



Faculté de médecine

Année 2021/2022

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
Par

Raïssa RACHIDI

Née le 08/05/1991 à CHICONI (976 Mayotte)

TITRE

Santé sexuelle : apprendre à l'aborder en consultation de médecine générale. Etude qualitative de traces d'apprentissage d'étudiants en 3^{ème} cycle de DES de médecine générale de la région Centre Val de Loire

Présentée et soutenue publiquement le **14 avril 2022** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur émérite Giles BODY, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine -TOURS

Membres du Jury :

Professeur François MAILLOT, médecine interne, Faculté de médecine-TOURS

Professeur François LABARTHE, pédiatrie, Faculté de médecine – TOURS

Docteur Christelle CHAMANT, médecine générale, CCU, Faculté de médecine – TOURS

Directrice de thèse : Docteur Delphine RUBÉ, Médecine Générale - BOURGES

Résumé

Titre : Santé sexuelle : apprendre à l'aborder en consultation de médecine générale. Etude qualitative de traces d'apprentissage d'étudiants en 3^{ème} cycle de DES de médecine générale de la région Centre Val de Loire.

Introduction : Le sujet de la santé sexuelle est difficile à aborder en consultation de médecine générale pour les médecins et les patients. Devant l'augmentation de l'incidence des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les violences faites aux femmes ou les spécificités des minorités sexuelles, le sujet est prévalant et important en médecine générale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) puis le Haut Conseil en Santé Publique (HCSP) ont émis des recommandations destinées aux formateurs des professionnels de santé afin d'améliorer leurs compétences sur le sujet. Le programme des études en santé en deuxième cycle en France aborde la santé sexuelle du côté pathologique.

Objectif : Explorer comment les étudiants en troisième cycle du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale de la région Centre Val de Loire s'approprient la compétence communication quand le sujet de la santé sexuelle est abordé.

Méthode : Les étudiants ont été recrutés via leur adresse email universitaire et le groupe Facebook® des internes de médecine générale de la région Centre. Une méthode qualitative d'analyse thématique s'inspirant de l'analyse de contenu a été utilisée pour analyser les traces recueillies.

Résultats : Treize récits ont été analysés. Les répondants ressentent de la gêne lorsque le sujet de la santé sexuelle est abordé en consultation. Elle est liée à la pratique de l'examen génital mais également à l'abord de l'orientation sexuelle. Les répondants n'ont pas rapporté de gêne liée à leur genre. Les étudiants améliorent leur compétence en communication par des recherches internet mais également l'aide des pairs. L'utilisation d'outils d'aide à la communication est intéressante. La méthode de type « counseling » semble être la plus adaptée à une meilleure communication en plus d'une attitude bienveillante, empathique et ouverte.

Conclusion : L'analyse des traces d'apprentissage a permis de mettre en lumière les difficultés à aborder la santé sexuelle et les moyens utilisés par les étudiants pour améliorer leur compétence communicationnelle. La recherche bibliographique et l'échange avec les pairs sont les solutions utilisées. Les formations intégrant une approche de type « counseling » pourraient être un complément pertinent, dès le 2^{ème} cycle des études médicales dans la formation à la communication dans l'abord de la santé sexuelle et en général.

Mots clés : médecine générale, santé sexuelle, compétence communication, « counseling », trace d'apprentissage, Récit de Situation Complexe Authentique, analyse thématique de contenu

Abstract

Title: Sexual Health: Learning to Address in General Practice Consultation. Qualitative study of learning traces of students in the 3rd cycle of Diploma of Specialized Studies in General Practice in the Centre Val de Loire region.

Introduction: Sexual health is difficult to address in general medical consultation for physicians and patients. Given the increase in the incidence of Sexually Transmitted Infections (STIs), violence against women or the specificities of sexual minorities, the subject is prevalent and important in general medicine. The World Health Organization (WHO) and the High Council on Public Health (HCSP) have issued recommendations for trainers of health professionals to improve their skills on the subject. The graduate health studies program in France addresses sexual health on the pathological side.

Objective: Explore how students in the 3rd cycle of medical studies in the region Centre Val de Loire acquire communication skills when the topic of sexual health is addressed.

Method: Students were recruited via their academic email address and the Facebook group of General Medicine Residents of the Central Region. A qualitative method of thematic analysis based on content analysis was used to analyse the traces collected.

Results: Thirteen stories were analysed. Respondents feel uncomfortable when the topic of sexual health is discussed in consultation. It is linked to the practice of the genital examination but also to the discussion of sexual orientation. Responders did not report feeling embarrassed because of their gender. Students improve their communication skills through internet searches but also peer support. The use of communication aids is interesting. Counselling appears to be the most appropriate method for better communication in addition to a caring, empathetic, and open attitude.

Conclusion: The analysis of learning outcomes highlighted the difficulties in addressing sexual health and the ways in which students are improving their communication skills. Bibliographic research and peer-to-peer exchange are the solutions used. Training that incorporates a counselling-type approach could be a relevant complement, from the 2nd cycle of medical studies onwards, to training in communication about sexual health or in general.

Keywords: general medicine, sexual health, communication competence, counselling, learning trail, Authentic Complex Situation Story, content thematic analysis

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 – J.C. 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
GUILLOIN 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-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
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
SAINTE-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
GOUILLEUX 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 Ludvine	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 Benoit	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
GILOT 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
------------------------	-----------------------

Faculté de Médecine – 10, boulevard Tonnellé – CS 73223 – 37032 TOURS Cedex 1 – Tél : 02.47.36.66.00 – www.med.univ-tours.fr

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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre
et méprisée de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Président du Jury : merci au professeur Gilles BODY d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Cela est un honneur pour moi.

A ma chère Directrice de thèse : merci Delphine d'avoir accepté de diriger cette thèse. Ce fût un parcours riche en apprentissage dès le moment où tu es devenue ma maitre de stage à Sancoins.

