur les internes de médecine générale de 3^{ème} année d'internat de la région Centre. Cependant, le faible taux de participation a conduit à étendre cette recherche aux internes de 2^{ème} année et aux remplaçants non thésés de moins d'un an après l'internat. Les participants ont été sollicités par les réseaux sociaux tel que Facebook et le réseau professionnel de l'investigatrice. Le recrutement des participants s'est effectué par la méthode boule de neige, et au gré de l'analyse des entretiens jusqu'à la saturation théorique des données.

Recueil des données

Avant de débiter le recueil et l'analyse des données, les a priori du chercheur ont été travaillés par l'utilisation des « 7 questions ». ^{A1}

Du fait des circonstances sanitaires exceptionnelles, les entretiens ont été conduits de deux façons. Certains ont pu être réalisés en présentiel, mais la majorité l'ont été par visioconférence ^{T1}. L'entretien s'est réalisé de manière semi directive en s'appuyant sur un guide ^{A2}. Ce dernier a pu être modifié au cours de la recherche, afin d'améliorer la pertinence de l'analyse. Les entretiens ont été enregistrés via un dictaphone et/ou via Skype ou Microsoft Teams selon la préférence du participant. Ils ont été d'une durée variable allant de 21 minutes à 56 minutes pour une moyenne d'entretien d'une trentaine de minutes.

Analyse

L'investigatrice a utilisé les logiciels Word et Excel pour le traitement des données. Ce dernier a débuté par une retranscription mot à mot des entretiens. La totalité de cette retranscription a constitué ce qu'on appelle le verbatim. Les données ont été codées ^{A3} en unités de signification pour constituer dans un premier temps des étiquettes, puis des propriétés. Un double codage partiel entre l'investigatrice et sa directrice de thèse a été

réalisé pour améliorer la validité interne de l'étude. Au fur et à mesure des entretiens, les données ont été mises en relations, sélectionnées et triées de manière à définir des « catégories conceptualisantes ». Celles-ci ont finalement été utilisées pour établir un modèle explicatif global. Pour une meilleure lisibilité, ce modèle a été découpé en trois figures^{F1 F2 F3}.

Aspects éthiques

Après vérification auprès du service de coordination des recherches du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU*) de Tours, cette étude est classée dans la catégorie des Recherche n'impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH*), donc hors Loi Jardé. Le consentement de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL*) et l'avis du comité d'éthique n'étaient donc pas nécessaires.

Le chercheur a en revanche appliqué une démarche éthique. Avant chaque entretien, le participant a rempli un formulaire indiquant son consentement et ses données sociodémographiques. Compte-tenu de la réalisation de nombreux entretiens virtuels, ces derniers ont été collectés via un Google Form^{A4}, à deux exceptions près (version papier). L'investigatrice s'est engagée à détruire les données collectées à la fin de son travail. Un code alphanumérique a été également attribué à chaque entretien pour garantir la confidentialité et anonymiser les données.

C. RESULTATS

I. Les déterminants de l'abord de la sexualité par L'IMG*

La consultation médicale est un temps d'échanges entre le médecin et son patient. En tenant le rôle médical, l'interne s'est placé au service de son patient pour résoudre les problématiques de santé évoquées. Cependant, dans le cadre d'une problématique en lien avec la sexualité, ce « service » a mobilisé des ressources personnelles et professionnelles.

I.1 L'IMG : L'influence de sa personne dans l'abord de la sexualité

I.1.1 L'influence de sa personnalité

I.1.1.1 Être Extraverti, ouvert : un avantage qui a ses limites

Un tempérament « communicatif », décontracté a semblé avoir été un atout pour aborder la sexualité.

D : « de nature [...] je suis assez cash [...] je voyais qu'il n'osait pas me dire donc j'ai dit « Quand vous avez mal, ça vous fait débâter ? » [...] finalement il a été à l'aise. »

E : *[parlant de son discours de prévention sur les IST]* « le préservatif, je le prescris facilement et euh je peux rentrer dans les détails »

La confiance de l'interne dans son aptitude relationnelle a semblé avoir cependant des limites et pouvoir être la source d'un sentiment exacerbé de culpabilité lors d'un échec.

E : « un p'tit jeune de 16 ans qui vient pour un mal de gorge, je ne vais pas [...] partir sur la sexualité, alors que chez une jeune fille, je serai capable »

D : « Ah ben là, tu t'es peut-être surestimée [...] ça m'a envahie de culpabilité... ».

I.1.1.2 Être Timide : considéré comme un défaut, il peut se transformer en atout

La timidité de l'interne a pu être un frein à l'abord de la sexualité par l'IMG en consultation, par la limitation d'initiatives qu'elle a engendré.

G : « je sais qu'habituellement je suis plutôt réservé ».

I : « quand on veut entrer dans l'intimité des gens, c'est, enfin pas qu'on marche un peu sur des œufs, mais c'n'est pas toujours facile quoi »

Cependant, cette timidité a semblé être à l'origine d'un effet miroir entre le patient et l'interne. Ce sentiment « partagé » a pu ainsi paradoxalement avoir aidé l'interne à dépasser son malaise et à faciliter l'invitation de son patient à se livrer.

G : « Si je vois, que le patient semble gêné d'aborder des sujets, a du mal à s'exprimer sur le sujet, alors qu'il l'aborde déjà, heu, je rassure le patient ».

D : « montrer qu'on est gêné d'aborder ça, c'est ce qui met parfois en place déjà la gêne »

1.1.1.3 Adapter sa personnalité pour atteindre un idéal

Les traits de personnalité sembleraient avoir modelé la stratégie d'approche de l'interne, dont la position professionnelle impliquait une bonne écoute et l'absence de jugement.

G : « je suis plutôt euh... à laisser parler les gens et à écouter. [...] je suis là pour écouter, que je ne suis pas là pour juger. »

D : « j'apprends à mettre les formes, [...] A savoir des fois, observer, écouter ... »

1.1.2 L'influence de son éducation, de son parcours de vie

Les valeurs et l'expériences personnelles de l'interne, transmises par sa famille ou acquises, ont pu influencer sa représentation de la sexualité et donc sa manière de la prendre en charge.

1.1.2.1 L'influence de son éducation

La pudeur et/ ou le respect de l'intimité du patient ont pu être des arguments mis en avant pour expliquer la réserve de l'interne sur l'abord de la sexualité.

I : « (*Rire nerveux*), je ne suis pas rentrée plus dans les détails ».

F : « comme des sujets autour de la sexualité, où des fois on peut être gêné au début mais en fait, on se rend compte que les personnes attendent ».

L'éducation de l'interne a semblé lui servir ainsi de référence dans son abord de l'intimité du patient. Cette « référence » a pu être utilisée telle quelle, mais aussi en contre-exemple :

G : « je pense que euh c'est notre expérience personnelle et notre éducation qui font qu'on a ou qu'on n'a pas l'esprit ouvert ».

E : « je ne sais pas pourquoi, il semblerait que ça vienne de la famille, qu'il y ait des peurs qui se soient transmises [...] j'essaye vraiment de mettre une image positive sur la sexualité, parce que [...] j'avais une mauvaise image. »

1.1.2.2 L'influence de son parcours personnel

Les expériences personnelles de l'interne ont pu influencer sa pratique de manière similaire.

C (émotive) : « mon expérience personnelle c'est la place primordiale de tout ça ».

G : [*parlant de son expérience personnelle*] « ça me permet enfin je pense, d'avoir un esprit plus ouvert, moins stigmatisant. »

Au-delà d'une simple influence, l'expérience personnelle était utilisée comme une ressource supplémentaire pour répondre au patient.

E : « moi en tant que patiente [...] je trouvais que ça m'avait apporté un bénéfice et je me suis dit ben autant essayé de parler avec les patients... »

De plus, les situations cliniques qui ont fait échos au propre vécu de l'interne, ont semblé générer une attention supplémentaire sur le patient. Ceci a pu participer à la création du lien médecin-patient.

E [*parlant de son vécu médical d'adolescente et de sa position plus compréhensive envers ces patientes*] : « je trouve tout ça dommage, euh qu'on ne m'ait pas écoutée, ce que je souhaitais [...] peut-être que ça joue un petit peu là-dedans ».

D : « en tant que femme [...] venant de devenir maman, [...] quand je vois les premières consultations [...] du nourrisson, ben avant « j'appliquai mon truc » et ben maintenant [...] je pose toujours des questions [sur la mère] »

1.1.3 L'influence de son âge par rapport à l'âge du patient

L'abord de la sexualité par l'interne était différent selon l'âge du patient. L'adaptation de l'interne à son patient a semblé lui être propre. Cependant, ce qui pourrait être perçu comme de l'adaptation et de bon ton, a pu s'avérer parfois être le résultat de préjugés, et notamment concernant la sexualité des adolescents et des personnes âgées.

1.1.3.1 Les adolescents

La confiance de l'interne dans son abord de la sexualité chez la population adolescente a été mitigée. Elle a semblé dépendre de la connaissance de l'interne sur les

attentes des adolescents et à sa capacité à s'adapter aux différents niveaux de compréhension des adolescents.

H : « elle paraissait beaucoup plus mature que ça, donc j'ai utilisé des termes hyper-techniques [...] Et j'ai senti heu, qu'elle était un peu réticente ».

D : « Quand tu seras grande et que tu feras des câlins de grande » ...Euh oui j'dis ça, ben oui faut pas être naïf, quoi ! »

A : « L'aborder ça va [...] euh ayant eu l'expérience d'animateur en colonie de vacances [...]et ils sont très demandeurs en fait. »

1.1.3.2 Les personnes âgées

La sexualité des personnes âgées était le plus souvent niée par les internes. Celle-ci a été évoquée essentiellement chez les femmes, par les internes aux « affinités gynéco ».

A : « En gros jusqu'à 60 ans ça me paraît facile. Au-delà en général euh je ne sais pas si je suis dans le déni ou si je me dis qu'ils ont assez vécu sur terre pour pouvoir l'exprimer facilement, mais j'y viens beaucoup moins facilement ».

B : « C'est peut-être social aussi ou un problème de tabou de la sexualité des personnes âgées ».

1.1.4 L'influence de son genre par rapport au genre du patient

L'abord de la sexualité par l'interne semble avoir été facilité lorsque celui-ci partageait le même genre que son patient pour le genre féminin, mais du côté masculin la tendance semble avoir été plus nuancée. Le genre opposé, par contre, a limité la plupart du temps la discussion sur ce sujet.

1.1.4.1 Être une femme face à une femme

E : « sur la femme je ne me sens pas gênée »

1.1.4.2 Être un homme face à un homme

B : « bon j'ai la chance que ce soit un homme déjà [...] en sexe similaire c'est plus facile... »

1.1.4.3 Être une femme face à un homme

C : « homme euh, enfin... c'est plus difficile pour lui de euh parler de ça avec une femme [...] je n'ai jamais abordé le sujet... avec des patients hommes, qui ne venaient pas pour ça... »

1.1.4.4 Être un homme face à une femme

A : « je fais attention lorsque je vois que je suis trop intrusif et surtout avec les femmes ... »

1.1.5 La motivation de l'interne

Choisir d'aborder la sexualité en consultation a semblé souvent dépendre de motivations personnelles, qui pouvaient aussi être liées à des contraintes professionnelles. Dans les deux cas, l'apport d'une expérience marquante et ces conséquences ont semblé pouvoir servir d'exemple de conduite ou de garde-fou à l'interne.

1.1.5.1 Un intérêt renforcé par un vécu négatif

B [parlant d'une mauvaise expérience gynécologique vécue par sa copine] : « Faudrait pas tarder à faire des enfants » ou « l'horloge tourne » [...] c'est pas euh, ton rôle de mettre un ultimatum aux patients sur ce genre d'aspect... ».

D : « j'ai été de l'autre côté donc euh je mets la santé psychologique au même niveau que la santé organique. »

1.1.5.2 Un intérêt renforcé par la volonté de faire mieux ou copier la prise en charge de collègues/séniors

D : « je le vois avec mes MSU, hein tout de façon quand c'est du psychologique « Oui, oui ben allez voir euh ... » et pffuit ! ».

F : « moi j'ai eu de la chance de passer avec des médecins en niveau 1 qui étaient très axés là-dessus justement »

1.1.5.3 Un intérêt renforcé par un projet professionnel lié au sujet

E : « Alors, je compte faire une formation, un DIU de gynécologie [...] Euhm, et je compte surtout quand je serai thésée, rejoindre le centre d'IVG d'O. »

D : « une formation sur tout ce qui est la psychologie [...] c'est même d'ailleurs un projet que je garde toujours au fond de ma tête ».

1.1.5.4 Un intérêt limité par des contraintes horaires

F : « elle m'a parlé de ça lorsque je lui ai rendu sa carte vitale [...] à part lui reproposer, pour le coup une autre consultation... »

1.1.6 La prise en charge des minorités sexuelles

L'abord et surtout la discussion autour d'une sexualité différente de la sienne et/ou une sexualité LGBTQIA+ (Lesbienne, Gay, Bisexuels, Trans, Queer, Intersexe, Asexué et autres) ont pu donner des difficultés à l'interne. En effet, la méconnaissance du sujet et la limitation de son expérience professionnelle ont été des facteurs qui pouvaient favoriser sa gêne/ réticence à en parler.

G : « en fait pas souvent, des homosexuels ou autres, je n'ai pas forcément eu ce genre de conversation avec des patients ou patientes. »

A : « il y a des orientations sexuelles qui ne sont toujours pas assumées, qui mettent un peu en difficulté les patients [...] et du coup faut être très prudent. »

I.2 L'IMG : L'influence du professionnel de santé dans l'abord de la sexualité

I.2.1 L'influence de son statut de stagiaire

L'interne effectue classiquement des stages de 6 mois en libéral ou en hospitalier. En libéral, lorsqu'il « remplace » un médecin traitant, l'importance du lien de confiance médecin-patient dans l'abord d'une question intime, lui a semblé indispensable. S'immiscer dans l'intimité du patient pourrait lui paraître réservé et plus légitime au médecin de famille du patient, ce qui pourrait expliquer ses hésitations à aborder le sujet.

A : « ils n'ont pas envie de débiller ça à quelqu'un qu'ils ne reverront pas quoi ! »

D'ailleurs, certains patients aussi revendiquent cette proximité :

C : *[rapporte les propos d'un patient qui s'adresse à son MSU]* « Enfin, c'est à vous que j'ai envie d'en parler »

Les entretiens ont cependant révélé que les internes avaient pour la plupart conscience de la demande des patients, et parfois de la gêne de ces derniers à parler de problèmes intimes avec leur médecin habituel.

A : « parce que le médecin connaît leur parents ... euh ça peut être un frein. »

D : *[qui rapporte le discours d'un patient sur sa dysfonction érectile]* « En fait, j'n'ose pas en parler à Machin »

F : « on se rend compte que les personnes attendent euh... [...] vraiment qu'on aborde le sujet »

L'argument du lien de confiance dans ce contexte a pu alors avoir été un moyen de justifier leur propre inconfort.

B : « là moi je suis totalement mal à l'aise »

Cependant, l'expérience professionnelle a semblé permettre à l'interne plus de confiance en lui en consultation. On peut noter que le manque d'expérience dans ce contexte a pu servir de prétexte à ne pas traiter le sujet sur le moment, voir éluder la question.

H : *[parlant de son abord de la sexualité en niveau 1]* « je me serai sentie moins légitime »

A : « les consultations dans lesquelles il y a eu un peu d'errance, ça ne va pas poser grand souci, ce n'est pas une urgence médicale mais dans le cadre d'un suivi au long cours [...] d'un médecin traitant, il va falloir se pencher sur la question. »

Le statut de « passage » n'était pas le seul à pouvoir influencer l'intervention de l'interne dans une consultation autour de la sexualité. Son statut de professionnel en formation a pu également remettre celle-ci en cause.

1.2.2 L'influence de sa formation d'interne

1.2.2.1 Une formation basée sur l'expérience et l'échange

La formation de l'interne a semblé reposer sur son acquisition d'expérience au cours de ses stages professionnels, mais aussi sur des échanges professionnels ou entre internes. A Tours, pour l'illustrer, il doit constituer un portfolio preuve de sa réflexion sur sa pratique. Celui-ci comprend des récits de situations cliniques et authentiques (RSCA*) ou des rédactions plus courtes appelées traces. Il est également tenu à participer régulièrement à des groupes de travail organisés par la faculté (GEAP*, GEF*, Séminaires) pour favoriser les échanges d'expériences.

Les internes interrogés semblaient reconnaître le bénéfice de ces travaux et de ces échanges sur l'avancée de leurs acquisitions.

E : « les GEAP, euh m'ont permis parfois d'aborder des questions de communication [...] Avoir l'expérience des autres je trouve que c'est intéressant. »

I : « Ben, j'en ai fait une trace ! (*Rires*) Nan, parce qu'en fait, moi des adolescents, je n'en vois pas énormément... »

Dans ce contexte, la formation de l'interne dépendait aussi de sa capacité à rechercher des informations sur la pratique. Ces recherches devaient logiquement répondre à un certain standard scientifique, mais il a semblé que l'interne ait été parfois amené à s'écarter de la science et à prendre en considération des données issues de médias.

Dans son apprentissage de l'abord de la sexualité, l'interne s'est donc appuyé sur un maximum de ressources possibles en passant de l'article de revue scientifique, aux livres, à la recommandation de sociétés savantes, à des thèses, mais aussi aux réseaux sociaux ; ainsi que sur leurs expériences personnelles.

D : « j'ai déjà vu des infos qui m'ont aidée en consultation typiquement en me baladant sur Facebook... »

E : « je me suis acheté le livre, [...] le dernier du CNMGOF avec les dernières recommandations »

G : « il y a la bible du DUMG, ben c'est le livret d'Isabelle Molley-Massol sur la communication ».