Au Docteur Chamant : Merci à toi Christelle d'avoir nourri nos réflexions sur ce sujet passionnant. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Au Professeur Labarthe : Merci d'avoir accepté de juger mon travail. J'ai passé un semestre enrichissant en pédiatrie dans votre service. Cela m'a conforté dans ma pratique professionnelle.

Au Professeur Maillot : c'est un honneur de vous compter parmi les membres de mon jury de thèse.

A Sandra M. Merci pour les échanges enrichissants, les encouragements, le soutien pendant ce long travail de thèse.

A Claudie, ma première maitre de stage en médecine générale. Tu m'as donné envie d'être comme toi : libre de façonner ma pratique professionnelle. Merci pour ta gentillesse et ta bienveillance .

Au Dr Bleuet J. et Dr Hennekinne F. de la médecine gériatrique de Bretonneau : merci de nous avoir fait grandir en premier semestre d'internat. Vous nous avez choyé puis laissé petit à petit voler de nos propres ailes en sachant que vous seriez toujours notre filet de sécurité.

A tous les médecins que j'ai rencontré pendant ma formation, qui m'ont aidé à me construire en tant que professionnelle.

A toutes les infirmières qui m'ont fait grandir et souffler des réponses parfois !

A ma mère, mes sœurs et mes neveux et nièces, je vous aime.

A Amaïa, Solène et Amandine B. On en a vécu des aventures, certaines plus marrantes que d'autres mais cela a renforcé nos liens d'amitiés.

A Sarah et Pablo. On se suit depuis la première année de médecine. Je vous remercie d'être présents, d'avoir joué souvent le rôle de jury de mes présentations. Merci de faire partie de ma vie, de nos vies.

A Marion L, Sabine, Lauriane, Marjorie, Pierre et Vincent, mes premiers camarades de médecine mais pas seulement !

A Sophie, Margaux, Oriane, Laure, Yannis. Nous étions destinés à nous retrouver en USP cet été 2018 et nous ne nous sommes pas quittés depuis.

A Amandine M, Camille, Carole et Anne-Lise, l'équipe de choc ! Vous m'avez accueilli entièrement et c'est un honneur de vous compter parmi mes amies.

A Kea, Martina. Poitiers for ever.

A Laura. Merci pour tout.

A toi mon amour, merci d'avoir été et d'être toujours présente, dans le meilleur mais aussi le pire. Tu m'élèves toujours vers le haut. Merci de ton soutien et amour inconditionnel.

Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	13
PREAMBULE	14
INTRODUCTION	15
1. Santé sexuelle : définition	15
2. Une attente des deux protagonistes de la dyade médecin-patient	15
3. Pourtant un abord nécessaire	16
3.1. Devant une augmentation des comportements à risque	16
3.2. Pour dépister des troubles d'ordre sexuel	17
3.3. Dans les minorités sexuelles	17
3.4. Pour dépister et prendre en charge les violences faites aux femmes	18
3.5. Et plus largement pour le bien-être de ses patients	18
4. Des recommandations émises	19
5. Des plans nationaux	19
6. Place de la formation initiale	20
7. Objectif de l'étude :	21
MATERIELS ET METHODE	22
1. Le type d'étude	22
2. La méthode de recueil	22
3. L'analyse des données	23
RESULTATS	24
1. Caractéristiques des répondants	24
2. Partie récit	25
2.1. Contexte :	25
2.2. Leur propre ressenti	26
2.3. Le ressenti vis-à-vis du patient	27
2.4. Une perception des silences variable	29
2.5. L'importance d'une consultation structurée	30
2.6. Des techniques de communication déjà acquises	31
2.7. Réactions face aux demandes des patients	32
2.8. Interroger ses pratiques	33
3. Partie recherche	35
3.1. Améliorer ses techniques de communication	35

3.2.	Remettre en question ses pratiques	40
3.3.	Relationnelle : effectuer un travail sur la relation avec le patient	42
3.4.	L'aide des pairs	45
3.5.	Recommander d'autres sources d'informations fiables	46
3.6.	Profiter de moments propices pour faire du dépistage	46
3.7.	Les savoirs utiles	48
3.8.	Aides instrumentales	49
DISCUSSION		51
1.	Forces et limites de l'étude	51
1.1.	Les limites de l'étude :	51
1.2.	Forces de l'étude	52
2.	Comparaison des principaux résultats à la littérature	52
2.1.	Des consultations qui provoquent une gêne chez les médecins	52
2.2.	Différentes perceptions de la relation médecin-patient	54
2.3.	Les techniques de communication améliorées par la recherche	54
2.4.	Trouver le moment propice	58
2.5.	Utilisation d'outils pour améliorer la communication	59
2.6.	La recommandation d'autres sources d'informations fiables	59
2.7.	La réflexivité	60
2.8.	L'aide de pairs / la confraternité	61
2.9.	Des connaissances spécifiques à avoir pour certaines populations	61
2.10.	La formation dans le domaine de la santé sexuelle	62
2.11.	Les récits : une méthode de constructivisme	62
CONCLUSION		65
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		67
ANNEXE 1 : un relevé de thème d'un récit		73
ANNEXE 2 : extrait de l'arbre à thème		75
ANNEXE 3 : formulaire googleform®		76

ABREVIATIONS

AFSOS : Association Francophone des Soins Oncologiques de Support

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'informatique et des libertés

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

FCU : Frottis Cervico-Utérin

FRAPS : Fédération Régional de Acteurs en Promotion de la Santé

GEF : Groupe d'enseignement facultaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HSH : Homme ayant des relations sexuelle avec un/des Hommes

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LGB : Lesbienne Gay Bisexuel(le)

LGBTI : lesbienne Gay Bisexuel(le) Transgenre Intersexe

MSU : maitre de stage universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la santé

RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique

VIH: Virus d'Immunodéficience Humaine

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

PREAMBULE

Pourquoi le sujet de l'abord de la sexualité ?

La question de l'abord de la sexualité dans le milieu médical s'est réellement développée, à partir des années 1980 et surtout 1990(1) impulsée par l'épidémie de VIH.

Quant à moi, j'ai commencé à me questionner sur le sujet lors de mon 2^{ème} stage d'internat de médecine générale.

J'étais en stage de niveau 1 et avec mon Maitre de Stage des Universités (MSU). Nous recevions une patiente âgée de 25 ans pour un motif hors sexualité. Je menais la consultation en supervision directe. Ayant répondu à la demande de la patiente, je souhaitais l'interroger sur son suivi gynécologique étant donné qu'elle venait d'avoir 25 ans et qu'un frottis était recommandé. Néanmoins, mon MSU me fait signe de ne pas poser la question du Frottis Cervico-Utérin (FCU), qu'il m'expliquerait plus tard. Il s'avérait que cette patiente était lesbienne et selon mon MSU, ce n'était pas la peine de lui proposer un FCU.

De là plusieurs questions se sont posées et au fur et à mesure de mes recherches et des discussions avec ma directrice de thèse, il en ressortait que c'était le sujet de la sexualité de façon plus large qu'il était difficile d'aborder en médecine générale.

INTRODUCTION

1. Santé sexuelle : définition

La santé sexuelle est selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmités. »(2) Elle requiert une approche globale et positive.

Les questions liées à la santé sexuelle sont très vastes et englobent : l'orientation sexuelle et l'identité de genre, l'expression sexuelle, les relations et le plaisir. Ces questions ont également trait à des éléments néfastes ou pathologies tels que : les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les grossesses non désirées et avortements, les dysfonctions sexuelles, les violences sexuelles ou encore les mutilations génitales féminines (3).

2. Une attente des deux protagonistes de la dyade médecin-patient

Le sujet de la santé sexuelle est difficile à aborder en consultation, de la part des médecins et des patients (4) (5).

Du côté des médecins, des études montrent des freins à l'abord de la sexualité (5–7). Ces difficultés sont retrouvées chez les étudiants en 3^{ème} cycle médecine générale (8).

Les raisons citées sont le manque de temps, le manque de formation mais également un tabou et une gêne (8,9). L'autre argument avancé par les médecins est que leurs patients n'en parlent pas d'eux-mêmes et n'expriment pas de demandes à ce sujet (9) . Ils ressentent cela comme une violation de l'intimité et de la pudeur de leur patient (9).

Les médecins ressentent des difficultés à aborder la santé sexuelle lorsqu'il existe une différence de genre entre eux. Des médecins estimaient que leur patients préféreraient aborder la santé sexuelle avec un médecin de même genre(10). Chez les médecins adoptant une posture d'évitement, la même identité de genre que le

patient facilite l'abord de la sexualité (9). Le processus de spécialisation des médecins en santé sexuelle est lié , non pas à la formation, mais à leurs expériences personnelles et notamment leurs valeurs morales et idéologiques liées à la sexualité (9).

Chez les patients, la croyance religieuse façonne les comportements sexuels de manière complexe avec une variation selon le genre, l'appartenance religieuse et le moment de vie (11).

La religion et la médecine ont longtemps été liées dans l'histoire en témoignent les premiers hôpitaux-hospices qui ont été créés par des religieux, que ce soit en occident ou ailleurs (12).

Dans une étude américaine de 2016 les influences religieuses étaient rapportées dans les obstacles à l'abord de la sexualité pour les étudiants en médecine (13).

Or les patients attendent une attitude proactive de la part de leur médecin (5,14). Dans une étude suisse , 90% des hommes interrogés aimeraient que leur médecin parle d'avantage de santé sexuelle (15). 15% des patients interrogés disent se sentir gênés de parler de ce sujet avec leur médecin mais 70% d'entre eux souhaitent en parler néanmoins.

On arrive à une impasse : ni les médecins, ni les patients ne souhaitent initier d'eux-mêmes le sujet de la santé sexuelle.

3. Pourtant un abord nécessaire

3.1. Devant une augmentation des comportements à risque

Une recrudescence des IST depuis le début des années 2000 est constatée, en lien avec une baisse de l'utilisation des moyens de prévention (16).

De 2017 à 2019 en France, les infections à Gonocoque (+21%) et à Chlamydia (+29%) augmentent avec une hausse du nombre de dépistages réalisés (+58% pour le gonocoque et +20% pour Chlamydia) (17). La Haute Autorité de Santé (HAS) a modifié les recommandations en 2018 en matière de dépistage de Chlamydia en l'élargissant à toutes les femmes entre 15 et 25 ans sexuellement actives mais également chez les personnes ayant des facteurs de risques d'infection à Chlamydia

(partenaire multiples, autre IST diagnostiquée ou en antécédent, Hommes ayant des relations avec des Hommes (HSH), prostitution...)(18). Un dépistage conjoint du gonocoque est souvent réalisé étant donnée la co-infection présente dans 2 à 24% des infections à Chlamydia (18).

La crise du COVID-19 entraîne une baisse des dépistages selon Santé Publique France (19). Dans le bulletin épidémiologique de 2021, 30% des infections au Virus d'Immunodéficience Humain (VIH) sont découvertes à un stade avancé de l'infection, ce qui entraîne une perte de chance des patients. Ces données font craindre un retard de diagnostic et une circulation plus importante des infections dans la population (19).

3.2. Pour dépister des troubles d'ordre sexuel

La définition des troubles sexuels est assez vaste et va du trouble du désir, de l'orgasme, aux dyspareunies en passant par les troubles érectiles (20). Cela implique alors de parler de normalité, ce qui est subjectif.

Le Haut Conseil en Santé Publique de France (HCSP) propose alors de retenir comme définition de « trouble sexuel » toute situation entraînant une insatisfaction sexuelle personnelle (20).

Selon une étude française de 2009, la majorité des personnes interrogées (85% des hommes et 65% des femmes) déclarent des troubles sexuels (21). Pourtant dans la même étude, seuls 10% des hommes et 8% des femmes ont été interrogés par un médecin sur un éventuel trouble sexuel lors d'une consultation au cours des trois dernières années.