Le Maître de Stage Universitaire (MSU*) a semblé être un appui important pour l'interne au cours de sa formation. La qualité de leurs échanges a influé sur l'acquisition de compétences de l'interne.

E : *[parlant d'un de ses MSU*]* « elle m'aide à analyser [...] bon elle m'apprend beaucoup. »

F : « des médecins en niveau 1 [...] qui m'ont beaucoup corrigée »

1.2.2.2 Des connaissances théoriques globales ressenties comme insuffisantes notamment en psychologie et en communication

Les internes interrogés ont rapporté ne pas être formé en sexologie, ou à traiter tous les aspects de la santé sexuelle.

A : « moi j'n'ai rien reçu sur la sexologie, sur l'éducation sexuelle [...] Ce qui est sûr c'est qu'en théorie on n'a pas grand-chose »

F : *[au sujet des minorités sexuels]* « on n'en parle pas beaucoup au niveau de la formation médicale »

L'absence de formation en psychologie a souvent été mentionnée dans les entretiens et regrettée par les internes. Les notions de psychologies associées aux bons outils de communication leur semblent en effet, utiles voir indispensables dans l'amélioration de leurs approches du patient.

B : « Je ne sais pas, je ne sais pas assez l'aborder de façon, de façon douce. [...] ce serait peut-être adapté d'avoir [...] des psychologues [...] qui pourraient aborder le sujet avec les internes, par exemple. »

D : [au sujet de ses souhaits de changement dans la formation d'interne] « euh une formation sur tout ce qui est la psychologie, je trouve que euh clairement on n'en a pas »

E : « je me dis qu'on peut soulager beaucoup de maux sans, en parlant, en vidant le sac au patient... »

1.2.2.3 Une acquisition hétérogène de compétences pratiques lors des stages dits « spécialisés »

Le stage en gynécologie a permis aux internes à se confronter à des problématiques génitales, intimes, ce qui a semblé pouvoir aider certains à dépasser leur pudeur/timidité.

I : « la gynéco ça a quand même, on ne va pas dire désacraliser, mais au bout d'un moment (*Sourires échangés*), c'est plus facile d'aborder les choses ».

H : « j'ai fait énormément de consultation donc ça m'a permis de parler beaucoup avec les femmes de sexualité »

Les bénéfiques de ce stage n'ont pourtant pas été considérés comme suffisants, par les internes, car il ne semblait pas répondre aux besoins de la médecine générale (MG*). De plus, la communication autour de la sexualité n'aurait pas été abordée.

C : [*stage de gynécologie aux urgences du CHU*] « Du coup sur le plan éducation sexuelle, euh clairement ça ne m'a rien appris »

B : « lorsque j'étais en gynécologie d'ailleurs... On n'a pas abordé ce sujet »

Les stages en planification familiale ont semblé leur apporter plus d'aisance mais sur certains aspects de la santé sexuelle, et pas forcément sur la sexualité.

D : « Alors dans le domaine de la santé sexuelle, [...] j'ai beaucoup appris dans mon stage au centre de planification [...] dépistage, IST*, tout ça tout ça, euh du coup je suis sensible au sujet des violences conjugales ».

E : [*parlant de ses ressources en santé sexuelle*] « ben je n'ai pas grande chose à part tout ce qui est contraception ».

I.2.3 L'effet possible d'une formation hétérogène

Le contenu de sa formation (cf§I.2.2) a certes montré des manques, mais on peut noter que celle-ci dépendait pour beaucoup de l'implication de l'interne et des opportunités de formation ou de rencontres qui se sont offertes à lui.

E : « les GEAP*[Groupe d'Echanges et d'Analyse de Pratiques], euh m'ont permis parfois d'aborder des questions de communication et donc de faire des recherches »

F : « j'ai la chance d'avoir fait la formation « Entretien Motivationnel », [...] Ce serait bien [...] qu'il y ait des places pour tous les internes »

La motivation de l'interne a semblé lui permettre de s'affranchir du hasard de sa formation. Ainsi, des compétences non acquises au cours de l'internat n'ont pas toujours freiné l'interne à aborder la sexualité. Plusieurs internes ont en effet fait part de leurs projets de diplômes universitaires complémentaires. Ceci peut d'ailleurs, illustrer le caractère permanent de l'apprentissage en médecine.

C : *[réponse à la demande de son avis concernant sa compétence communicationnelle de professionnel de santé sur la santé sexuelle]* « c'est un peu ce qu'il manque avec l'internat de MG » *[voudrait s'inscrire au DIU*de gynécologie pour le MG*]* « Ce que j'y recherche, ce sont des moyens de communication justement »

D : « faire une petite formation TCC *[Thérapie cognitivo-comportementale]* pour la médecine générale »

A : « Il faut faire un DIU* de sexologie, il faut faire des recherches orientées pour être plus à l'aise »

Cependant, la motivation personnelle de l'interne à elle seule ne devrait pas conditionner l'acquisition de ses compétences. Cette motivation semble devoir être entretenue et encouragée car de nombreux internes ont rapporté un sentiment de solitude dans leurs apprentissages.

F : « on doit se débrouiller sur le terrain »

H : « on est vite lâché face au patient [...] donc ce serait bien un peu avant de se préparer. »

I.3 L'influence de l'environnement sur l'abord de la sexualité par l'interne

I.3.1 L'effet possible d'une pression sociale sur le sujet

La santé sexuelle est de plus en plus mise en avant ces dernières années. Les médias en parlent davantage, et l'expression de sa sexualité semble moins réprouvée, voire parfois même encouragée. Pour autant, les internes n'ont pas semblé prêts à discuter de tous les sujets liés à la sexualité et ont souvent avancé le manque de formation en raison principale.

A : « En médecine générale, la formation qu'on a reçu sur la sexualité n'est clairement pas à la hauteur de ce qui, de ce qu'attendent les patients... »

F : « la société actuelle est peut-être [...] plus libre [...] en tant que médecin généraliste on est quand même là en premier lieu [...] des fois on n'a pas de réponse à leur donner alors qu'on devrait être [...] mieux formés ».

I.3.2 L'impact du réseau de confiance

Appartenir à un réseau a semblé constituer un soutien majeur pour l'interne dans ces interrogations sur sa pratique. Ce réseau était assez cosmopolite selon les internes interrogés. Ces derniers ont en effet mentionné pouvoir réfléchir sur des problématiques d'ordre communicationnelles ou sexuelles, rencontrées durant leur consultation, auprès de collègues internes, connaissances professionnelles, mais aussi dans leur cercle familial. Il était donc presque indispensable et complémentaire aux rencontres supervisées par la faculté (GEAP*, Groupe d'Enseignement Facultaire (GEF*) ...).

D : « des fois, un p'tit coup de téléphone, l'appel à un ami, « voilà euh excuse moi j'ai une question gynéco... »

F : « j'en ai discuté avec ma cousine qui est psycho en sexualité »

On a pu ainsi constater que finalement, c'était son carnet d'adresse et/ou sa vision globale des professionnels de santé et de leurs compétences sur le territoire qui étaient le plus directement utile(s) à l'interne dans les situations difficiles.

B : « je l'orientais plutôt vers un médecin urologue pour un peu plus étayer... »

I : « bon après euh j'imagine qu'il y a des sexologues qui existent, mais bon, il n'y en a pas beaucoup en général. (*Se racle la gorge*) ».

Dans le contexte d'une consultation médicale, l'interne a semblé sujet à une pression implicite, celle de proposer une solution au patient. En effet, les internes interrogés ont semblé facilement culpabiliser lorsqu'ils n'étaient pas en mesure de répondre à la demande du patient.

I : « Ben c'est vrai, que ben, je n'avais pas trop de solutions à leur proposer (*se touche les cheveux*) »

E : « j'étais [...] soulagée de voir que j'aurai peut-être une solution pour elle. »

Cette pression a semblé limiter son intervention sur la sexualité.

A : « moi le manque de connaissances euh c'était évident que ça m'a ... voilà je ne savais pas... comme moi je manquais de... de bouteille et de connaissances là-dessus j'avais du mal à... »

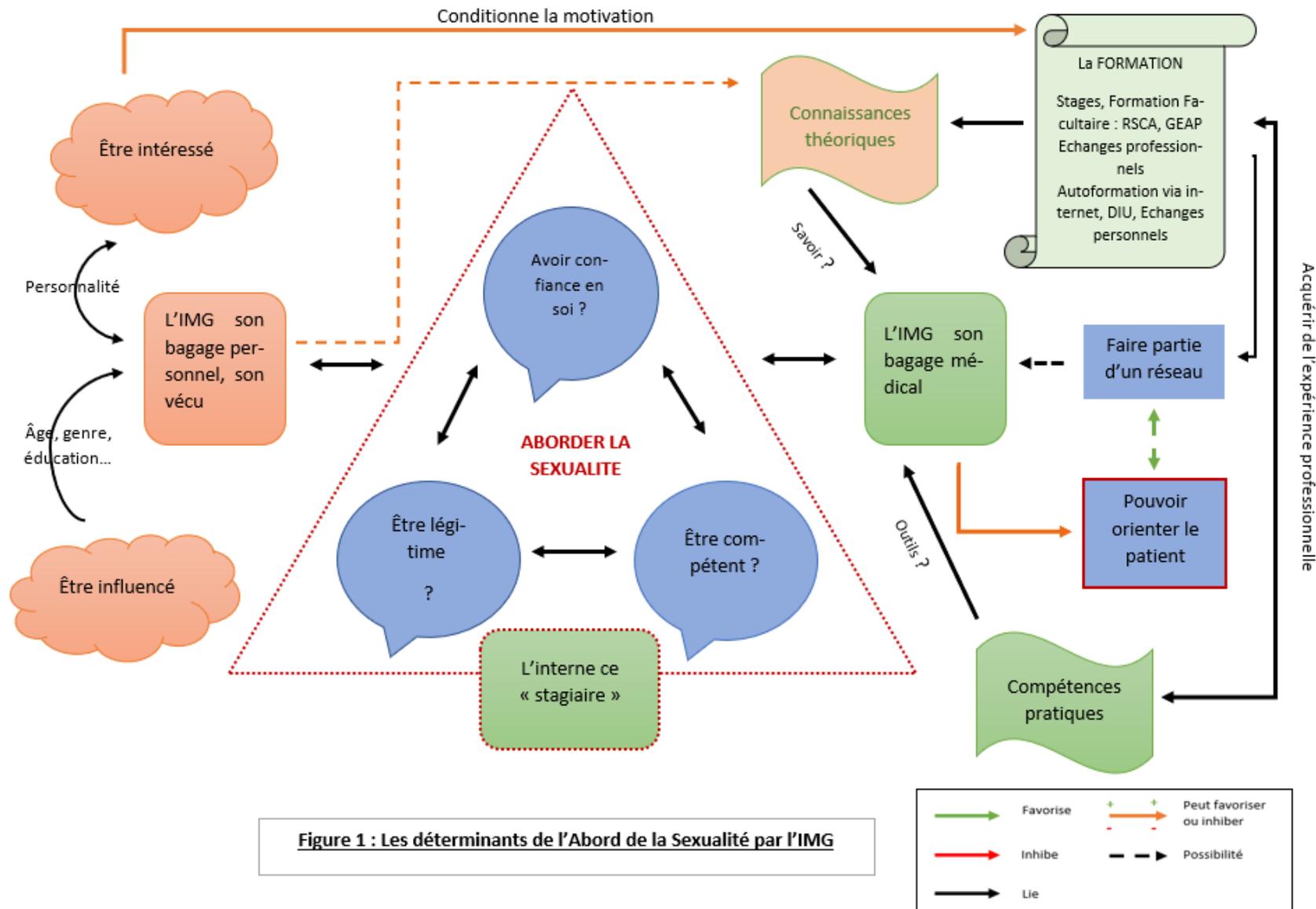
D : [*concernant son abord de la sexualité avec les hommes*] « je pose les questions mais bon je ne saurai jamais ce que c'est qu'une dysfonction érectile, faut dire ce qui est [...] Si je n'ai pas de raison d'aborder le sujet, c'est vrai que du coup, il ne sera peut-être jamais abordé »

L'abord de la sexualité a semblé mettre l'IMG* en difficulté. Cet abord semblait nécessiter en effet une certaine maturité de l'interne et notamment une capacité à prendre son rôle en charge en se débarrassant de ses a priori personnels... Or l'abord de l'intimité du patient est peu enseigné. Selon l'étude, les stages et travaux personnels de l'interne auraient eu une incidence trop aléatoire sur l'acquisition d'un abord correct de la sexualité.

Dans ce contexte, l'interne a semblé être obligé d'utiliser, en plus de ses ressources professionnelles, des ressources personnelles. Ces dernières ont pu l'amener à être parfois moins objectif, et à douter de sa légitimité, de ses compétences dans une consultation portant sur la sexualité du patient. L'appartenance à un réseau semblait influencer sa prise en charge également, car elle pouvait conditionner l'orientation du patient.

Parmi les propositions d'amélioration suggérées par les internes interrogés, on peut noter le souhait d'une formation plus homogène et notamment d'un apprentissage de bases en psychologie médicale et en communication pour pallier l'inconfort possible d'une telle consultation.

Les résultats de ce premier chapitre sont résumés dans la figure^{F1} ci-dessous :



II. Communiquer une compétence adaptative au service de 2 individus

(Figure 2 ^{F2})

Apprendre à mieux communiquer a donc été un souhait des internes. Ces derniers ont en effet reconnu son importance dans la création du lien médecin-patient.

II.1 L'interne au sein d'une relation médecin-patient dans une consultation autour de la sexualité

II.1.1 Être à l'aise et mettre à l'aise

Pour établir la relation médecin-patient dans ce contexte, l'interne a semblé devoir montrer qu'il était volontiers disposé à parler de sexualité avec le patient. Ainsi, dans une optique constructive, il a pu vouloir renforcer l'ouverture de sa posture et la qualité de son image aux yeux du patient. Pour ce faire il a utilisé des moyens pour :

- *Briser la glace*

En initiant le sujet intime :

F : « qu'on aborde le sujet... franco »

I : « d'aborder, les choses, simplement »

En créant une atmosphère décontractée :

D : « ben des fois j'n'hésite pas à euh ben ou alors je fais un peu d'humour, ça aide un peu à « pfuiit » ».

E : « quand je vais parler de ça, je vais essayer de plaisanter un petit peu, ou de décontracter l'ambiance. »

- *Révéler l'humain derrière le professionnel*

En effet, dévoiler un visage, une posture bienveillante, ont semblé aider l'interne à recueillir des confessions.

A : [*Parlant de son attitude face aux adolescents*] « Ça peut être très trompeur d'ailleurs, parce que ça peut être l'expérience du grand frère »

F : « j'ai toujours le sourire »

- *Essayer de rester dans le « vrai »*

Garder certains traits de personnalité dans la consultation a pu participer à maintenir ce visage humain. L'interne, en s'efforçant de rester honnête avec lui-même et le patient, a pu ainsi rendre l'échange plus authentique.

B : « j'ai tendance à informer que je ne suis pas très à l'aise avec ce type de consultation »

D [*qui semble avoir une attitude décontractée assez proche de ses patients*] : [*avec une fille de 11 ans*] « Quand tu seras grande et que tu feras des câlins de grande » ...Euh oui j'dis ça, ben oui faut pas être naïf »

II.1.2 Remplir sa mission

Le sous-chapitre précédent a décrit les moyens utilisés par l'interne pour se faire accepter en tant que personne au sein de la relation médecin-patient. Il a dû cependant aussi convaincre en tant que professionnel de santé.

II.1.2.1 L'interne et son MSU

Dans la discussion autour d'un sujet intime, l'interne a parfois dû rappeler sa position médicale au patient, et donc à avancer ses compétences de professionnel de santé (malgré les doutes évoqués au chapitre 1).

C : « écoutez, je suis docteur aussi ».

G [homme] : [*essayant de rassurer une patiente*] « je suis là, pour faire mon travail »

L'appartenance à l'équipe médicale a pu être utilisée explicitement par l'interne pour renforcer cette position et faciliter l'adhésion du patient. Dans ce contexte, la confiance accordée du MSU à son interne a pu faciliter la prise en charge de certains patients réticents à une consultation avec l'interne.

C : « vous pouvez me le dire et de toute façon, moi le soir je lui en parle »

D : [*au sujet de son application à transposer le contenu de sa consultation dans le dossier médical*] « qu'il sache l'histoire euh voilà, que vous n'ayez pas tout à reraconter »

II.1.2.2 Une mission professionnelle, une éthique

L'interne, s'il semblait encore hésiter (cf chapitre I) sur sa légitimité dans le système de soins vis-à-vis de la sexualité des patients, a bien conscience de son rôle précurseur dans le maillage de l'accès aux soins. Il a été en effet en première ligne pour recevoir les plaintes des patients, les traiter, mais aussi participer à son éducation thérapeutique et au dépistage.

D : « j'ai abordé le sujet de la sexualité [...] consultation où j'ai évoqué le gardasil [...] elle venait pour son DTPolio »

F : « en tant que médecin généraliste on est quand même là en premier lieu pour eux »

Dans ce contexte, malgré ses propres incertitudes, l'interne a fourni des efforts pour remplir sa mission et maintenir la relation thérapeutique.

I : « on ne connaît pas tout en médecine, donc moi après ça ne me dérange pas de dire aux patients »

F : *[au sujet d'une demande à la fin de la consultation]* « je sentais que ça lui tenait à cœur [...] c'était compliqué j'ai posé juste 2-3 questions rapidement ».

Cependant, il a semblé parfois manquer d'outils de communication pour remplir sa mission de dépistage.

C : « des moyens de communication justement, que je n'ai pas pour aborder ça... »

B : « je ne sais pas assez l'aborder de façon, de façon douce »

De plus, un manque de confiance voir de moyens ont semblé pouvoir influencer l'interne et parfois abîmer son éthique professionnelle.

E : *[répondant sur l'origine d'une chlamydia]* « je mens un p'tit peu à la patiente, ce qui n'est pas... mais c'est que je me sens... euh je trouve que c'est trop difficile de dire euh « votre mari vous a trompé... »

I : « ce qui m'avait posé problème c'était le secret [...] vue que je ne me rappelai pas comment anonymiser les choses [...] on s'est débrouillé (*Rire nerveux*) »

II.1.3 Evoluer grâce à l'expérimentation du lien médecin-patient

Le lien médecin-patient a semblé ainsi dépendant de la perception du patient sur le professionnel de santé et des capacités de ce dernier à percevoir les attentes dudit patient. L'acquisition d'expérience professionnelle a été en cela importante. Cependant, l'apprentissage de l'IMG* à « lire » son interlocuteur et à s'adapter à la situation ont semblé être utiles non seulement au professionnel de santé, mais aussi à la personne.

H : « c'est en faisant, en faisant, et puis en se trompant, de façon pas très grave, en utilisant des termes, en voyant que ça ne fait pas écho »

G : « au final ça se répercute dans le travail, où discuter avec le patient ça devient plus facile, et euh, s'intéresser aux patients, ça répercute sur la vie personnelle [...] c'est une sorte de cercle bénéfique ».

D : « j'suis assez euh des fois « brute », enfin du coup je contourne dans mon professionnalisme [...] j'apprends à mettre les formes, [...] à des fois tourner ma langue dans ma bouche avant de parler »

II.2 L'utilisation d'outils de communication dans la création du lien médecin-patient par l'IMG dans une consultation autour de la sexualité

L'établissement d'un échange sur la sexualité entre l'interne et le patient a semblé nécessiter la création d'un climat de confiance entre les deux partis. Le sous-chapitre précédent II.1 a décrit la stratégie de l'interne à se présenter au patient comme un interlocuteur de confiance. Ceci n'a pourtant pas semblé suffisant. Les internes interrogés ont montré que le lien de confiance dépendait aussi de la place accordée au patient dans l'échange.

Dans ce but, ils ont utilisé, peut-être inconsciemment, des bases de communication, alors qu'ils se sont dit peu formés à celle-ci.

II.2.1 Les moyens de communication employés

II.2.1.1 La création d'une atmosphère bienveillante

a. La prise en compte l'entourage du patient : jongler entre l'approche centrée patient et l'approche globale

Notamment dans les consultations des adolescents, les entretiens ont montré l'effort des internes à se centrer sur leur patient, mais aussi se pencher sur l'entourage de ce dernier à bon escient.

A : « Ça a été compliqué pour elle de verbaliser [...] y avait aussi sa maman qui l'accompagnait [...] elle a su la guider à reformuler en consultation »

E : « Donc je lui dis, euh y a souvent la maman à côté, que le stérilet est possible chez la nullipare « ah oui, moi c'n'était pas comme ça, ah oui, » voilà, aujourd'hui c'est possible et souvent la jeune fille répond, « ben je préfèrerais une pilule ».

b. L'utilisation de la Communication Non Verbale

Les entretiens ont montré que certains internes avaient acquis des notions de CNV*, et qu'ils pouvaient l'utiliser aussi bien pour lire le patient que pour interagir avec lui.

B : « je comprends mieux lorsqu'il y a une discordance entre les mots et le le ... le langage corporel »

c. La valorisation du patient

Les internes interrogés ont semblé avoir intégré leur rôle de dépistage. Dans cet optique, certains se sont efforcés à impliquer les patients dans leur santé. Il était alors

nécessaire de gagner la confiance du patient et ainsi savoir considérer les opinions des patients et les valoriser à juste titre.

C : « ça a évolué parce que j'ai vu qu'elle me faisait plus confiance... J'ai commencé par lui demander ce qu'elle savait »

F : *[au sujet de sa communication avec les patients]* « toujours les valoriser »

G : « j'essaye de leur expliquer [...] pour qu'ils comprennent et qu'ils se sentent aussi responsables de leur santé »

L'intégration du patient au choix thérapeutique n'a cependant pas toujours été facile. L'interne a dû à faire des compromis.

E : *[à propos d'une patiente qui parlait peu français]* « Je l'aiderai à choisir, mais je ne peux pas choisir pour elle, donc je veux qu'elle ait le choix donc lui en montrer au moins 2. »

G : « ils me disent très clairement en fait que c'est moi le docteur, alors il faut faire ce qu'il faut [...] j'essaye de leur expliquer un peu quand même »

II.2.1.2 L'organisation de la consultation : avoir une posture ouverte pour commencer

Au cours de leurs stages, notamment en médecine générale libérale, les internes se sont vite aperçus de la nécessité de structurer leur consultation. En effet, ils ont pu être amené à se faire déborder par les plaintes du patient. Apporter un cadre à la consultation a semblé leur permettre de pouvoir mieux la gérer, mais aussi de donner l'occasion aux patients d'organiser leurs demandes, notamment en leur donnant le temps de s'exprimer au début de la consultation. L'expérience de leurs MSU*s a pu être déterminante dans l'application de cette posture initiale de l'entretien.

C : « je pars toujours de ce que me disent les patients [...] un motif de consultation écrit, je laisse ça de côté, et je dis « pourquoi vous venez ? » [...] est-ce qu'il y a autres choses à voir. [...] C'est ce qu'on m'avait appris sur mon niveau 1. »

G : « Euh, j'lui demande d'abord d'expliquer le pourquoi de sa venue. Euh, et ensuite, [...] j'lui ai demandé de se déshabiller pour l'examiner en lui expliquant ce que je ferai après »

II.2.1.3 L'adaptation du discours au patient

Le choix des mots, du registre de langage a semblé plutôt naturel à l'interne, lorsqu'il s'agissait de s'adapter aux différentes catégories d'âge. L'adaptation de son discours s'est donc modulée au gré de ses expériences. Cependant il n'a pas semblé avoir été enseigné. On notera, que les adolescents, ont pu poser des difficultés supplémentaires aux internes, qui n'ont pas toujours réussi à évaluer leurs maturités. Globalement, la tendance a été d'utiliser un registre simple et familier avec les enfants et les adolescents. Pour les adultes les

approches ont été plus disparates car certains ont préféré le formel voire technique, d'autres un registre plus familier pour insister sur l'absence de gêne à parler d'un tel sujet.

B : « mes mots seront plus ou moins techniques ou plus par rapport à la personnalité du sujet, du style de la personne, mais sans être vulgaire non plus ».

D : « c'est un virus qu'on rencontre, qui heureusement ne fait pas de bobo »

H : « ... en utilisant des termes médicaux qui étaient adéquats. J'ai essayé de me mettre à son niveau »

II.2.1.4 L'utilisation de certaines techniques de communication

Dans la description de leurs approches communicatives, les internes interrogés ont semblé pour la plupart utiliser sciemment ou non les bases de l'écoute active. Celle-ci consiste à reformuler les propos de son interlocuteur voire les siens, pour s'assurer de leur compréhension.

H : « J'essaie de reformuler pour être sûre de bien avoir compris »

D [*qui pratique* « l'écoute active » *sic*] : « Est-ce que ça te parle si je te dis « col de l'utérus » ?

E : « De temps en temps, j'arrête mon discours et je leur pose des questions, qu'en penses-tu ? Est-ce qu'effectivement, c'est comme ça que tu l'as vécue ? »

Cette écoute active se retrouve également dans les principes de l'Entretien Motivationnel. Cette formation a été très recherchée par les internes au point qu'elle leur semblait devoir être dispensée à l'ensemble de la promotion. Concernant plus précisément la communication autour de la sexualité, cette technique n'a pas semblé être particulièrement utilisée.

II.2.1.5 L'utilisation de support de communication

Au cours de leurs consultations les internes n'ont pas hésité à utiliser des supports pour ancrer leurs propos et faciliter la compréhension du patient. L'échange entre pairs et l'utilisation des outils de certains de leurs MSUs* leur ont permis de développer ces supports. Ces derniers ont pu être des outils de communication pendant la consultation comme : l'utilisation d'un ordinateur, ou d'un schéma pour faire visualiser le patient. Des supports post-consultation ont pu également être utilisés comme : proposer une sélection de sites d'éducation thérapeutique (« on s'exprime », « choisir ma première contraception » ...) voire des noms d'associations de réseaux sociaux ou des flyers.

C : « Et je me souviens qu'elle [...] aimait bien faire un schéma à ses patientes pour expliquer [...] Et, effectivement, je trouve ça beaucoup plus clair, en tout cas elle (*la patiente*) avait l'air de me suivre »

I : « je leur donne des sites sur lesquels aller, s'ils ont des questions, ou s'ils ne se souviennent plus de tout ce qu'on a dit. »

L'interne lui-même, au travers de sa communication non verbale, a pu servir de support de communication notamment quand il est submergé d'empathie.

D : « je n'ai quasiment pas parlé, et elle a pleuré [...] finalement la seule chose que j'ai et que j'ai ressenti le besoin de faire [...] je me suis mise derrière elle et j'ai juste posé la main sur son épaule... »

II.2.2 Le rôle prépondérant de l'empathie

A la question sur leurs atouts en communication, beaucoup d'internes ont répondu qu'ils s'appuyaient sur leur empathie. Ils ont semblé l'associer à une bonne capacité d'écoute et de compréhension du patient. L'empathie semblait toujours à la base de l'instauration d'un lien avec le patient.

B : « Ma compétence en termes de communication est souvent adaptée parce que j'associe dans la plupart des cas de l'empathie pour comprendre la souffrance de l'autre »

H : « je suis assez empathique heu, c'est le retour qu'on me donne souvent [...] j'écoute bien les gens et les gens aiment bien me parler. »

Cependant, l'emploi de l'empathie a semblé être une continuité de l'expression de la personnalité des internes. En effet, l'attitude empathique ne semblait pas avoir été explicitée ou codifiée auprès de ces derniers, car sur les neufs internes interrogés, aucun n'a mentionné son apprentissage théorique et trois au moins ont semblé en avoir souffert.

C (Hésitation) : « je suis très empathique, ce qui est toujours... euh être un petit euh sur une corde ...quand même ... »

E : « parfois, trop d'empathie... Euhm ce qui a pu me faire défaut. »

Selon M. Lussier et C. Richard(13) l'empathie est « un attribut cognitif qui implique la capacité à comprendre la perspective du patient [*et son ressenti*], et d'autre part [...] à communiquer au patient cette compréhension. » En d'autres termes, l'empathie est la capacité d'un individu à transmettre sa compréhension des émotions de son interlocuteur, comme un miroir. Il n'est donc pas question d'intégrer les émotions de ce dernier ou de ressentir une émotion, un désir d'agir face à ces émotions.

Or aux cours des entretiens, les internes et notamment ceux qui ont le plus mis en avant cette capacité, ont partagé des situations qui les ont marqués au point de faire écho à leurs vécus personnels.

C : (*Hésitation*) Euh... je pense que je projette trop sur moi-même, je suis quelqu'un de très... enfin... ouais... très émotive...

D : [*au sujet d'un vaginisme*] j'ai vu le tout se fermer, c'était incroyable [...] là ça m'avait envahie [...] de culpabilité [...] elle se posait la question « Le jour où je vais vouloir faire un gosse, comment je vais faire... » Moi, je venais d'avoir mon enfant... »

E : « je faisais trop de transfert et contre transfert sur ma propre, euh ma propre vie en fait ».

II.2.3 La gestion des émotions

Dans ce contexte, gérer ces émotions a semblé s'être très vite imposé. Pour cela certains internes ont appris à prendre du recul sur des consultations difficiles et à s'auto-analyser voire à demander une aide extérieure pour le faire.

E : « j'essaie d'analyser à la fin d'une consultation comment je me suis comportée, voir si ça a été bénéfique ou pas, de voir et mes sentiments »

H : « j'en parle à mes proches qui ne sont pas en médecine, pour essayer de comprendre pourquoi : est-ce que j'ai dit quelque chose qu'il ne fallait pas, qui est interpellant ? »

Cependant, l'apprentissage théorique de la gestion de ses émotions a semblé s'être effectué au gré des échanges entre pairs encadrés par l'équipe enseignante, ou lors des débriefings avec les MSUs*. La qualité de cet apprentissage a donc été aléatoire puisque dépendant des opportunités, et de la sensibilité des MSUs* à ce sujet.

A : « le debrief, heureusement qu'il y a les maitres de stages pour débriefer, refaire le point. Quand eux, ils sont plus à l'aise, plus formés, ben c'est enrichissant et sinon heu... »

H : [*discussion avec ses MSUs**] « j'en parle [...] ou comment je l'ai abordé, pour avoir eu leurs ressentis, et comment ils font... »

L'item gestion du patient difficile fait partie des « familles de situations » explorées dans l'évaluation facultaire (de Tours) des compétences de l'interne. Les internes interrogés ont d'ailleurs fait référence à leurs travaux sur cette famille, mais l'apprentissage de la gestion de cette situation n'a vraisemblablement pas été suffisant à leur apprendre à gérer toutes leurs émotions.

D : [réponse à son avis sur sa compétence communicationnelle] « Je l'ai développée au cours de l'internat, j'ai fait plusieurs traces dessus : euh voilà « patient agressif, patient difficile » [...] ces trucs-là qui reviennent souvent dans les groupes de pratique »

Leurs émotions ont d'ailleurs semblé parfois plus difficile à contrôler à cause de la dimension intime du sujet. Ainsi, la peur pour sa « sécurité », c'est à dire la sécurité de sa propre intimité, dans ce contexte a pu les amener à développer des mécanismes de défense.

C : « C'est la peur qu'il élude un petit peu le sujet... »

K : « professionnellement c'est assez euh, pas unilatéral, mais c'est surtout moi qui vais poser des questions [...] il ne va pas m'interroger sur le plan personnel, quoi ! »

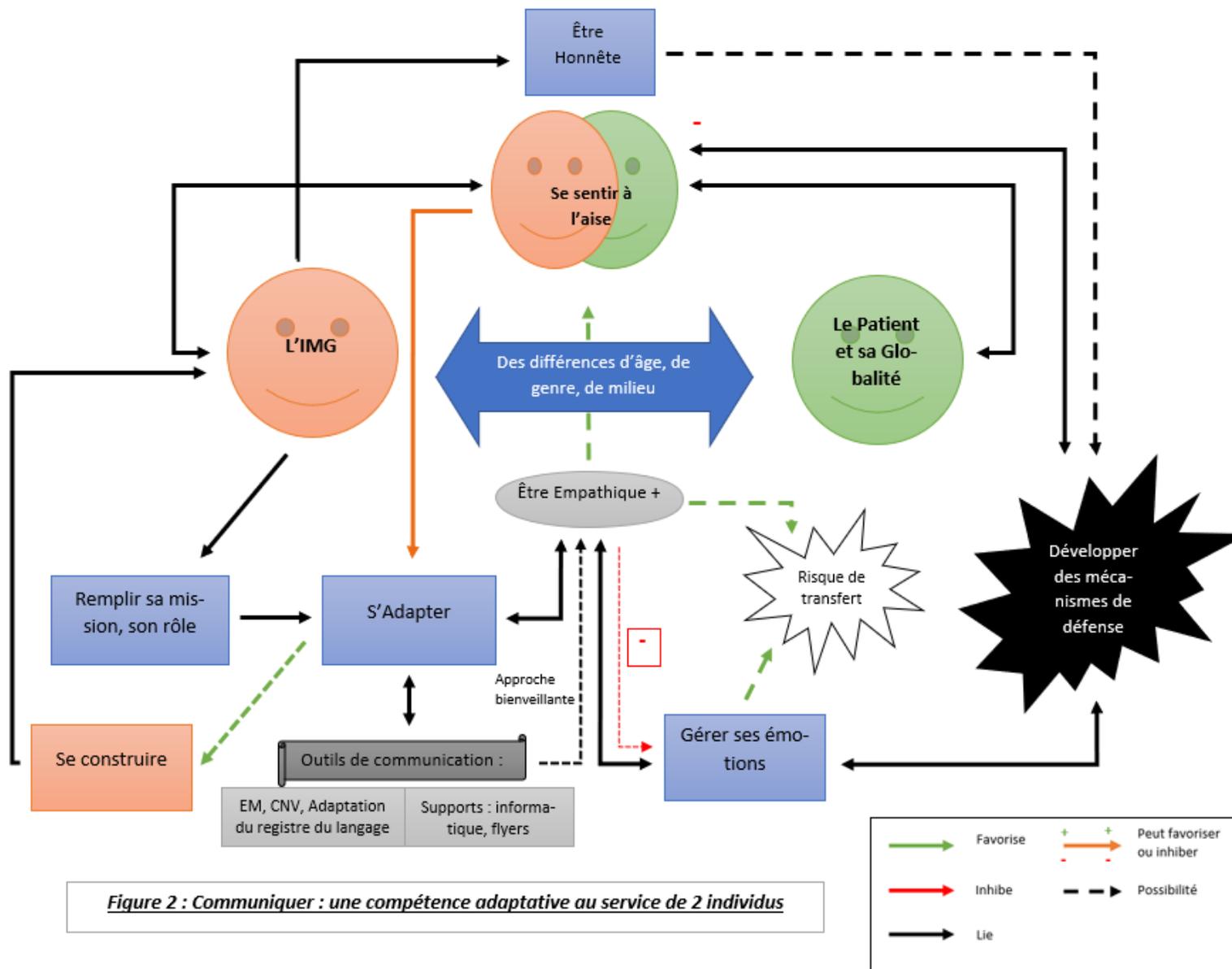
La création du lien médecin-patient a nécessité l'établissement d'un climat de confiance entre les deux partis. L'interne pour pouvoir être « accepté » par le patient dans cette relation, a pu mettre en avant ses qualités en tant que personne et en tant que professionnel de santé. Dans ce but, la communication a semblé lui être un outil indispensable. En effet, elle a pu servir à « valider » son intervention, à légitimer l'expression du patient et ainsi accompagner ce dernier dans sa problématique intime.