Ce constat a été également fait dans le rapport du HCSP (20). La plainte majoritaire est la dysfonction érectile qui touche 30 à 52% des hommes de 40 à 70 ans. Seulement 10 à 20% des hommes en parlent à leur médecin.

3.3. Dans les minorités sexuelles

En 2019, les personnes Lesbien(ne)s, Gays et Bisexuelle(s) (LGB) sont 2 à 3 fois plus souvent exposées à des violences psychologiques, verbales, physiques et sexuelles que les personnes hétérosexuelles (22). Le phénomène est plus fréquent chez les

personnes transgenres. Selon le baromètre de santé publique France de 2017, les personnes LGB sont d'avantage concernées pas des troubles de la santé mentale avec une hausse des tentatives de suicide : 2 fois plus que chez les personnes hétérosexuelles (23) (24).

Dans l'étude HomoGen publiée en 2017, seuls 58% des hommes ayant des relations sexuelles avec un/des hommes (HSH) déclaraient que leur médecin traitant connaissait leur orientation sexuelle (25). Hors il existe une proportion importante d'IST dans cette population (16).

Une étude réalisée en Nouvelle Zélande en 2014, montrait que les HSH avaient moins de chances d'avoir un dépistage des IST lorsque leur médecin ne connaissait pas leur orientation sexuelle(26). Dans cette même étude, 30% des HSH estimaient que leur médecin n'était pas au courant de leur orientation sexuelle.

Il existe peu d'études abordant la situation des personnes transgenres (23).

3.4. Pour dépister et prendre en charge les violences faites aux femmes

Selon les données 2020 de l'observatoire des violences faites aux femmes, 102 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex conjoint sur une année (27). Dans ce même rapport, 14 enfants ont été tués dans un contexte de violences conjugales. Dans les situations de viols, un tiers des auteurs présumés est le conjoint ou l'ex-conjoint de la victime.

La HAS réaffirme la place du médecin généraliste dans la prise en charge de ces femmes victimes de violences en recommandant d'aborder systématiquement la question des violences. (28).

Ces recommandations sont émises dans un contexte social post #meetoo ou #balancetonporc dans la version francophone, un mouvement de libération de la parole des femmes victimes de violences sexuelles et sexistes de tout horizon social.

3.5. Et plus largement pour le bien-être de ses patients

Rappelons que la sexualité fait partie du prisme de la vie d'une personne.

Des études ont montré qu'une sexualité épanouie était associée à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à une meilleure santé (29,30).

Dans un thésaurus de l' Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS) intitulé « Préservation de la santé sexuelle et cancer », la sexualité fait partie des besoins fondamentaux à la base de la pyramide des besoins de Maslow et dans tous les niveaux de la pyramide incluant les besoins de sécurité (protection psychologique ...), affectifs et sociaux (être accepté, intimité, recevoir et donner de l'amour), d'estime de soi (acceptation de soi, indépendance ...) et de réalisation de soi (autonomisation, confiance en soit, communication, ouverture ...) (31).

4. Des recommandations émises

19% des médecins généralistes pensent qu'une formation au recueil d'antécédents portant sur la vie sexuelle de leurs patients pourrait améliorer leur prise en charge (7).

Le HCSP propose une démarche globale de la santé sexuelle par une coordination nationale et territoriale pour un meilleur accès à la santé sexuelle mais aussi une formation des professionnels impliqués dans la santé sexuelle (20).

Le HCSP s'appuie sur les recommandations de l'OMS d'une approche type counseling (2).

Le counseling est une méthode utilisant le concept de l'entretien motivationnel. Le but étant que le patient décide de modifier son comportement en vue d'améliorer sa santé et son bien être (2).

Ces recommandations de l'OMS ont pour but une amélioration de la formation des professionnels de santé sur la communication en santé sexuelle.

5. Des plans nationaux

Une stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 a été présentée en 2017 par l'ancienne ministre de la Santé Marisol Touraine. Elle est axée sur la promotion, la prévention et le dépistage des IST et du VIH, sur l'éducation à la sexualité, la santé reproductive et les besoins spécifiques des populations.

Selon la feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020, les grands axes étaient de :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie ;
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge ;
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

Ce plan a permis notamment la mise en place du Service de Santé Universitaire.

Dans cette stratégie, l'une des actions prévue était de former les professionnels de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire.

Ce plan succède à de nombreux autres plans : plan VIH-IST 2010-2014 ; plan hépatites virales B et C 2009-2012, le programme national d'action « améliorer l'accès à l'IVG » ; le plan périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité » ; le dernier plan de lutte contre les violences faites aux femmes, 2014-2016 ; le plan national santé environnement 2015-2019 ; le plan violence et santé ; le plan national de la vie étudiante ; les dispositions juridiques en faveur de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire.

Tous ces plans abordaient la santé sexuelle. Néanmoins, le HCSP déplore un manque d'articulation entre ces différents plans (20).