La communication a semblé être aidée par l'adoption d'une attitude empathique. En effet, l'interne pouvait ne pas avoir les mots, la manière ou la solution au problème de son patient, mais montrer son désir de compréhension s'est avéré parfois suffisant.

Cependant, l'approche empathique a été mésusée par l'interne. En effet, plusieurs internes ont confié en avoir souffert et notamment au travers de situations de transfert. Dans ce contexte, savoir gérer ses émotions a semblé être indispensable.

Au-delà d'un travail sur eux-mêmes pour améliorer leurs approches, les internes ont dû développer d'autres stratégies pour s'adapter à cette situation, voire parfois se défendre.

Les résultats de ce deuxième chapitre sont résumés dans la figure^{F2} ci-dessous :



III. L'adaptation de l'IMG* face à ses difficultés dans l'abord de la sexualité : un aperçu des stratégies développées (Figure 3^{F3})

III. 1. Les difficultés rencontrées par l'interne

III.1.1 La peur d'être jugé

Les internes interrogés ont globalement eu des difficultés à aborder la sexualité avec leurs patients par peur peut-être de « ternir » leur image auprès des patients ou par projection de ses propres peurs dans un tel contexte. De nombreux internes ont en effet recherché des « excuses » pour justifier cet abord. Peu se sont sentis assez confiants pour aborder ce thème dans une consultation qui ne s'y rattachait pas.

I : « si jamais je vais chez mon médecin pour [...] avoir du doliprane [...] s'il me posait des questions sur la sexualité, je trouverai ça bizarre (*sourire gêné*).

C : « quand il n'y a pas le motif « première contraception » [...] venant des patients en dehors de tout ça... Ben en fait, j'ai l'impression qu'on l'évoque [*la sexualité*] jamais... »

E : « avec l'hypertrophie bénigne de la prostate, je vais pouvoir leur demander **car** on peut partir sur le versant « ben, est-ce que sur le plan digestif et urinaire ça va bien ? » Et de temps en temps, mais c'est plus rare, « et sur le plan sexuel ça va bien ? »

Cette peur d'être jugé a semblé d'autant plus importante que l'interne était « différent » de son patient, que ce soit en âge, en genre etc.

A [*qui semble essayer de justifier sa non-intervention auprès des personnes âgées*] : « je suis dans le déni ou si je me dis qu'ils ont assez de vécu sur terre pour pouvoir l'exprimer facilement »

E : « étant une jeune femme, je me dis que ça peut gêner, suivant l'âge de l'homme, et puis même sur un adolescent »

Au-delà du malaise entre hommes et femmes, l'empreinte sociétale avec notamment l'influence des représentations pornographiques ou des scandales sexuels a été présente à l'esprit de certains. Aborder la sexualité en pleine conscience de cette réalité a pu rendre l'interne plus précautionneux.

A : « je ne veux pas tomber dans le voyeurisme [...] surtout avec les femmes »

B : « je suis...euh un homme noir avec une image peut-être de l'homme noir [...] Euh peut-être que je prends une distance qui n'est pas censée être ... ».

III.1.2 La peur de mal faire

Si l'abord de la sexualité a semblé pouvoir leur « causer du tort », les internes se sont aussi inquiétés de l'impact de leurs interventions sur les patients et d'autant plus lorsque leurs deux cultures sont différentes. L'immobilisme de certains pourrait donc être expliqué par des échecs non surmontés et vice et versa. De plus, avoir peur de heurter le patient semble avoir été un possible facteur limitant la confiance et les compétences de l'interne.

C (genre féminin) : *[parlant des hommes]* « ce qui me gêne c'est la réaction des patients en fait, savoir comment ils vont le prendre, et est-ce que ça va les intéresser. »

E : « je ne souhaite pas le gêner à parler de ça »

H : « des gens du voyage on ne va pas parler des mêmes choses [...] je ne veux pas que ça heurte des sensibilités »

III.1.3 La gestion du temps

Avoir du temps à consacrer à cette discussion était un paramètre majeur avancé par les internes. Il faut noter cependant que certains opportunistes ont choisi d'aller au-delà de cet aspect, voire aussi au-delà du motif de consultation pour parler de sexualité.

A : « Le temps en consultation parce qu'ils ne viennent jamais que pour ça uniquement, c'est toujours le motif caché ».

F : *[fin de consultation]* « c'était encore une fois pas du tout les bonnes conditions pour en discuter »

E : « je serai capable *[d'aborder la sexualité]*, même si c'n'est pas du tout son sujet »

D'une manière générale, les consultations dédiées ou en lien direct (souvent contraception dans les entretiens) ont aidé voir parfois motivé l'interne à parler de sexualité.

C : « je ne me suis pas sentie en difficulté. [...] Mais encore une fois, par ce que c'était une consultation dédiée. »

C : « c'est facile d'aborder la sexualité alors que la contraception va venir en lien avec... donc c'est facile de rebondir sur les IST [...] *(pas à l'aise me fait sentir qu'elle aimerait passer à autres choses)* »

Pour résoudre leurs difficultés (celles qu'ils ont reconnues facilement (cf III.1) mais aussi certaines plus inconscientes (cf II.2.3)) et réussir à aborder la sexualité en toutes circonstances les internes ont dû développer des stratégies. Ces dernières s'inscrivent également dans leur volonté à prendre en charge la santé sexuelle qui fait partie de ses attributions en tant que médecin généraliste.

III.2. Les stratégies développées

III.2.1 Saisir ou non l'opportunité de parler de sexualité

Comme suggéré précédemment la peur d'être jugé et celle de trop déborder de sa consultation a souvent conditionné le choix des internes. Donc au-delà d'oser l'aborder mais précautionneusement, dans un contexte qui s'y prête, certaines opportunités n'ont pas été saisies par l'interne, plus particulièrement dans les cas de motifs cachés (cf exemples du III.1.3 gestion du temps).

E : « Je l'aborde aussi [...] avec l'hypertrophie bénigne de la prostate, je vais POUVOIR leur demander, CAR on peut partir sur le versant « ben, est-ce que sur le plan digestif et urinaire ça va bien ? » [...] mais c'est plus rare, « et sur le plan sexuel ça va bien ? »

F : « à part lui reproposer, pour le coup une autre consultation, je n'ai pas pu trop répondre aux questions »

I : « la contraception c'est un sujet assez dense, donc c'est plus ça qui m'a pris du temps que de vraiment plonger dans la sexualité avec cette jeune fille. »

III.2.2 Rester dans ses habitudes

En lien ou non avec une opportunité, les internes ont pu choisir de ne pas se donner de difficulté supplémentaire en limitant leur discours sur le sujet, centrant le discours sur des aspects qu'il maîtrisait le plus, ou en éludant le sujet parfois.

E : *[la contraception]* « ça me rassurait de parler de quelque chose que je connaissais ».

B : « dans ces cas-là souvent quand j'n'ai pas vraiment le bagage, je pense organique déjà ».

III.2.3 Être paternaliste

Les internes interrogés ont semblé bien conscients de l'évolution de la pratique médicale qui place aujourd'hui le médecin plus en accompagnateur du patient. Le paternalisme est ainsi mis de côté. Cependant, il lui arrive d'être utilisé, mais parfois de manière inconsciente.

G : en début d'internat [...] j'aurais peut-être été un peu paternaliste avec la patiente, avec des termes comme « il faut ».

G : « j'ai expliqué à la patiente la nécessité de faire des tests [...] avant d'arrêter le préservatif pour s'assurer une relation sûre et sereine [...] je sentais qu'elle était plus pressée d'en finir et de partir ».

Le paternalisme a semblé être lié aux préjugés des internes. Dans ce cas, l'attitude préventive professionnelle et l'expression d'un préjugé a été plus difficile à analyser.

A [concernant le dépistage des violences conjugales] : « je dois bien l'avouer je ne pose cette question qu'aux femmes et pas aux hommes. »

F : « elle a des rapports sexuels en foyer, euh, vaut mieux double protection des fois plutôt, que des jeunes, comme ça, défavorisées, se retrouvent enceintes à 15 ans... »

On pourrait se demander si cette attitude paternaliste ne serait pas liée aussi (et encore) à une mauvaise gestion de ses émotions dans le sens où elle pourrait parfois révéler un désir de protection du médecin sur son patient. Celui-ci pourrait ainsi être amené à essayer de raisonner son patient.

C : « je pense qu'on a quand même tendance des fois à se projeter, et quand même, euh parfois orienter vers quelque chose que la patiente n'aurait pas forcément souhaité... »

G : *[à une patiente]* « j'ai également parlé du fait [...] qu'il n'utilise pas le préservatif... » « Trouver l'excuse qu'il a une azoospermie, même si vous lui faites confiance, ne veut pas dire forcément qu'il en a une... »

III.2.4 Avoir de la méthode

Le chapitre 2 sur la communication a initié l'idée d'une nécessité d'organisation de la consultation. En effet, beaucoup ont mentionné recourir au besoin de préparer en amont, structurer son entretien ou faire preuve d'une rigueur scolaire pour gagner en assurance dans la consultation.

C : « avant la consultation j'ai ouvert le site : « choisir sa contraception. fr »

B : « je pose la question ou des questions très stéréotypées » ; « J'ai tendance à aborder le sujet de la même façon [...] comme on a appris de façon scolaire »

III.2.5 Montrer de l'assurance

Utiliser des termes spécialisés, des supports, parfois recadrer le patient ont pu participer à renforcer la confiance en eux des internes.

A : « si on a un œil un peu scientifique et médical [...] ils se rassurent beaucoup avec quelqu'un [...] qui arrivent à affirmer les choses avec un peu d'assurance.

III.2.6 Se réfugier dans une posture professionnelle

Aborder la sexualité et faire face notamment aux préjugés inhérents à celle-ci, semblait avoir demandé à l'interne d'exercer sa compétence professionnelle. Celle-ci a semblé revêtir un aspect différent d'un interne à l'autre ; le professionnalisme se glissant alors parfois naturellement dans l'attitude de ce dernier.

La définition de la posture professionnelle n'a donc pas été objective. Son acquisition a pu donc être plus difficile à obtenir. Les stratégies mises en place par les internes pour aborder la sexualité n'ont ainsi pas toujours abouti dans le bon sens, les conduisant en effet parfois à perdre l'écoute de leurs patients, ou à sciemment éviter le sujet.

B : « peut-être que je prends une distance qui n'est pas censée être »

D : « voilà je mets ma casquette de docteur, avec euh une certaine empathie, euh j'suis plus dure, plus raide dans la vie perso. »

E : « lorsque je me sens en difficulté, je pourrais soit, me fermer, soit être euh pas dans l'agression [...] mais euh je peux devenir sèche ».

H : « je pense que j'ai essayé de rester professionnelle, en utilisant des termes médicaux qui étaient adéquats »

Pour aborder la sexualité, l'IMG* a donc pu mobiliser plusieurs stratégies pour réussir à remplir sa mission d'intervenant de première ligne en santé. La tenue d'une position professionnelle a semblé lui être indispensable dans l'abord d'un tel sujet. En effet, celle-ci a semblé lui apporter de l'assurance, même si l'interne aurait tendance à la décrire comme nécessaire pour rassurer le patient.

La prise en charge de la sexualité du patient a pu être associée à une certaine vulnérabilité de ce dernier, ce qui a pu être difficile à gérer pour l'interne. Cette dimension intime a pu en effet, faire écho à son propre vécu ou ses valeurs. Dans ce contexte, l'IMG* parfois obnubilé par ses sentiments face à la situation du patient, a risqué la perte de l'écoute de son patient. S'il ne pouvait pas « bien faire », certains ont choisi d'éviter de « mal faire » et se sont parfois arrangés pour fuir.

Les résultats de ce troisième chapitre sont résumés dans la figure^{F3} ci-dessous :

D. DISCUSSION

I. Le Résultat Principal

L'IMG*, en tant qu'étudiant en médecine changeant de stage tous les semestres, peut avoir du mal à trouver sa place dans la relation médecin-patient. Parler de sexualité semble rajouter un stress supplémentaire. Être à l'aise pour communiquer dans ce contexte, n'est donc possible qu'à la condition d'avoir confiance en ses compétences, elles-mêmes dépendantes de ses expériences personnelles et professionnelles. Or, l'étude montre que les internes ne se sentent pas formés, les mettant ainsi dans la difficulté d'agir et communiquer autour de la sexualité. Dans ce contexte adopter une posture professionnelle, ainsi qu'apprendre à gérer ses émotions, ont donc semblé tout aussi important qu'acquérir des connaissances en communication autour de la sexualité voire en sexologie.

Une formation initiale à repenser

La sexualité semble avoir été peu abordée lors du cursus des internes interrogés et ce, malgré la participation de certains aux stages orientés, telles que la gynécologie ou le planning familial. Ces derniers ont d'ailleurs montré une nette préférence pour les stages ambulatoires, qui leur paraissaient plus répondre aux besoins de la médecine générale. Ils ont aussi reconnu l'expérience professionnelle comme nécessaire pour acquérir leurs compétences métier, mais aussi pour se former un réseau d'appui. Cependant en termes de communication, d'échanges avec le patient, les internes auraient souhaité avoir une formation mieux supervisée, moins dépendante d'opportunités et être initiés à la psychologie médicale.

Une synergie expérientielle professionnelle et personnelle troublante pour l'interne

Aborder la sexualité implique la connaissance d'une composante physiologique de la sexualité, abordée relativement lors des études de médecine, et d'une composante psychologique, beaucoup moins enseignée. L'interne a donc utilisé l'ensemble de ses connaissances théoriques et pratiques pour pallier ce manque. Sa compétence communicationnelle a donc dû s'appuyer sur son bagage médical et son bagage personnel autour de la sexualité.

L'abord de la sexualité a en effet pu mettre en jeu des aspects personnels de l'interne, telles que ses valeurs, son expérience personnelle, sa personnalité. Cependant, la subjectivité, liée à ses expériences personnelles et/ou ses différences socio-démographiques culturelles avec le patient, a semblé être à l'origine de ses difficultés à aborder ce thème. Elle

pourrait en effet, être responsable d'effets bénéfiques, en servant une approche dite « ciblée » du patient, mais aussi d'effets néfastes en ouvrant la porte à des préjugés, ou la perte de son écoute professionnelle.

Les conséquences de la dualité du terme « communication » avec son aspect technique et relationnel

Pour réussir sa « mission », l'interne a donc dû s'adapter à la situation, à son patient.

Les internes ont semblé globalement sensibilisés aux principales techniques de communication au cours de leurs stages de médecine générale. Cependant, ils semblent avoir développé leurs approches de manière plus instinctuelle qu'académique. En effet, nombreux ont utilisé la Communication Non Verbale (CNV*) et leur empathie pour « amadouer » le patient. Cependant, pratiquer l'Ecoute Active, c.à.d. interroger avec des questions ouvertes, utiliser à bon escient les questions fermées, et parfois respecter le silence du patient a semblé plus long à acquérir.

Le choix des mots et du registre de langage a été très important dans l'établissement du lien médecin-patient. Cependant, ce choix a été différent selon les personnalités des internes et leur lecture du patient.

L'emploi d'aides visuelles à travers l'utilisation de schémas sur informatique, papier au cours de la consultation a aidé l'interne à ancrer son patient dans la consultation. Les flyers ou les sites internet ont pu de la même manière, lui permettre de relayer son discours après la consultation.

L'utilisation d'une attitude empathique l'a servi également à se rapprocher du patient et peut-être approfondir le lien médecin-patient. Cependant, au-delà d'une technique, celle-ci a semblé plutôt être l'application d'une vertu personnelle, avec les dangers qui l'accompagne telle que le risque de transfert, si l'interne n'arrive pas à faire la part de son ressenti personnel et du ressenti patient. Ce risque semble d'ailleurs proportionnel à l'empathie développée, et au côté extraverti de l'interne.

L'interne semble donc avoir été capable d'établir un climat de confiance, mettre à l'aise, valoriser et rassurer son patient. Il ne semble pourtant pas toujours réussir à se préserver. Or l'interne s'était plaint de ne pas être formé en communication sur la sexualité. Une formation à la communication centrée sur l'approche relationnelle du patient pourrait peut-être répondre à ses attentes. Il serait donc intéressant de réfléchir au développement d'une telle formation.

Le développement des stratégies de réponses de l'interne dans l'abord de la sexualité

L'interne a eu peur du jugement du patient et de l'impact négatif qu'il pourrait avoir sur sa relation médecin-patient. Ses doutes se sont portés en général sur sa légitimité à parler de sexualité quel que soit le contexte et notamment, à la place de son senior plus

qualifié. En effet, l'abord de la sexualité (sans contexte) est peu souvent improvisé par l'interne, mais plutôt le témoin d'un effort pour honorer sa mission de dépistage.

Généralement, le temps disponible, l'importance du sujet pour lui, et sa confiance en lui conditionnent son choix d'aborder cette problématique ou non avec le patient. L'interne peut donc choisir dans les moins bons des cas : de ne pas traiter le sujet, de rester sur ses acquis, ou au mieux : d'appliquer des méthodes, utiliser des aides comme des applications informatiques (exemples : arbre décisionnel, applications informatiques comme gestaclik...) ou son réseau, pour regagner confiance en lui et ainsi proposer une orientation à son patient.

La difficulté de répondre à ses prérogatives de professionnel

Recomposer ses ressources pour gérer sa mission et répondre au patient demande une certaine flexibilité à l'interne qui parfois, trop submergé par ses émotions n'est pas en mesure de donner. L'assurance peut alors se changer en paternalisme, avec rupture de l'écoute et décision univoque de l'interne.

La meilleure stratégie dans l'approche d'un patient sur sa sexualité semble donc être celle de cette flexibilité qu'on peut trouver dans la posture professionnelle. Cependant, les internes semblent en avoir une définition personnelle. Elle est d'ailleurs directement en lien avec la composante relationnelle issue de la compétence communicationnelle. Le questionnement sur la compétence communicationnelle professionnelle dans ce contexte a donc totalement trouvé sa place, étant donné que l'interne ne semble pas ou semble peu formé à celle-ci.

Dans ce contexte, il paraît nécessaire d'accorder à l'interne davantage d'accompagnement psychologique. En effet, en le poussant à mieux se connaître, il pourrait davantage équilibrer la balance de ses expériences professionnelles et personnelles, qui vont être à l'origine de son identité professionnelle.

II. Comparaison avec la Littérature

II.1 La formation des internes sur l'abord de la sexualité

II.1.1 Une remise en cause des stages « spécialisés » hospitalier, notamment en gynécologie

Les internes interrogés ont rapporté une utilité mitigée de leur expérience en stage de gynécologie pour la médecine générale. Ces résultats coïncident avec ceux de la thèse de N. Deseille (14) qui fait mention d'internes de MG* confrontés à des situations peu variées et/ou trop spécifiques. Le stage de gynécologie, notamment hospitalier, semble donc avoir peu d'intérêt dans la formation de médecine générale. Peut-être faudrait-il proposer plus de stages ambulatoires. En effet dans notre étude le stage en planning familial semble avoir été le plus apprécié... La participation à des consultations hospitalières mais alors centrées sur l'andrologie ou la sexologie semblerait plus adaptée pour la formation des internes de médecine générale.

II.1.2 L'encadrement et la mise en autonomie de l'interne remis en question

N. Deseille (14) a souligné une mise en autonomie de l'interne trop rapide. Dans son étude on pourrait se demander si la pression hospitalière en est responsable, cependant, les internes de MG interrogés qu'ils soient en hospitalier ou ambulatoire semblent aussi se plaindre de cette autonomie parfois rapidement mise en place dans leurs stages (15).

Il n'en reste pas moins que les internes interrogés de notre étude ont décrit l'importance de l'acquisition d'expériences (16) au sein de leurs exercices professionnels. Cependant, ils ont semblé regretté que celle-ci se fasse parfois au détriment du patient, ce qui peut expliquer la grande reconnaissance de certains, vis-à-vis de leurs MSUs* quand ces derniers s'impliquaient. La qualité du binôme interne-MSU est donc déterminante pour l'acquisition des compétences de l'interne comme le souligne C. Lajzerowicz dans sa thèse (17) en démontrant l'existence d'un lien entre une bonne supervision indirecte en SASPAS* et l'amélioration des compétences de l'interne.

En ce qui concerne les compétences communicationnelles, l'étude a pu montrer que les internes se sont référés à sa composante relationnelle, et sa composante technique. Ainsi, concernant les techniques de communication, celles-ci semblent pour la plupart avoir été « apprises » en stage chez le praticien. La composante relationnelle quant à elle a semblé plus relever de compétences personnelles, avec lesquelles il semble avoir composé un peu seul.

II.1.3 La méconnaissance d'un sujet, d'une approche, délaissés en formation initiale

La plupart des médecins, comme les internes interrogés, s'accordent à dire que leur formation initiale en sexualité a été pauvre (5),(18),(19),(20),(3). On peut d'ailleurs constater que dans l'étude, l'orientation de leur discours sur la sexualité a souvent été réduit à l'abord de pathologies organiques. Un discours physiologique parfois accentué par des différences de genre entre l'interne et son patient.

En effet, dans l'étude, les différences socio-démographique-culturelles entre internes et patients ont globalement pu freiner, et ce de manière attendue (19)(20), l'abord de la sexualité par l'interne. Ces mêmes caractéristiques, cependant, si on y insère le vécu personnel et la personnalité, ont pu être aussi sources de motivations à se former pour l'interne.

A la lumière de ces éléments, on pourrait se demander si leur approche actuelle de la sexualité est en lien avec la perception qu'ils ont de celle-ci, ou de leurs rôles dans sa prise en charge.

L'étude a également montré que les sites internet et les réseaux sociaux étaient devenus des ressources d'informations pour les internes, en santé sexuelle et notamment dans les problématiques d'orientation ou de questionnement sur la sexualité.

Il pourrait être ainsi, intéressant d'y explorer leurs intérêts pour adapter au mieux l'enseignement à leurs besoins. Dans ce contexte, l'enseignement d'une sexualité plus « positive », non plus centrée sur le pathologique, pourrait peut-être répondre à certains besoins.

II.2 Les difficultés de l'IMG soulevées par le sujet de la sexualité

II.2.1 Un sujet qui engendre des remises en question personnelles et professionnelles

II.2.1.1 Ne pas être légitime

Une étude européenne a été menée en 2006 (21) et a montré que globalement les patients consultaient peu de professionnels médicaux pour des dysfonctions sexuelles. Dans une autre étude, le statut d'interne n'était pas forcément un frein pour les patients qui ont pour rappel, confiance en leur compétence médicale (9). Ces études suggéraient qu'il s'agissait plus d'un choix de personne (22).

Cependant, les internes interrogés, eux, semblent douter de leurs légitimités. Un sentiment partagé qui est partagé avec les jeunes médecins remplaçants dans la thèse de E. Martel (18). En effet, l'étude a révélé qu'ils leurs arrivaient souvent de s'effacer volontiers si leurs MSU*étaient présents pour gérer ce genre de situation. L'excuse avancée était le confort du patient. Cependant, cette excuse est questionnable, puisque l'étude a bien montré qu'il lui arrivait de douter de ses compétences, car mal formé, et de sa légitimité

pour de nombreuses raisons telles que l'inexpérience ou encore la mauvaise connaissance de l'individu (genre, culture...).

D'ailleurs, l'influence des critères psychosociaux est reconnue par A. Giami dans son écrit (23) sur la spécialisation informelle des médecins généralistes. Tout comme C. Dausques (19) dans sa thèse, les entretiens ont montré que l'abord était plus facile avec un patient du même genre, mais plus difficile avec le genre opposé. Si le professionnel et le patient appartenaient à la même tranche d'âges, la difficulté était majorée, mais moins que sur des grands écarts. Dans l'étude, l'abord de la sexualité des personnes âgées semblait tabou et restait timide, alors que celui des adolescents semblait plus contrasté. Ceci illustre bien la nécessité d'insister davantage sur la posture de l'interne dans sa formation.

Il.2.1.2 Une impression de manquer de connaissances en communication sur la sexualité

L'interne est ambivalent : selon l'étude, il demande à être formé en communication mais semble en connaître les bases. En effet, la notion d'écoute active a été mentionnée plusieurs fois, ainsi que le recours aux questions ouvertes, à la reformulation, à la structuration de la consultation ou à l'utilisation de supports visuels. Beaucoup ont cité leur souhait de formation à l'entretien motivationnel pour tous les internes. Ainsi, à eux tous, ils ont fait référence, peut-être inconsciemment à des notions de communication établies telles que la Programmation Neuro-Linguistique (PNL), l'approche de Calgary-Cambridge (24), le Mirroring verbal.

Les internes ont également adapté leurs discours, langage, attitudes aux ressentis qu'ils ont perçus du patient. Comme il n'y a pas ou peu de consensus en matière de relationnel, puisque la qualité de l'échange communicationnel dépend des 2 partis(25). Ceci illustre, encore une fois, la mise en jeu de leurs capacités relationnelles propres, au cours de leurs exercices professionnels. Il serait donc légitime de se questionner sur la mise en place d'une supervision psychologique systématique de l'interne au cours de son internat, par le développement des groupes Balint par exemple.

Il.2.1.3 L'intérêt d'avoir des connaissances en psychologie

Plusieurs internes interrogés semblent avoir eu du mal à maintenir une relation médecin patient équilibrée et ce à leurs détriments. Une formation en psychologie pourrait alors compléter leur accompagnement psychologique, et ses bénéfices leurs seraient autant personnels, que professionnels dans l'amélioration de l'approche du patient.

Cette « faiblesse émotionnelle » a déjà été repérée par Sala B.(26) et Bourgeois G. (12) dans leurs thèses abordant la relation médecin-patient. Ils y mentionnaient une communication maladroite et une relation parfois « trop » empathique délétères à l'interne. Il est intéressant de noter que nos confrères Canadiens, eux, ont inclus une formation de psychologie médicale au cursus obligatoire de leurs futurs médecins généralistes.

II.2.1.4 Des compétences communicationnelles peut-être limitées par le sujet

Cette « communication maladroite » a été directement retrouvée dans les entretiens. Les discours parfois hésitants, voire décousus peuvent avoir une origine difficilement analysable : était-ce une malhabileté communicationnelle ? Une manifestation de stress lié à l'inconfort de la dimension intime du sujet ? du manque de compétences diagnostiques ? etc.

Dans son enquête nationale sur la perception de l'acquisition des compétences du métier par les internes de médecine générale E. Hernandez (27) a montré que l'auto-évaluation de l'interne sur ses compétences en général, dépendait fortement de la nature positive ou négative des expériences vécues, avec une tendance à se surestimer ou se sous-estimer en conséquence. Ainsi, les expériences négatives si elles ne sont pas vite surmontées, semblent pour influencer sur l'inertie clinique(28).

En y regardant de plus près, selon lui, le taux d'internes se percevant à l'aise avec le « professionnalisme » était très bas et la moitié d'entre eux avaient du mal avec l'incertitude diagnostique et ils l'expliquaient par le manque de temps, le sentiment d'incompétence engendré par la situation, et le manque de formation(29).

Ces arguments sont semblables aux ressentis des internes interrogés sur leur abord de la sexualité. De plus, E. Martel (18) dans le contexte précis de l'abord de la sexualité souligne que les médecins remplaçants étaient restés assez mitigés sur l'amélioration de leur prise en charge en santé sexuelle avec l'expérience. L'acquisition d'expériences ne semble donc pas suffisante à elle seule dans ce contexte.

En effet, le manque d'expériences, le sentiment d'illégitimité, le manque de confiance en lui dans l'abord de la sexualité ont semblé générer une incertitude personnelle et une incertitude professionnelle chez l'interne.

Si on s'appuie sur le référentiel des niveaux de compétences en médecine générale (30) de Attali et al., ces 2 notions sont retrouvées dans le niveau 4C3.a de l' « Approche Globale et de la Complexité » où l'interne compétent doit faire la différence entre ces 2 incertitudes. Sa compétence « Relation, Communication, Approche Centrée Patient » au niveau « compétent » semblerait pouvoir l'aider à gérer ces incertitudes par l'établissement et le maintien d'un lien de confiance avec le patient. Ce niveau implique également une gestion des émotions, une capacité à se remettre en cause et de se donner les moyens de s'améliorer. Les internes interrogés ont semblé reconnaître ces nécessités, mais ne pas réussir à les mettre en place.

II.2.2 Les limites de sa pratique

II.2.2.1 La difficulté à s'adapter à l'imprévu

Les internes ont semblé plus à l'aise en consultation dédiée, lorsque le patient lui-même abordait la problématique ou une problématique proche. L'effet « motif caché » au

contraire (4), exacerbait le malaise des internes, d'autant plus que le patient lui-même pouvait être gêné (31).

On pourrait se poser la question si ce « motif caché » ne pourrait pas être responsable d'une pression supplémentaire sur l'interne. Celui-ci se retrouve effectivement, en proie à l'incertitude en devant évaluer lui-même l'urgence, la possibilité, l'opportunité d'en parler, ou encore le choix d'éviter le sujet. La réaction des internes est alors comparable à celles de médecins plus aguerris (32) (33).

Dans l'étude, son choix se porte d'ailleurs souvent et sans surprise sur ce qu'il « maîtrise » le plus. La vision de A. Giami, coïncide avec ces réflexes de « stratégies médicales » de prise en charge de la sexualité (23). Dans ce contexte, l'accent sur l'apprentissage de l'incertitude (34) pourrait bénéficier à l'interne.

Insister sur l'organisation de la consultation dans ce contexte, semble être aussi important dans ce contexte. La HAS^{R13} (35) dans sa « boîte à outils » liée à la communication et la sécurité du patient reconnaît l'importance d'une telle organisation en général. En effet, se montrer méthodique et organisé pourrait mettre le patient en confiance et a semblé également rassuré l'interne dans l'étude.

Il.2.2.2 Avoir peur d'être jugé

Aborder la sexualité semble engendrer un climat particulier autour des protagonistes de la relation médecin-patient. Les médecins interrogés par C. Gillet(4) avançaient avoir peur que les patients ne se sentent juger. De manière similaire, les internes ont avancé craindre blesser le patient et un interne a eu recours au « pieux mensonge » pour l'éviter.

Cependant, ceci ne semble qu'être une façade car l'étude a suggéré que l'interne a été confronté à la peur d'être jugé personnellement, et professionnellement par les patients. Leurs réserves (36) reflèteraient donc plutôt leurs craintes de ne pas pouvoir gérer les émotions qui en découleraient(37).

Il.2.2.3 La difficulté de l'ingérence de sa personnalité dans l'approche de la sexualité en consultation

Une adaptation de sa posture professionnelle en fonction de sa personnalité

Notre étude semble ainsi suggérer que la personnalité du médecin influe sur son abord de la sexualité. Ceci est un résultat attendu (23). En effet, l'abord de la sexualité s'est effectué de manière très différente d'un interviewé à l'autre, témoignant ainsi d'une personnalisation de cette approche, peut-être plus importante que dans d'autres problématiques médicales. Dans ce contexte, il serait donc intéressant d'explorer si l'abord de la sexualité en consultation par le patient, ne s'effectuerait pas aussi en fonction de la personnalité du médecin.

On remarque cependant, que chez les internes les plus « timides », leur premier réflexe face à cet abord de l'intimité, ait été d'essayer de recourir à une posture professionnelle parfois rigide, que ce soit par l'emploi d'une gestuelle ou de termes professionnels. Alors que cette posture pourrait être rassurante pour le patient, elle pourrait être aussi interprétée comme un mécanisme de défense pour l'interne.

En ce qui concerne les internes plus extravertis, cette posture professionnelle s'est exprimée différemment, avec notamment plus de liberté de langage, d'empathie et de soutien.

Chacun répond donc à la définition du professionnalisme du référentiel (30) des enseignants de médecine générale en développant « une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes », mais à leurs manières.

Une confusion entre le devoir du professionnel et le désir du héros

Les différentes personnalités se confrontent ainsi et aussi à la « charge professionnelle » que les internes peuvent ressentir. En effet, la plupart du temps, celle-ci se manifeste par la volonté de « rendre service », « protéger » le patient. Balint dans les années 1950, a d'ailleurs nommé ce comportement comme une « fonction apostolique » (38) du médecin, ce qui pourrait faire le lit du paternalisme.

Selon A. Jaunait (39), rejeter complètement l'attitude paternaliste n'est pas non plus viable, puisque certains états émotionnels du patient permettent légalement (CSP* article R 4127-35) au médecin de sursoir sa décision à celle du patient.

Ces différences entre les internes, son ambivalence dans sa posture, pourraient être directement liés à leurs constructions de leurs postures relationnelles. Il aurait pu être intéressant d'avoir leur définition de cette posture et à les confronter aux définitions de la communication médicale, et au professionnalisme dans une telle situation, de manière à mieux les guider dans l'acquisition de la posture adéquate.

II.3 L'enseignement de la prise en charge de la sexualité en Europe : un enseignement globalement insuffisant

II.3.1 La formation de la prise en charge de la sexualité : un intérêt récent européen

Nous avons évoqué précédemment l'apport mitigé, mais plus favorable aux stages ambulatoires spécialisés tel que le planning familial pour l'interne de médecine générale. Celui-ci ne semble pourtant pas assez suffisant. L'évolution timide de la formation médicale sur la prise en charge de la sexualité en France (40) en est peut-être la cause, alors que paradoxalement, la sexologie est pratiquée par une majorité de médecins sur le territoire français.

L'intégration de la prise en charge de la santé sexuelle évolue de la même manière en Europe. On peut noter cependant, que dans les pays anglophones et scandinaves, la majorité des intervenants sont des paramédicaux (41). A titre d'exemple, H. Guyomard, dans sa revue de littérature (42) de 2008 à 2018 sur la pratique du suivi gynécologique par les médecins généralistes, a pointé sans surprise, l'existence d'une gêne chez certains praticiens, mais surtout l'absence de référence à la prise en charge de la sexualité. Cette absence se retrouve aussi dans le cursus des spécialistes en gynécologie. Le DES* français de gynécologie-obstétrique (43) en effet, ne fait pas mention de l'acquisition de compétences en sexologie.

II.3.2 La communication professionnelle, une compétence qui s'apprend et surtout se partage

Les gynécologues européens d'ailleurs (44)(45) ne semblent pas forcément plus formés à cette prise en charge.

En ce sens, l'accompagnement facultaire doit être réévaluée de manière indispensable. A. Perret Morisoli (46) médecin Suisse, vice-présidente du conseil d'éthique clinique de son hôpital au Valais, en a fait la démonstration dans un article du Bulletin Médical Suisse* sur le compagnonnage, en partageant son expérience d'assistante au cours d'une visite professorale dans la chambre d'un meurtrier : « *Ce geste d'humanité, qui ne s'apprend pas dans les livres, je l'ai vu et ressenti et je me souviens encore aujourd'hui [...]* Par la suite, à chaque fois que je me suis retrouvée dans une situation similaire, je n'ai jamais plus eu peur de ne pas savoir comment me comporter. ». On retiendra bien que le savoir être « ne s'apprend pas dans les livres ».