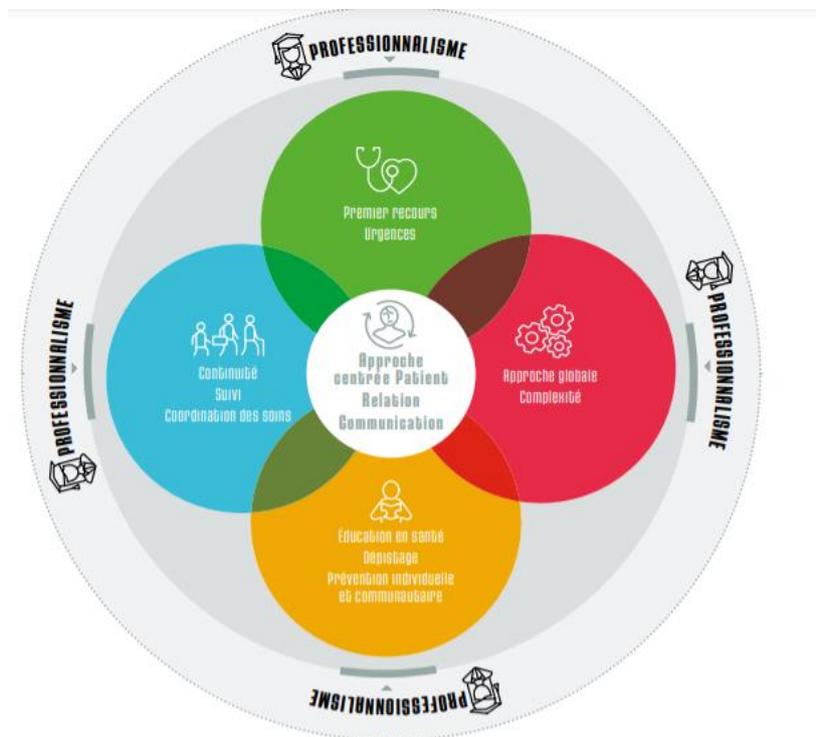
6. Place de la formation initiale

Au cours du 2^{ème} cycle de la formation des futurs professionnels de santé, le sujet de la sexualité est peu abordé et sous le plan de la sexualité pathologique (32).

Dans le parcours des étudiants en 3^{ème} cycle en DES de médecine générale et au travers du portfolio, la famille de situation « sexualité et génitalité » doit être abordé par l'interne (33). Il est demandé à l'étudiant d'aborder la sexualité dans les situations de prescription, suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence.

Les compétences des médecins généralistes sont rappelées dans « la marguerite des compétences » établie par le Collège National des généralistes enseignants

(CNGE) après validation interne par méthode Delphi (34) et correspondent aux compétences définies par la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) en 2002 du médecin généraliste/médecin de famille (35).



Sur cette marguerite, la compétence communication est au cœur de toutes les compétences nécessaires au médecin (36).

La compétence communication est définie comme « La capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients » (37).

Se pose alors la question : comment font les étudiants de 3^{ème} cycle du DES médecine générale pour acquérir la compétence communication quand le sujet de la santé sexuelle est abordé ?

7. Objectif de l'étude :

L'objectif de notre étude est d'explorer comment l'étudiant en médecine générale acquiert la compétence communication quand le sujet de la santé sexuelle est abordé.

MATERIELS ET METHODE

1. Le type d'étude

L'absence d'étude sur le sujet et le fait que ce sujet renvoie à l'intime nous a fait choisir une méthode qualitative.

Les étudiants de 3^{ème} cycle du DES de médecine générale de la région Centre Val de Loire des promotions 2017 à 2019 ont été choisis pour une meilleure homogénéité. En effet la promotion 2017 et les suivantes ont une formation issue de la réforme du 3^{ème} cycle(38).

Une autorisation de la Commission Nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été obtenue sous le numéro 2021_°71.

La durée de recueil fut de février à juillet 2021.

2. La méthode de recueil

Tous les étudiants de ces promotions ont été contactés par leur adresse e-mail @etu.univ-tours.fr et via le groupe Facebook® des internes de la région Centre Val de Loire. Ils étaient invités à répondre via un formulaire googleform®. Ils devaient transmettre : leur âge, leur genre, leur orientation sexuelle, leur croyance spirituelle/religieuse. Ils étaient aussi invités à indiquer leur semestre et leur stage en cours. Puis ils déposaient leur récit/RSCA concerné et renseignaient lors de quel semestre et de quel stage étaient vécu le récit.

Un récit est un document produit dans lequel l'étudiant narre une situation vécue dans laquelle il a rencontré une ou plusieurs difficultés. Il effectue par la suite des recherches et utilise des ressources pour répondre au problème rencontré de façon concrète pour mieux gérer une situation similaire la fois suivante(39). Il existe un spectre des récits qui va de la simple trace d'apprentissage au RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique. Ce terme de RSCA a été créé pour évaluer « l'appréhension de la complexité d'une situation » par un étudiant. (39).

Les récits/RSCA récupérés étaient ensuite anonymisés afin de garantir la confidentialité des participants : chaque récit/RSCA a été numéroté par ordre d'arrivée. Ce numéro correspond également au numéro du répondant.

Le mot « récit » sera utilisé pour aborder indifféremment une trace ou un RSCA.

3. L'analyse des données

Une méthode d'analyse thématique s'inspirant de l'analyse de contenu a été utilisée pour traiter les traces (40). Ce type d'analyse descriptive permet de ressortir ce qu'il y a de fondamental dans chaque récit en s'accommodant de la subjectivité du rédacteur du récit. Pour se faire, la chercheuse a attribué un thème à chaque unité d'information de la façon la plus précise et objective possible en s'aidant des instructions données dans « l'analyse thématique en sciences humaines » (40).

Un thème est un mot ou une courte expression permettant de cerner l'essentiel d'un propos = unité d'information. L'unité d'information correspond généralement à une phrase.

Chaque récit a été codé puis thématisé sous forme de tableau avec pour chaque thème l'unité d'information correspondante (= une phrase généralement), en rapport avec la question de recherche.

Exemple :

	thème	Unité d'information
1-6	P : certitude de grossesse	Elle sait qu'elle est enceinte à cause d'un test urinaire réalisé la veille suite à un retard de règles.

Le codage a été fait sous forme de fiche afin que le récit initial reste lisible.

Une thématisation en continu a été réalisée : l'attribution de thème a été faite simultanément avec la création de l'arbre thématique par regroupement/subdivision des thèmes relevés. Cette méthode de thématisation permet une analyse fine et riche du corpus (= ensemble des récits).

De cet arbre thématique en ressort les grands thèmes de l'étude qui seront présentés dans la partie résultats.