III. Forces et Limites

Choix du sujet

Le choix d'étudier à la fois les compétences communicationnelles et l'abord de la sexualité chez les internes de médecine générale s'est révélé peut-être un peu trop ambitieux. En effet, ce choix peut être une limite car il a été difficile de ne pas séparer ces deux notions dans l'entretien et son analyse. Il n'en reste pas moins une force car même si la compétence globale communicationnelle des internes a déjà pu être étudiée, il n'existe pas à ma connaissance, d'étude qualitative sur l'abord de la sexualité par les internes.

Méthode

Le choix d'une étude qualitative semblait le plus adapté pour explorer ce sujet. La recherche de la saturation des données a guidé l'enquêtrice dans ses entretiens, mais il ne serait pas juste de dire que les entretiens ont été menés jusqu'à saturation au vu du nombre restreint de participants. On pourrait dire cependant que l'étude a atteint une suffisance des données.

L'Echantillon

Le choix de la population des internes à partir de la 2^{ème} année se justifie par la volonté d'interroger des internes avancés un minimum dans leurs cursus. De la même manière, l'apport du stage mère-enfant au cours de cette 2^{ème} année semblait pertinent pour répondre à l'objectif de l'étude. L'élargissement secondaire de l'étude aux internes ayant récemment finis leurs cursus, a semblé rester cohérent à cet objectif.

Cependant, le choix d'une telle étude engendre inévitablement un biais de sélection puisqu'elle fait appel à la participation de volontaires. Ces derniers étaient, d'ailleurs, majoritairement de genre féminin. Ceci amène à supposer que les internes interrogés soient plus sensibilisés à ce sujet. Les trois internes de genre masculins étaient d'ailleurs connus de l'investigatrice, ce qui a pu constituer autant une limite par la subjectivité qu'elle a entraînée, qu'une force car l'expression de ses derniers s'en est retrouvée facilitée. Un autre investigateur masculin aurait pu peut-être faire une différence sur les internes de genre masculin. On peut noter cependant que les deux sexes ont été représentés.

L'échantillon est restreint car le recrutement a été difficile. Ceci est dû probablement à la dimension intime du sujet... Les circonstances épidémiques ont peut-être joué aussi un rôle dans ce faible taux de participation.

Les autres caractéristiques socio-démographiques n'ont pas été assez nombreuses pour être analysées. La variation de l'échantillon a été limitée en termes de genres et d'orientation sexuelle. Les participants étaient tous cisgenres et hétérosexuels.

Les Entretiens

La durée moyenne d'entretien d'une trentaine de minutes était intéressante.

L'inexpérience de l'investigatrice dans la réalisation des entretiens a pu constituer un biais de suggestion. La pratique de l'écoute active, malgré l'intérêt de celle-ci pour le sujet, a pu être difficile à mettre en place. Cependant, pour limiter les a priori de l'investigatrice dans les entretiens et ses analyses, cette dernière s'est soumise au test des 7 questions ^{A1}.

Lors des entretiens, l'investigatrice est partie du principe que les IMG* avaient connaissance de la définition de la santé sexuelle et auraient développés leurs réponses en ce sens. Or les entretiens se sont axés sur quelques-unes de ses composantes, essentiellement pathologiques. Il aurait pu être intéressant de demander aux IMG* leur propre définition du sujet au préalable.

Le terme « santé sexuelle » dans la première phrase du guide d'entretien, voulu initialement pour permettre une plus large expression des internes, a dû être remplacé par « sexualité » au cours des entretiens, pour recentrer le sujet sur celle-ci.

Le choix du lieu d'entretien a été laissé aux participants au vu de la difficulté du recrutement. Finalement, seuls deux participants ont été interrogés en présentiel. Les entretiens vidéo se sont réalisés la plupart du temps dans de bonnes conditions exceptés deux d'entre eux. Les entretiens vidéo ont certes pu limiter l'expression, mais ils ont permis aussi une analyse plus complète grâce à une meilleure appréciation du non verbal.

L'analyse

Un double codage a été effectué sur trois entretiens ce qui a pu diminuer la qualité de cette étude.

IV. Les Perspectives

La sixième compétence « Professionnalisme »(30) du référentiel métier du médecin généraliste est décrite comme « la capacité à assurer l'engagement (*du médecin*) envers la société ». Ses composantes prônent entre autres la nécessité d'améliorer ses compétences professionnelles après identification de ses besoins et de devoir gérer un équilibre entre vie professionnelle et personnelle. L'acquisition de ces compétences seraient peut-être trop pratiques dans le système actuel, ce qui laisserait la place à une vision peut être trop subjective du professionnalisme par l'interne. Personnaliser sa prise en charge, n'est certes pas un défaut, mais l'interne semble pouvoir bénéficier d'un meilleur encadrement théorique et pratique sur cet aspect.

L'étude questionne aussi sur les outils dont l'interne dispose pour d'un côté gérer ces incertitudes et de l'autre assurer cet engagement. L'intégration de connaissances psychologiques et un suivi psychologique systématique des internes de médecine générale, comme leurs confrères psychiatres, sembleraient utiles dans ce contexte. La participation aux groupes Balint mériterait à se développer.

La CBS^{RI4*}(47) « communication brève relative à la sexualité » développée par l'OMS* en 2015 est une proposition d'approche de la santé sexuelle des patients. Cette méthode de « counselling » s'apparente à une version d'Entretien Motivationnel spécialisée dans le dépistage de problèmes liées à la santé sexuelle. Initier des internes sensibilisés à la psychologie, à cette pratique pourrait d'autant plus favoriser la prise en charge de la santé sexuelle.

Une formation plus homogène en communication à l'ensemble des étudiants en médecine serait donc bénéfique. L'utilisation de la roulette canadienne combinatoire^{RI5} au sein des enseignements à travers des jeux de rôle, pourrait être un bon moyen d'entraîner l'interne à communiquer quel que soit la « famille de situation », tout comme l'intégration d'une supervision vidéo SODEV* déjà utilisée par d'autres départements de médecine générale.

Les réponses des internes interrogés ont également amené un questionnement sur le choix de la méthodologie. Le sujet pourrait en effet bénéficier d'une approche par analyse interprétative phénoménologique afin d'explorer la manière dont la prise en charge de la santé sexuelle est ressentie et vécue par les IMG*. Cependant une telle étude semble devoir nécessiter l'exploration préalable et complémentaire de la vision qu'ont les IMG* de la sexualité. Ceci semble cependant difficile à mettre en place, au vu de la réserve des internes à participer sur le sujet de cette thèse, alors que la sexualité n'en est pas directement le sujet.

En définitive, l'abord de la sexualité en donnant une certaine latitude d'action semble avoir participé à l'incertitude et l'inconfort de l'interne. Comme la plupart des prises en charges médicales répondent à des recommandations, ce libre arbitre est peut-être difficile à s'approprier pour les internes, sortis de six ans de formation hospitalière rigoureuse, car la plupart des prises en charges médicales répondent à des recommandations. De manière plus globale, il pourrait donc être intéressant d'explorer l'influence de ce libre arbitre sur la confiance des médecins dans leur pratique générale.

E. CONCLUSION

Face à un contexte d'enseignement peu propice à la sexologie, les efforts actuels des politiques médicales en matière de santé sexuelle peinent à montrer leurs bénéfices. On retrouve les internes en difficulté dans l'abord de la sexualité, notamment si leurs médecins seniors n'y ont pas été sensibilisés.

Le niveau compétent de la « Prise en charge de la Complexité » (30) rappelle l'importance de ne pas appuyer son attitude professionnelle uniquement sur ses connaissances biomédicales. Pourtant, les internes semblent continuer à s'y référer, témoignant de leur malaise dans une problématique médicale non maîtrisée, alors que la prise en charge des incertitudes fait partie du quotidien du médecin généraliste.

Le ressenti des internes sur leurs compétences communicationnelles dans l'abord du sujet complexe qu'est la sexualité, est donc mitigé. Au regard de cette étude, ces compétences devraient s'appuyer sur des notions en communication et en psychologie. En effet, cet enseignement semble indispensable aux internes pour aborder au mieux le patient dans sa globalité et sa complexité. Il peut également leur apporter un bénéfice direct en leur permettant d'assurer une stratégie professionnelle de défense.

Cette étude a aussi révélé ce qui a constitué certaines de ses limites intrinsèques : à savoir la connaissance du sujet par l'IMG*. Ceci a pu expliquer partiellement la prise en charge de la sexualité par sa mobilisation de ressources personnelles et professionnelles. L'abord de la sexualité ne peut donc se limiter à l'acquisition de ses compétences communicationnelles, et notamment quand l'interne n'est pas en mesure de gérer ses émotions.

Dans ce contexte, l'enseignement du « Professionnalisme » qui s'est plus apparenté dans cette étude à une approche professionnelle, mériterait peut-être de s'intéresser aux capacités de l'interne à adopter cette approche, avec une étude plus centrée sur l'acquisition de cette compétence en consultation, qu'elle soit de santé sexuelle, ou non.

F. BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Sexual health, human rights and the law [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333850>
2. Gott M. « Opening a can of worms »: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*. 1 oct 2004;21(5):528-36.
3. Tarragon J. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale : étude qualitative réalisée dans les Hauts de France [Internet]. 2018 [cité 20 oct 2019]. Disponible sur: <https://pepitem-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/be5cbce5-e1fb-42a0-a8fd-577c54ef428d>
4. Gillet C. Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2019.
5. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. 2008;19(81):49-51.
6. Godet S. Prise en charge médicale des dysfonctions sexuelles, quelle place pour une spécialité de médecine en santé sexuelle ? *Sexologies*. 1 avr 2013;22(2):56-64.
7. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. nov 2010;11(4):255-72.
8. Verdon M, Roux D. Etude du ressenti des patientes sur la présence d'un interne en consultation de gynécologie en médecine générale en Midi-Pyrénées. [Toulouse]: Université de Toulouse; 2015.
9. Deffromont T. L'interne en SASPAS: pourquoi les patients acceptent ou refusent de la voir en consultation? Étude quantitative en Haute-Normandie. Rouen; 2017.
10. Autret PA, Barthelemy PC, Besnard PJ-C, Bougnoux PP, Choutet PP, Danquechin-Dorval PE, et al. L'interne en stage ambulatoire de niveau 1 Influence sur la consultation et sur la relation médecin-patient Point de vue des patients sur les relations triangulaires médecin-patient-interne. Université François-Rabelais de Tours; 2016.
11. Gurtner G, Milazzo M. Evaluation des compétences en communication d'étudiants en médecine inscrits en médecine au diplôme de formation approfondie en sciences médicales: pertinence de critères verbaux et non verbaux. [Nancy]: Lorraine; 2017.
12. Bourgeois G. La formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale: une expérience nancéienne utilisant la simulation. Nancy; 2017.
13. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Erpi médecine; 2016.
14. Deseille N. La formation des internes de médecine générale aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie: état des lieux de la prise en charge en

autonomie des situations gynécologiques relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes en médecine générale, et pistes d'amélioration. 2017.

15. Delvallé J. Être interne, devenir médecin : le vécu de l'internat de médecine générale à Lille : analyse qualitative par théorisation ancrée et entretiens compréhensifs individuels auprès de 12 internes et jeunes médecins en médecine générale [Internet]. Université de Lille; 2017 [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-7751>
16. Larapidie C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient. Toulouse; 2018.
17. Lajzerowicz C. Le SASPAS en Aquitaine en 2016: enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage. :94.
18. Martel E. Place du médecin généraliste remplaçant dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires. Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes remplaçants dans la région Nord-Pas-de-Calais. [Internet]. [Lille]; 2013 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/5932bc4d-9d04-4805-9ac8-912a17188d5b>
19. Dausques C. L'abord de la sexualité des adultes en médecine générale : étude quantitative des pratiques et représentations de médecins généralistes hommes et femmes. [Bordeaux]; 2013.
20. Bellaton N, Chambost A. Quelles sont les difficultés à aborder le sujet de la sexualité en médecine générale ? Etat des lieux en 2017. Etude qualitative du point de vue des médecins et des patients. Lyon1; 2018.
21. Nicolosi A, Buvat J, Glasser DB, Hartmann U, Laumann EO, Gingell C, et al. Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. World J Urol. sept 2006;24(4):423-8.
22. Bourteel C. Évaluation de la satisfaction des patients reçus en consultation par un interne en SASPAS : une étude quantitative réalisée dans le Nord-Pas de Calais [Internet]. [Lilles]: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2015 [cité 26 déc 2019]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-5019>
23. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité [Internet]. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.proxy.scd.univ-tours.fr/singuliers-generalistes--9782810900213-page-147.htm>
24. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier M. Le guide Calgary-Cambridge. Les Éditions du Nouveaux Pédagogiques : Richard C, Lussier MT. Montréal; 2004.

25. Street RL, Gordon H, Haidet P. Physicians Communication and Perceptions of Patients: Is it How They Look, How They Talk, or is it Just the Doctor?". *Soc Sci Med.* août 2007;65(3):586-98.
26. Sala B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient. Université de Nice; 2018.
27. Hernandez E, Bagourd E, Tremeau A-L, Bolot A-L, Laporte C, Moreno J-P. Perception de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale : enquête nationale. *Pédagogie Médicale.* 1 août 2017;18(3):109-20.
28. Nau J-Y. Dépasser le réductionnisme de l'evidence-based medicine. *Revue Medicale Suisse* [Internet]. 28 févr 2018 [cité 8 oct 2021];(596). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2018/revue-medicale-suisse-596/depasser-le-reductionnisme-de-l-evidence-based-medicine>
29. Yon K, Nettleton S, Walters K, Lamahewa K, Buszewicz M. Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. *BMJ* [Internet]. 1 déc 2015 [cité 9 oct 2021];5(12). Disponible sur: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/12/e009593>
30. Attali PC, Bail P, Compagnon L, Ghasarossian C, Huez JF, Piriou C, et al. Référentiel des niveaux de compétences en médecine générale.
31. Morin A, Osterreicher S. L'abord de la sexualité en médecine générale: freins et facteurs facilitants le point de vue des patients. 2017.
32. Dourlens E. Abord de la sexualité dans la pratique de médecins généralistes Picards : Étude qualitative auprès de 20 médecins généralistes en Picardie. Université d'Amiens; 2018.
33. Potthoff S, Rasul O, Sniehotta FF, Marques M, Beyer F, Thomson R, et al. The relationship between habit and healthcare professional behaviour in clinical practice: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review.* 2 janv 2019;13(1):73-90.
34. Bettes M. Etude de la tolérance à l'incertitude chez les internes en SASPAS de Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1691/>
35. HAS. Boîte à outils communication et sécurité patient [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-04/boite_a_outils.pdf
36. Baurain M. Parlons sexualité! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients? [Nice]; 2018.
37. Perrier A. Le grand retour du paternalisme ? *Rev Med Suisse.* 14 oct 2015;1876:2.

38. Attali C, Mazabrard P. Du médecin savant au médecin compétent. Une analyse des limites du modèle paternaliste en médecine générale. *Sciences sociales et sante*. 2015;Vol. 33(4):67-72.
39. Jaunait A. La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient. *Sciences sociales et santé*. 2007;25(2):67-72.
40. Giami A. La médecine sexuelle : genèse d'une spécialisation médicale ? *Histoire, médecine et santé*. 17 mai 2018;(12):131-47.
41. Giami A, de Colomby P. La profession de sexologue en Europe : diversité et perspectives communes. *Sexologies*. 1 janv 2006;15(1):7-13.
42. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale: revue de littérature. Angers; 2018.
43. Extrait du Journal Officiel de la République Française - N°296 du 20/12/2017.
44. Fornage S, Bianci-Demicheli F. Médecine sexuelle en gynécologie-obstétrique. *Rev Med Suisse*. 2016;4.
45. Schweizer A. L'abord de la sexualité en consultation gynécologique. *Revue Medicale Suisse* [Internet]. 15 mars 2017 [cité 9 oct 2021];554. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-554/l-abord-de-la-sexualite-en-consultation-gynecologique>
46. Perret Morisoli A. L'importance du compagnonnage. *BMS*. 26 févr 2020;101(09):311-3.
47. Organisation mondiale de la Santé. Communication brève relative à la sexualité (CBS) : recommandations pour une approche de santé publique [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015 [cité 19 oct 2021]. 70 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204278>

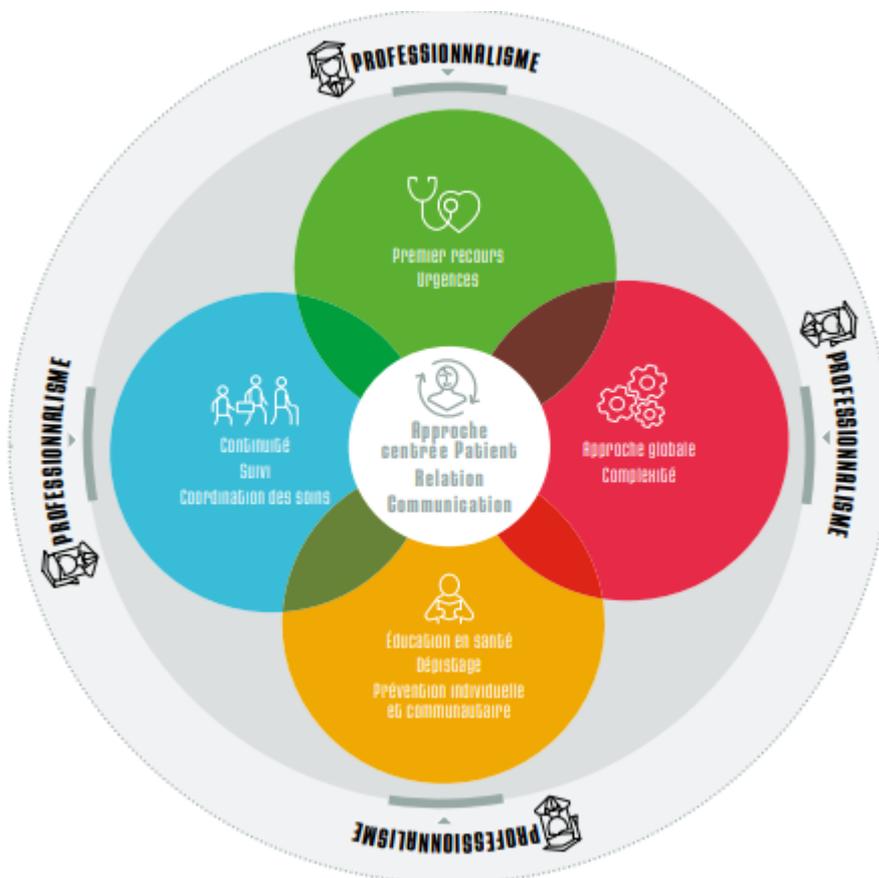
G. REFERENCES ILLUSTREES ^{Rlx}

1. ^{R11} Tableau des compétences/familles de situation

les familles de situations		les compétences					
		Premier recours Incertitude Soins non programmés et urgence	Relation Communication Approche centrée patient	Education en santé Dépistage Prévention Santé individuelle & communautaire	Continuité Suivi Coordination des soins autour du patient	Vision Globale Complexité	Professionalisme
1. patho chroniques, polymorbidité	1.1. patho chronique organique et psy						
	1.2. patient asymptomatique avec FDR						
	1.3. maintien à domicile						
	1.4. addiction, dépendance, benzo						
	1.5. soins pall et fin de vie						
	1.6. patho psy chronique ou récurrente						
	1.7. douleur chronique ou récurrente						
2. pb aigus non programmés, fréquents, exemplaires	2.1. plainte inexplicable fonctionnelle ou somatique						
	2.2. trouble somatique, patho prévalente						
3. pb aigus non programmé / urg réelle ou ressentie	3.1. urgence méd somatique						
	3.2. urg chir						
	3.3. urg ressentie						
	3.4. urg psychiatrique, psychique ou relationnelle						
	3.5. pb médicaux socio aigus nécessitant réponse rapide						
4. enfant, ado	4.1. consult systématique nourrisson et enfant						
	4.2. parent inquiets nourrisson						
	4.3. ado (somatique, psychique, préventif, éducatif, relationnel)						
5. sexualité et génitalité	5.1. contraception (suivi, prescription, urgences); en abordant sexualité						
	5.2. grossesse						
	5.3. ménopause						
	5.4. demande IVG						
	5.5. plainte d'origine gyneco						
5.6. cancer mammaire et génitaux							
6. pb liés à histoire familiale et vie de couple	6.1. situations où dynamique familiale est perturbée						
	6.2. conflits intrafamiliaux						
	6.3. violence, abus intrafamiliaux						
7. pb de santé et souffrance au travail	7.1. trouble physique ou psychique lié au travail						
	7.2. reconnaissance de patho liées au travail						
	7.3. aptitude et reprise travail						

8. aspects légaux, déonto, juridique au premier plan	8.1. secret médical peut être questionné						
	8.2. demande de certificat						
	8.3. conflit entre soignants						
	8.4. sécurité du patient non respectée						
	8.5. erreur médicale						
9. Situations patient difficile ou exigeant	9.1. patient ou famille agressive						
	9.2. demande abusive						
	9.3. toutes tentatives d'intervention se soldent par un échec						
10. pb sociaux au premier plan	10.1. pb sociaux entraînent inégalités de santé						
	10.2. patient en précarité						
	10.3. rupture professionnelle et familiale avec risque de désocialisation						
11. patient d'une autre culture	11.1. patient migrant en situation irrégulière ou précaire						
	11.2. patient migrant voyageur (retour fréquent dans pays d'origine)						
	11.3. autre culture, installés durablement en France						

2. ^{R12} La Marguerite des Compétences



Référentiel métier des médecins généralistes : la marguerite des 6 compétences. Source CNGE*

3. ^{R13} Extrait des recommandations HAS* d'avril 2016 « Boite à outils, Communication et Sécurité du patient »

SAED
Situation, Antécédents, Evaluation, Demande

professionnels de santé

- **Outil mnémotechnique pour structurer / standardiser la communication entre professionnels**

Permet de :

- mettre en œuvre une **communication documentée claire et concise** ;
- prévenir les événements indésirables pouvant résulter **d'erreurs de compréhension**.

Quelque soit le secteur d'activité

Quelque soit la demande

- Demande verbale d'avis (téléphonique ou non); Communications urgentes
- Revues de morbidité et mortalité (RMM)
- À toutes les étapes du parcours du patient
- Communication entre IDE et médecin, médecin et médecin, sage-femme et gynéco, kiné et IDE, pharmacien et médecin, etc.

HAS Haute Autorité de Santé – Avril 2016

FAIRE DIRE

professionnels de santé

Qu'est-ce que c'est ? Adaptation de *Teach-Back*

Outil simple et efficace, basé sur une reformulation demandée au patient, qui permet de s'assurer que les informations délivrées, sont claires, retenues et comprises.

Amalberti 2013; Xu 2012; Glatter 2012.

Qui peut l' utiliser ?

Tous les professionnels de santé.

Quand ?

Tout dialogue avec le patient.

Comment faire ?

Expliquer, FAIRE DIRE, Réexpliquer si nécessaire.

HAS Haute Autorité de Santé – Avril 2016 10

4. ^{RI4} Extrait des recommandations d'approche pour la santé publique écrite par l'OMS en 2015 au sujet de la CBS : Communication Brève relative à la Sexualité

Toute une série de modèles peuvent orienter l'approche du prestataire de soins, essentiellement selon les axes théoriques du modèle « information, motivation et comportement » (84). De manière générale, la CBS recourt à des questions ouvertes plutôt qu'à des questions directes (3). La plupart des approches incluent les quatre composantes suivantes (25: 62) :

- **se rendre disponible pour le client** : en d'autres termes, mettre en place une relation avec celui-ci. Même si la CBS s'adapte au contexte et aux besoins particuliers, les prestataires de soins de santé peuvent employer certaines questions types pour aborder le sujet de la santé sexuelle d'une manière socialement adaptée, par exemple : « Avez-vous des questions sur la sexualité ou des préoccupations dans ce domaine ? » (69) ;
- **intervenir** : poser des questions pour lancer la conversation sur la santé sexuelle et la sexualité, par exemple : « Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? » (69), « Votre vie sexuelle répond-elle à vos attentes ? » ou « Comment vivez-vous vos relations sexuelles ? » (139) ;
- **personnaliser l'approche** : mettre en évidence les problèmes, difficultés, dysfonctionnements ou troubles sexuels et les liens entre ces différents aspects, en posant par exemple les questions suivantes : « Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'utilisation des préservatifs ? » (139), « Certaines personnes qui ont le même problème que vous (par exemple cancer, hypertension, diabète, traitement du sida) m'ont dit qu'elles rencontrent aussi des problèmes sexuels. Cela est-il également votre cas ? » (105, 141) ;
- **proposer des solutions** : donner des informations et, avec le client, définir les mesures qui devraient ou pourraient être prises (44,85,138).

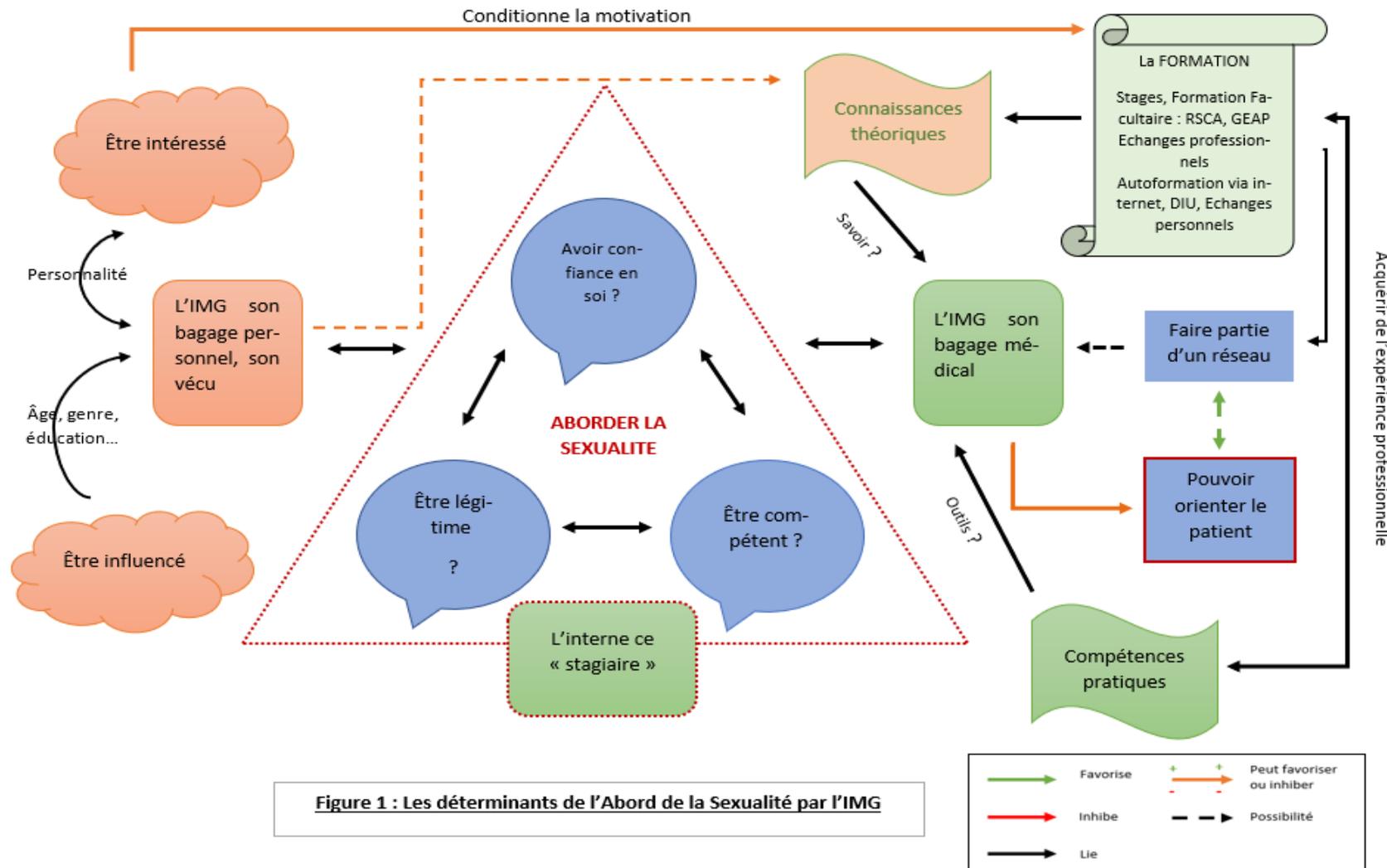
Pour conclure, on planifie une visite de suivi ou on oriente le sujet vers d'autres ressources ou services, selon que de besoin. Ainsi, on aide le client à étudier les options disponibles, mieux comprendre la situation et agir pour améliorer sa santé sexuelle (25).

H. TABLEAU ET FIGURES Tx et Fx

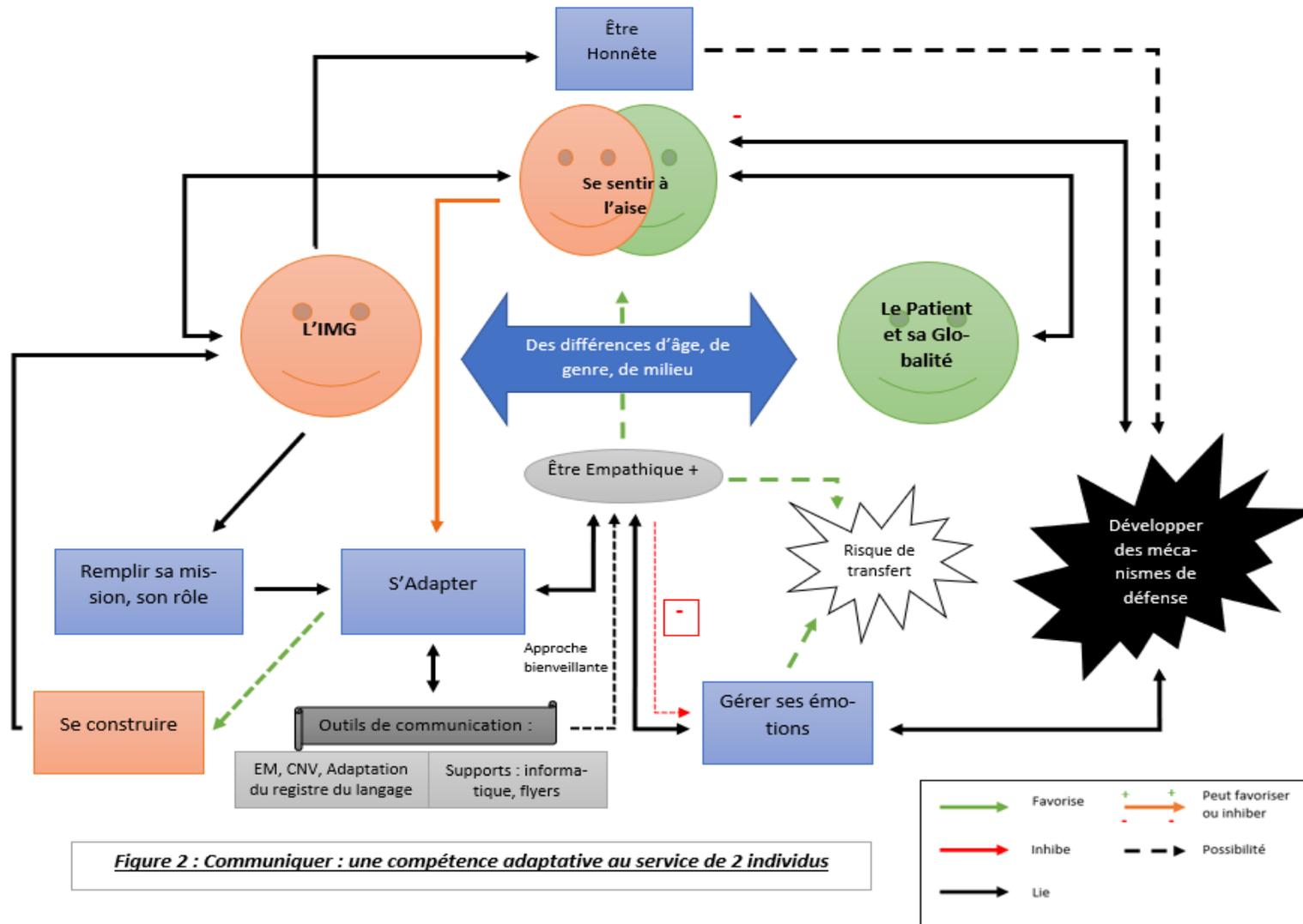
1. ^{T1} Tableau des participants et de leurs données socio-démographiques

Entretien	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Visio (V) ou Présentiel (P)	V	V	V	P	P	V	V	V	V
Genre	M	M	F	F	F	F	M	F	F
Tranche d'âge	< 30 ans	30 ans-40ans	< 30 ans	< 30 ans	< 30 ans	< 30 ans	< 30 ans	< 30 ans	< 30 ans
Orientation sexuelle	Hétérosexuelle	Hétérosexuelle	Hétérosexuelle	Hétérosexuelle	Hétérosexuelle	Hétérosexuelle	Bicurieux (sic)	Hétérosexuelle	Hétérosexuelle
En couple	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Enfants	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Activité spirituelle	Croyant	Méditation	Non	Non	Catholique	Chrétienne	Oui	Non	Non
Identité culturelle particulière	Non	Guyannais, communauté noir-marron	Non	Non	Non	Non	Antillais	Non	Non
Stade dans l'internat	Post internat	Post internat	5 ème semestre	7 ème semestre (disponibilité)	5 ème semestre	Post internat	5 ème semestre	6 ème semestre	6 ème semestre
Promotion	2016 (pas de stage couplé ME; a fait de la pédiatrie)	2016 (pas de stage couplé ME; a fait de la gynéco)	2018	2017	2018	2017	2017	2018	2018
Stage actuel	Remplacement libéral	Remplacement libéral, SOS médecin	SASPAS	2ème SASPAS	SASPAS	Remplacement libéral	HAD	SASPAS	SASPAS
Titulaire d'un DU	Non	Non, mais vise DIU de médecine tropicale	Non, mais souhait DIU gynécologie	Non, mais souhait de formation TCC	Non, mais souhait de DIU de gynéco et de travail en planning familial	Non	Non	Non	Non