RESULTATS

1. Caractéristiques des répondants

14 étudiants en 3^{ème} cycle de DES de médecine générale ont répondu à l'étude. Ils étaient âgés de 25 à 31 ans (moyenne d'âge de 28 ans). Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants

	Age	Genre	Orientation sexuelle	Croyance spirituelle/religieuse	Semestre actuel	Stage actuel	Semestre du récit	Dep	Structure	F°S	F° C
R1	27	M	Hétéro	Catholique	post	R	3	45	Hospitalier	0	0
R2	26	F	Hétéro	Aucune	post	R	3	45	CPEF	0	0
R3	30	M	Hétéro	Agnostique	post	post	4	28	Hospitalier	0	0
R4	31	M	Hétéro	Aucune	post	0	3	37	Hospitalier	0	0
R5	30	M	Hétéro	Catholique	post	post	4	45	CPEF	0	0
R6	25	F	Hétéro	Chrétienne	4	URG	1	37	Libéral	0	0
R7	27	F	Hétéro	Bouddhisme	post	0	4	37	Hospitalier	0	0
R8	26	F	Hétéro	Chrétienne	4	Med a	3	36	Hospitalier	0	0
R9	28	M	Hétéro	Fluctuante	6	SASPAS	4	41	Hospitalier	0	0
R10	26	F	Hétéro	0	6	SASPAS	6	41	Libéral	0	oui
R11	30	F	Hétéro	Athée	6	SASPAS	3	45	Hospitalier	0	0
R12	31	M	Hétéro	Chrétien	post	R	5	18	CPEF	0	0
R13	28	F	Hétéro	0	6	SASPAS	5	45	Hospitalier	0	0
R14	27	F	Hétéro	Athée	6	SASPAS	5	28	Liberal	0	0

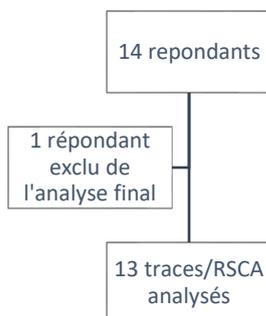
R = remplacement CPEF = Centre de planification et d'éducation familial F° S = formation sexualité F° C = formation communication
 Hétéro = hétérosexuel post = en post internat SASPAS = Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
 Med a = médecine adulte

Dans notre étude, tous les répondants étaient hétérosexuels et aucun n'avait de formation spécifique en sexualité. Les répondants étant volontaires, il n'a pas été possible de diversifier l'échantillon sur ces caractéristiques.

Une seule personne (R10) avait réalisé une formation sur la communication : CLEAN Language initiation. Le CLEAN language (41) est une méthode d'intervention brève

utilisée généralement dans les contextes de stress/traumatisme. Le thérapeute pose des questions neutres afin de ne pas influencer les réponses du patient.

Figure 2: Diagramme de flux



Parmi les 14 répondants, le numéro 11 a été exclu de l'analyse finale car le récit n'abordait pas la compétence communication.

Pour une meilleure lisibilité, chaque thème a été classé de cette façon : numéro du récit-ordre d'apparition dans le texte. L'ordre d'apparition et en chiffre dans la partie récit (ex 1-7) et en lettre dans la partie recherche (ex 1-b)

Exemple :

1-6	P : certitude de grossesse	Elle sait qu'elle est enceinte à cause d'un test urinaire réalisé la veille suite à un retard de règles.
-----	----------------------------	--

Classement d'un thème

L'analyse a été divisée en 2 parties selon la structure commune des récits.

2. Partie récit

2.1. Contexte :

Les étudiants sont souvent en situation d'autonomie complète et mènent l'entretien seuls. Un seul étudiant (R4) est en observation.

Les étudiants s'attendent avant le début de la consultation à un bon déroulement de celle-ci, R3 est sous pression dès le départ, R6 s'attend à des difficultés de communication et R9 à des difficultés dans l'examen. R10 et R12 sont neutres.

2.2. Leur propre ressenti

Gêne :

Six répondants (R2, R5, R6, R7, R9, R13) ont ressenti une gêne durant la consultation. Deux gênes étaient en lien avec l'examen gynécologique : 9-24 : « *Je ne suis pas super à l'aise avec les touchers, que ce soit vaginaux et rectaux, pas par rapport à la zone, mais par rapport aux informations que je peux en retirer par rapport à mon expérience clinique.* ».

R2 ressent une gêne quand il s'agit d'explorer l'orientation sexuelle : 2-7 : « *mais je ne pense pas être prête à aborder le sujet de l'orientation ou des pratiques sexuelles, qui me semble plus intime, d'autant plus à l'âge de l'adolescence ou jeune adulte.* »

Doute sur le discours employé : la peur de trop en dire

Trois répondants ont ressenti un doute :

Deux répondants sur ce qui est dit dans le discours : 14-12 : « *Je tente de la rassurer, en lui disant que les fausses couches peuvent avoir diverses origines, je ne veux pas l'inquiéter davantage.* »

Un répondant sur la bonne compréhension de ce qu'il dit pour le patient : 6-7 : « *La patiente se relève et nous lui expliquons les conseils d'usage et de reconsultation. Celle-ci ne comprend que très peu les conseils mais sourit et nous mettons fin à l'entretien.* »

Sentiment d'être à l'aise

Un répondant dit se sentir à l'aise lorsqu'il s'agit d'aborder la sexualité pathologique : 2-6 : « *J'avoue ne pas trop ressentir d'appréhension ou de réticence pour aborder la sexualité au sujet de la protection/prévention IST/préservatifs ou encore contraception car j'arrive à me raccrocher au côté purement médical de mon intervention* »

Les répondants ressentait majoritairement une gêne liée à la situation d'abord de la santé sexuelle. Cette gêne était décrite chez les femmes et chez les hommes. Parmi les raisons de la gêne, deux étaient en lien avec l'examen génital quel que soit le genre du médecin et un en lien avec la recherche de l'orientation sexuelle du patient. Un manque d'assurance ressortait notamment dans le discours. Un seul répondant se sentait à l'aise lorsqu'il s'agissait d'aborder la sexualité pathologique.

2.3. Le ressenti vis-à-vis du patient

Perception des émotions négatives du patient/de la patiente

Les répondants ressentait les émotions négatives de leur patient comme de la nervosité (10-6), de la méfiance : 1-8 : « *Par ailleurs je la sens méfiante, ne me répondant que par des courtes phrases sans jamais relancer* » voire de l'appréhension (1-11).