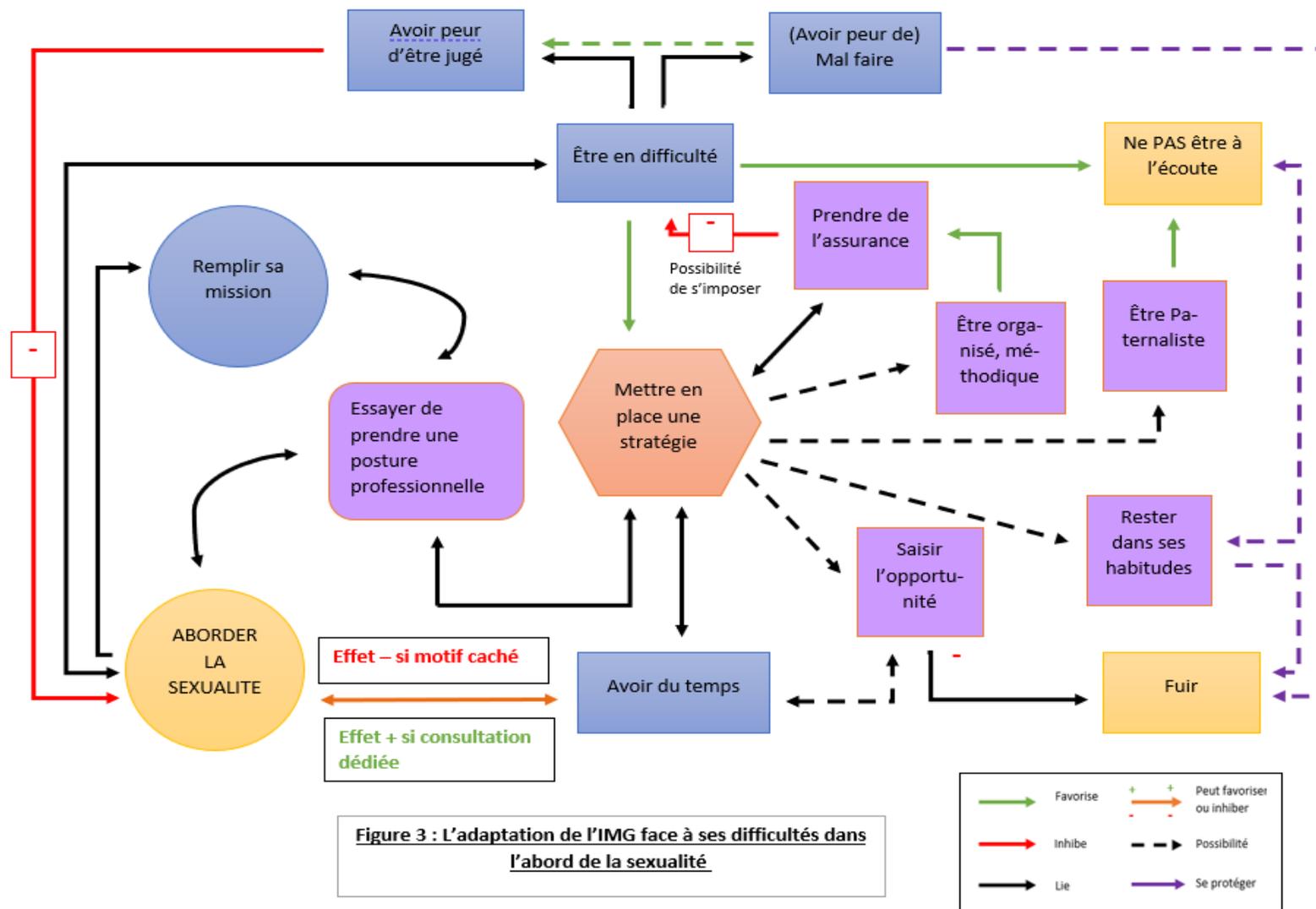
2. ^{F1} **Figure 1**



3. ^{F2} Figure 2



4. ^{F3} Figure 3



I . ANNEXES ^{Ax}

1 . ^{A1} La réponse aux 7 questions

- a. Question initiale ? Opinion de l'IMG sur son abord de la santé sexuelle en consultation
- b. Cheminement ? J'ai fait un DIU de gynéco-obstétrique pour le médecin généraliste et j'ai été surprise de ne pas avoir eu quelques conseils autour de l'abord de la sexualité. D'un point de vue général, le sujet autour de la sexualité hors contraception est peu abordé dans le cursus général. Y aurait-il une sorte de tabou pudique autour du sujet ? A côté de ça, je m'interroge souvent sur mes propres capacités de communication. Les compétences communicationnelles sont-elles en jeu dans ce contexte ? La sexualité est de plus en plus médiatisée. Quel est l'impact de l'évolution des mœurs sur l'attitude des jeunes médecins sur la sexualité ?
- c. Ma réponse si moi-même interrogée : Globalement mon avis est mitigé, j'ai des points forts sur la contraception, mais notamment parce que je suis une femme et que je l'utilise. Mes connaissances en pathologies masculines sont très superficielles. A moins que le contexte clinique l'« impose », je pense moins dépister si je ne me sens pas compétente en la matière.
- d. Pertinence de ma question ? : Il y a une explosion de ces sujets dans les médias, et notre formation initiale en communication et sexologie est pauvre. But : Est-ce qu'une impression ? Comment les étudiants d'aujourd'hui perçoivent leur formation et s'en sortent sur ces sujets ? Comment pourrait-on mieux faire ?
- e. Réponses attendues ? : La formation actuelle est axée sur les thérapeutiques, contraception, MST... L'abord des problèmes médico-sociaux est un peu plus inégal. L'abord de la sexualité est peu fréquent, et dépend de la sensibilité propre à chacun. Il ne faut pas juger le patient. La communication peut parfois être entravée par le manque de connaissance et ou la peur de mettre mal à l'aise. Les outils de communication devraient être transmis aux étudiants plus tôt dans leur cursus. L'abord de la sexualité devrait être enseigné.
- f. Réponses non attendues, aberrantes ? : Ces problématiques ne nous concernent pas en tant que MG, on passe toujours la main et ou on fait comprendre que je ne veux pas parler de ça. Faut prescrire toujours un médicament, c'est ce que le patient veut (une problématique, un médicament).
- g. Question finale : Exploration des stratégies de communication des IMG en fin de cursus dans une consultation abordant la Santé Sexuelle : Ressentis, Besoins et Avis sur leur formation ; puis finalement : Opinion de l'IMG sur l'acquisition de sa compétence communicationnelle professionnelle dans l'abord de la sexualité en consultation

2. ^{A2} Guide d'entretien

a. Guide version 1 : (2 entretiens puis re modification du guide)

- Racontez-moi la dernière consultation où la sexualité a été abordée, mais pas forcément attendu (par vous ou le patient)
- (Si pas abordé lors de la première question) Racontez moi une consultation autour de la sexualité qui vous a mis en difficulté ?
 - Relance (R) : Qu'est-ce qui vous a mis en difficulté ? Expliquez.
 - A votre avis, comment le patient a-t-il perçu cette consultation ? Développez.
 - Comment avez-vous surmonté ces difficultés ?
 - Qu'auriez-vous aimé avoir à disposition pour le faire ?
- Que pensez-vous de la compétence communication en consultation autour de la sexualité ?
 - R : En quoi consiste-t-elle ? But ?
- Vous êtes à la fin de votre internat, comment vous sentez-vous aujourd'hui pour aborder la sexualité en consultation ? Pourquoi ?
 - R : Qu'est-ce qui vous paraît facile et difficile à aborder ?
 - R : Qu'est-ce qui facilite ou qui limite la discussion sur ce thème ?
 - R : Que pensez-vous des différences socio-culturelles entre médecins et patients dans les consultations autour de la sexualité ?
 - R : Si vous étiez du sexe opposé, cela changerait-il votre approche ?
- Que pouvez-vous dire aujourd'hui de vos compétences en communication autour de la sexualité ?
 - Sur quoi pensez-vous avoir le plus progressé ?
 - Comment avez-vous amélioré cette compétence ?
- Que pensez-vous de votre formation d'interne dans l'approche des patients dans ce domaine ?
 - Relance : Que pensez-vous des stages dans ce domaine ? De l'enseignement ?
 - Qu'est-ce ce que vous auriez changé dans votre formation universitaire ?

b. Guide version 2 (multiples changements après concertation avec ma directrice et un autre CCA Delphine Rube intéressée par le sujet)

- Raconte-moi la dernière consultation pendant laquelle un motif de « santé sexuelle » a été abordée
- Suivant ce qui a initié le sujet, récupérer des infos sur le ressenti des 2 acteurs de la conversation et son influence sur le déroulé de la consultation (à l'aise malaise, satisfaction, climat de consultation)
 - Comment as-tu vécu la consultation ? le patient ?
 - Qu'as-tu pensé de ta communication pendant cette consultation ?
- Que penses-tu de ta compétence communicationnelle en général ? (Points fort / faible)
- Que penses-tu de ta compétence communicationnelle en tant que professionnel de santé en formation dans le domaine de la santé sexuelle en médecine générale ?
 - Quelles sont tes principales ressources dans ce domaine ?

- Quelles sont tes principales ressources en communication ?

R : Comment souhaiterais-tu te former ?

- Quel est ton avis sur la compétence communicationnelle professionnelle médicale ?
- Que penses-tu de la place de ton expérience personnelle dans ce type de consultation ?

c. Guide version 3

- Raconte-moi la dernière consultation pendant laquelle un motif de « ~~santé sexuelle~~ » sexualité a été abordée
- Suivant ce qui a initié le sujet, récupérer des infos sur le ressenti des 2 acteurs de la conversation et son influence sur le déroulé de la consultation (à l'aise malaise, satisfaction, climat de consultation)
 - Comment as-tu vécu la consultation ? le patient ?
 - Qu'as-tu pensé de ta communication pendant cette consultation ?
- Le déroulé de cette consultation aurait-il été différent en début d'internat ? Pourquoi ?
 - R : Si non, peux-tu me parler d'une consultation qui a pu bénéficier de ton expérience en communication ?
- Que penses-tu de ta compétence communicationnelle en général ? (Points fort / faible)
- Que penses-tu de ta compétence communicationnelle en tant que professionnel de santé en formation dans le domaine de la santé sexuelle en médecine générale ?
 - Quelles sont tes principales ressources dans ce domaine ?
 - Quelles sont tes principales ressources en communication ?R : Comment souhaiterais-tu te former ?
- Quel est ton avis sur la compétence communicationnelle professionnelle médicale ?
- Que penses-tu de la place de ton expérience personnelle dans ce type de consultation ?

3. ^{A3} Extraits de Codage (utilisation du logiciel Excel) :

a. Extrait d'un entretien

LIGNE	THEME	ETIQUETTE EXPERIMENTIELLE	PROPRIETES
L4-6	situation complexe IVG, grossesse	Je pensais avoir tout géré	Etre méthodique dans une situation complexe
7	Finallyment aujourd'hui	J'ai été surprise de la revoir	Etre surprise
			Devoir replanifier un accompagnement
L8-9	Elle a 8 M de G, elle a fait un déni	Je suis triste pour elle	Etre empathique
9	elle a 30 ans		S'identifier au patient
10	souhait et refus du centre	Je ne comprends pas la décision du centre	Etre en désaccord avec ses confrères
10	On lui a dit "vs êtes trop jeune"		Ressentir de l'injustice pour ces patients
			Ne pas aimer l'attitude paternaliste
			Regretter que certains ne prennent pas en compte le souhait patient
11	c'est son 5ème enfant, je pouvais entendre	Son souhait me paraissait justifié	Comprendre/ Valider les motivations du patient
12	"vendre la ligature"	Je pensais que c'était le mieux, mais j'ai donné des choix	Avoir une idée sur le meilleur ttt, mais laisser le patient choisir
14		J'ai pris en compte l'inefficacité de sa contraception actuelle	S'adapter à la situation du patient
15	on se reverra très certainement		Avoir conclut une alliance thérapeutique
			Continuer la PEC du patient
19-22	Communication téléphonique		Savoir référer le patient à un confrère
			Etre directive dans l'urgence
28-29	elle m'a demandé si c'était légal	Je ne savais pas quoi lui répondre	Regretter ne pas pouvoir apporter de réponse au patient

b. Extrait du tableau de codage avec l'ensemble des entretiens (une couleur un entretien)

ETRE MAL A L AISE à parler de sexualité masculine en tant qu'homme	ETRE MAL A L AISE avec la sexualité des PA	ETRE MAL A L AISE avec la sexualité des ados	ECHOUER	ETRE MAL A L AISE par ce que dit le patient	La sexualité est un sujet INCONFORTABLE pour le médecin (TABOU)	MANQUE de confiance (etre hesitant)	Manque de légitimité	se défendre	
				Etre gêné de la proximité du patient	Etre différent		Personnalite	Manque de légitimité	se défendre
Pour un homme être mal à l'aise face à une femme	Etre MAL à l'aise avec PA	Moins à l'aise avec les ados	ECHOUER		Etre en décalage avec le patient	Ne pas être à l'aise à parler sexualité	Ne pas avoir confiance en soi	Ne pas se sentir légitime	se défendre
Etre hésitant face à une adolescente	Ne pas se sentir légitime avec les PA car moins "expérimenté"	Ne pas savoir quel terme utilisé face à une population jeune	Etre confrontée à la résistance du patient	Etre sollicité pour ses conseils, ne pas savoir quoi répondre (pas son	Etre éthiquement choqué par un comportement	Se sentir démuné en santé sexuelle globalement	Ne pas avoir confiance en soi	Ne pas se sentir assez légitime pour répondre à un homme	Etre rapidement sur la défensive, si en difficulté
faire plus attention sur son attitude avec les femmes	être intimidé par les PA	Etre hésitant face à une adolescente	Poser des questions fermées et se retrouver avec un échange pauvre	Etre ennuyé par une confiance de patient	Etre abasourdi par la confiance intime d'un patient	Reconnaitre la sexualité comme un sujet tabou	Etre ambivalent sur la capacité à parler de sexualité	Ne pas se sentir légitime par rapport à son MSU, demandé par le patient, face à une pbq de DE. (renvoie Comparaison du patient)	Avoir une attitude fermée dans une cs non maîtrisée

4. ^{A4} Google Form

a. Consentement

Evaluation qualitative de l'Opinion de l'IMG sur sa compétence communicationnelle professionnelle dans le cadre d'une consultation autour de la santé sexuelle

CONSENTEMENT

Merci de remplir au préalable ce formulaire de consentement à l'étude. Il sera suivi d'un questionnaire court qui me permettra de récupérer des données socio-démographiques afin de mieux cerner ma "population d'étude" avant notre entretien.

Même si ce consentement t'identifie, soit rassuré les résultats aux questions socio-démographiques qui suivent seront anonymisées.

Nom et Prénom *

Votre réponse

Quel jour sommes nous ? *

Date

jj/mm/aaaa

J'accepte de participer à l'étude sus-nommée. Ceci sous-entend que : j'ai compris les objectifs et modalités de l'étude, que j'accepte que mes données soient utilisées par les responsables de l'étude, que l'on m'a rappelé que mon anonymat sera préservé. *

Oui

Non

b. Données socio-démographiques

Questionnaire socio-démographique

(Les données seront anonymisées)

Quel est ton genre ? *

Masculin

Féminin

Autre : _____

Quel âge as-tu ? *

Moins de 30 ans

Entre 30 et 40 ans

Plus de 40 ans

Quelle est ton orientation sexuelle ?

Votre réponse _____

Es-tu en couple ? *

Oui

Non

As-tu des enfants ? *

Oui

Non

As-tu une croyance/activité spirituelle ? *

Oui

Non

Si oui à la précédente question, laquelle ?

Votre réponse _____

As-tu une identité culturelle particulière ?

Oui

Non

Si Oui, quelle est-elle ?

Votre réponse _____

Peux-tu préciser ton semestre actuel d'internat ? *

1

2

3

4

5

6

Autre : _____

De quelle promotion fais-tu parti ?

Votre réponse _____

Quel est ton stage actuel ? *

Votre réponse _____

Es-tu titulaire d'un DU ? Si oui lequel ?

Votre réponse _____

Merci de ta participation, à très vite pour l'entretien!

Vu,

Le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end.

Vu,

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

MAILLOT Sandra

Nb de pages 86 – Tableau 1 – Figures explicatives 3 – Références Illustrées 5 – Annexes 4

Résumé :

Introduction : La santé sexuelle fait partie intégrante de la qualité de vie du patient. Son évaluation par le médecin généraliste est donc déterminante. Or, peu d'entre eux vont oser l'aborder en consultation. Les projets de santé nationaux veulent améliorer cette prise en charge, notamment en y sensibilisant les futurs professionnels en santé. Le travail de la communication dans ce contexte, fait partie de leurs objectifs. Actuellement, la compétence communicationnelle des internes est travaillée au cours de leurs trois années de stages professionnels, et évaluée sur plusieurs familles de situations, dont la sexualité.

Objectif : Cette étude explore l'avis de l'interne de médecine générale sur son acquisition de la compétence communicationnelle professionnelle dans l'abord de la sexualité au cours de sa formation.

Méthode : L'approche qualitative par théorisation ancrée a été choisie. Sur la période de septembre 2020 à juin 2021, neuf entretiens semi-dirigés ont été réalisés parmi des internes de la faculté de Tours, de la 2ème année à un an après l'internat.

Résultats : L'interne doute toujours de sa compétence et de sa légitimité à aborder la sexualité, et ce malgré des acquis, parfois inconscients, en communication. L'approche de cette dimension intime va mobiliser chez lui des ressources professionnelles, mais aussi personnelles. Cet apport personnel ajouté à la construction du lien médecin-patient, peuvent le mettre en difficulté, notamment sur la gestion de ses émotions.

Conclusion : L'abord de la sexualité conduit à une implication émotionnelle de l'interne qui doit aussi être accompagnée. L'acquisition des compétences communicationnelles ne dépend pas que d'une acquisition de connaissances, mais aussi de l'apprentissage d'une posture professionnelle. S'intéresser davantage à la compétence « professionnalisme » sur le thème de la sexualité pourrait être une piste de réflexion pour améliorer cette prise en charge

Mots clés : Compétence, communication, sexualité, sexologie, professionnalisme, médecine générale, formation, internes, relation médecin-patient, compagnonnage.

Jury :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Directeur de thèse : Docteur Christelle CHAMANT

Membres du Jury : Professeur Vincent CAMUS
Professeur Henri MARRET
Docteur Parvine BARDON

Date de soutenance : 18/11/2021