Perception d'une communication difficile

Trois répondants ont souligné des difficultés perçues dans la communication comme R1 qui percevait un échec de la communication : 1-18 : « *Le reste de la consultation est un échec, elle ne m'écoute pas et est pressée de partir* »

R12 reconnaissait un laïus et espérait une bonne compréhension : 12-17 : « *Une fois ce long monologue d'explication et d'information je me demande (et j'espère) qu'elle a tout compris.* »

Avec parfois une lueur d'espoir

1-19 : « *Seule petite lueur de satisfaction avant de sortir, elle me demande si ce sera moi qu'elle verra dans 48h lors de son contrôle échographie et bétaHCG et esquisse un sourire quand j'acquiesce* »

Une neutralité gardée

R9 était content d'avoir gardé son sérieux face à une consultation cocasse : 9-17 : « *Bon, j'étais content d'avoir gardé mon sérieux tout le long, mais il allait falloir vérifier ça* »

Sentiment d'incompétence

3-19 : « *Intérieurement, je ne le leur souhaite pas.* » en parlant de reprendre un rendez-vous le mois suivant pour le suivi de la grossesse.

R10 ressentait de la difficulté à parler de sexualité de façon non pathologique : 10-24 : « *J'essaie de revenir un peu sur sa sexualité, je ne sais pas trop quoi lui dire. Je n'ai jamais eu de consultation en rapport avec un trouble lié à la sexualité, en dehors des infections pouvant survenir, ou pour un renouvellement de traitement pour trouble de l'érection. J'ai plus de facilité à aborder la sexualité avec les femmes, notamment après la ménopause ou après l'accouchement, du point de vue douleur et sécheresse notamment. Chez les hommes, cela se limite à proposer un dépistage des IST.* »

Sentiment d'impuissance

Deux répondants (R8 et R10) décrivaient un sentiment d'impuissance face aux difficultés éprouvées par leur patient : 8-17 : « *Au fond de moi, je savais que mes simples propos n'étaient pas parvenus à soulager sa douleur et qu'elle était beaucoup plus grande que ce que je pouvais imaginer.* »

Agacement

R5 ressentait de l'agacement face à sa patiente qui n'avait pas respecté ce qui avait été dit précédemment : 5-10 : « *Je le prends avec le sourire et lui demande qui est son médecin, en saupoudrant avec un peu d'ironie de m'expliquer un peu plus. Je lui avais pourtant bien dit que c'était exceptionnel de renouveler son ordonnance !* »

Empathie

La difficulté qu'avait sa patiente à changer de médecin traitant avait émue R5 : 5-15 :
« *Quelle tristesse que de devoir demander au centre de planification si on ne peut pas la suivre en médecine générale.* »

Les répondants ressentait des difficultés dans la communication avec leur patient avec parfois un sentiment d'échec, d'impuissance ou d'incompétence. Un répondant avait même souhaité que sa patiente ne reprenne pas rendez-vous avec lui. Des perceptions positives émergeaient également des récits comme le répondant R1 qui voyait une lueur d'espoir dans la relation ou encore R5 qui ressentait de l'empathie envers sa patiente qui ne pouvait pas changer de médecin traitant.

2.4. Une perception des silences variable

Les silences durant la consultation étaient vécus différemment :

- ⇒ De façon neutre :
10-7: silence : « *Je lui laisse du temps* »
- ⇒ De façon respectueuse : 8-11 : « *On décidera mon collègue et moi de lui laisser le temps et l'espace nécessaire pour accuser le coup de la nouvelle ...* »
- ⇒ De façon difficile : 1-40 : « *s'en suit un silence de 5 secondes qui m'est apparu une éternité* »

Le silence dans la consultation était vécu différemment, et parfois dans la même consultation : la répondante R8 respectait un temps de silence nécessaire, mais un peu plus tard avait du mal à terminer un silence d'une fin de consultation difficile.

2.5. L'importance d'une consultation structurée

Une anamnèse rigoureuse

Plusieurs répondants cherchaient tous les éléments de l'anamnèse : 4-8 : « *Dans un premier temps, le médecin sexologue a exploré les pratiques actuelles du couple et surtout le partage de la volonté d'avoir des relations sexuelles avec pénétration.* », en aidant à formuler la demande parfois : 10-10 : « *Comme rien ne vient, je tente « il s'agit d'un problème d'érection ? ».* ».

Des difficultés rencontrées

Deux répondants avaient tenté d'ouvrir la consultation malgré des difficultés rencontrées : 1-26 : « *Pour autant je n'en oublie pas mon but et aborde la question sous un autre angle en demandant si elle prenait une contraception, elle me répond que non sans développer.* ».

Le désir du patient recherché

Quatre répondants (R1 R8 R10 et R12) cherchaient à connaître le désir de leurs patients : 10-29 : « *A ce moment, je me dis que je ne l'ai pas interrogé sur son désir. Je lui demande s'il a vraiment envie d'aller jusque-là.* » en parlant de rapports sexuels.

Malgré des difficultés rencontrées durant la consultation, les répondants tentaient de garder une structure à leur consultation avec notamment une anamnèse rigoureuse. L'interrogation du désir du/de la patient/e semble également avoir une importance dans leur consultation puisque quatre répondants s'assuraient de le rechercher.

2.6. Des techniques de communication déjà acquises

⇒ Expliquer

Ce thème était grandement récurrent : de l'explication des différents temps de l'examen (3-10) au déroulement d'un examen gynécologique : 1-10 : *« Je devine qu'elle n'a pas vraiment saisi car elle s'allonge sur la table sans enlever sa culotte. Cela ne me gêne pas vraiment car cette situation est fréquente, je réexplique en détail alors le déroulé de l'examen avec des mots plus simples et en montrant les outils que je vais utiliser. »* ou encore la suite de la prise en charge (8-12).

Un répondant utilisait des schémas pour illustrer son propos : 13-13 : *« je lui montre un schéma d'utérus avec ovaires, col et vagin pour expliquer mon propos. Je lui montre le col de l'utérus, j'explique que lors des rapports sexuels avec pénétration, c'est là où le pénis va aller, et les hommes pouvant être porteurs de ce virus, c'est ici qu'il va se déposer. »*.

⇒ Rassurer

Trois répondants essayaient de rassurer leur patiente : 13-19 : *« Je lui demande si elle a ses règles et non pas encore, je la rassure à ce propos »*.

⇒ Reformuler

R10 partageait ce qu'il pense percevoir du problème de son patient : 10-20 : *« Je crois comprendre ce qui l'a amené à consulter et tente : « Vous avez peur qu'elle parte si ça ne se résout pas ? » »*.

⇒ Ouverture de la consultation

Deux répondants avaient profité d'un élément dans la consultation pour élargir la discussion, par exemple : 10-18 : *« Je saisis cette perche pour lui dire que ça pourrait être bien d'en discuter à 2 en amont. J'essaie de le rassurer en disant que ça peut arriver, que ce n'est pas si rare. Je lui demande comment se passe sa relation avec son amie. »*.

Les répondants semblaient avoir déjà acquis plusieurs compétences importantes dans la communication. La principale était la pédagogie. Les répondants s'attelaient à prendre le temps d'expliquer les différentes phases de l'examen ou encore les traitements avec parfois l'utilisation de schémas pour illustrer leur propos . D'autres compétences étaient rapportées : la réassurance et l'ouverture de la consultation. Un répondant partageait même son impression sur la problématique du patient afin de l'aider dans la formulation de ses préoccupations.

2.7. Réactions face aux demandes des patients

Se sentir pris au dépourvu

Plusieurs étudiants ont été dérouterés par un contexte inattendu : 1-36 : « *Et là la consultation prend une tournure totalement rocambolesque que je n'avais pas du tout anticipé et qui m'a complètement désarçonné.* » (3-11), par la réaction de leur patient (3-14) ou leur non-réaction comme : 9-10 : « *Elle ne semble pas spécialement gênée de la situation. Du moins pas autant que je l'imaginais.* ».

Faire diversion en donnant des données biomédicales

Le répondant R1 reconnaissait faire diversion : 1-47 : « *, en lui disant de prendre le temps de réfléchir à son choix qu'il est encore assez tôt pour une IVG médicamenteuse et en complétant par tout un tas de détail médicaux qui me serve à cet instant de bouclier contre son désarroi.* ».

Rassurer

Les répondants R10 et R12 essayaient de rassurer leur patient sur la légitimité de leur demande : 10-22 « *Je lui dis qu'il a bien fait de venir pour en parler s'il n'est pas bien à cause de ça.* ».

Freiner son discours

R12 et R14 mesuraient l'effet délétère que pouvait avoir leur discours sur le patient et modéraient celui-ci : 12-22 : « *Une fois plus ou moins rassuré, je pense qu'il faudrait aussi parler de la contraception mais me ravise car la consultation a déjà été riche en information et que ce n'est pas sa priorité.* ».

Les répondants vivaient difficilement les demandes sortant du cadre de la demande initiale du patient. La stratégie d'un répondant était de faire diversion en donnant des données biomédicales, d'autres essayaient de ne pas trop en dire. Deux répondants essayaient de rassurer leur patient quant à la légitimité de leur demande.

2.8. Interroger ses pratiques

Comment faire pour entrer dans l'intimité

Le répondant R2 se posait la question : 2-5 : « *encore faut-il connaître l'orientation ou les pratiques sexuelles de son patient ! Et c'est là que mon interrogation principale se pose : comment faire pour aborder ce sujet ?* ».

Questionner l'éthique de la prise en charge

R5 s'interrogeait sur le traitement qu'avait sa patiente (5-16) quand R9 s'interrogeait sur l'accompagnement d'une mineure lors d'un examen gynécologique : 9-20: « *A posteriori, je me suis demandé si je n'aurai pas dû la laisser dans la pièce.* ».

Implication de la confraternité

⇒ **Chercher à la préserver**

Deux répondants (R5 et R7) se sont heurtés au principe de confraternité et ont tenté de la préserver : 5-18: *«Cependant, je ne me sens pas dans mon rôle de modifier son traitement, que dirait son MT ? Je peux en revanche lui écrire un courrier pour le cardiologue afin qu'il puisse réévaluer et adapter si besoin son traitement. Dans ce cas je ne pense pas que son MT le prendrait mal, même s'il a l'air de ne pas s'en soucier. Il serait peut-être même content que quelqu'un d'autre s'occupe de sa patiente s'il est débordé et n'a que peu de temps à accorder à sa patiente. Je reste toujours confraternel avant tout car je ne connais qu'une facette de l'histoire, j'assume donc le meilleur de lui. ».*

⇒ **S'aider de celle-ci**

Trois répondants s'aidaient de leurs confrères dans leur prise de décision : 10-34: *« En débriefant par téléphone avec ma MSU le soir, elle me propose d'autres solutions : de voir un sexologue, ou bien lui prescrire un médicament pour les troubles de l'érection, pour lui donner un coup de pouce, et ainsi qu'il prenne confiance en lui pour s'en passer par la suite. Je n'avais pas pensé à ces solutions que je trouve intéressantes. ».*

Reconnaitre ses limites

Le répondant R1 reconnaissait son non-rôle : 1-50 : *« Pour moi aucun doute elle ne devait pas le garder mais j'ai estimé que ce n'était pas mon rôle de le lui dire. »* tandis que R13 se demande s'il n'a pas été trop loin dans ses explications (13-20).

Les répondants remettaient en question aisément leur place dans la prise en charge de leur patient ou l'éthique de leur prise en charge. Ils questionnaient aussi la notion de confraternité par la remise en question des prise en charge de leur confrère mais également en tentant de la préserver. Certains s'aidaient également de celle-ci dans leur prise en charge en demandant par exemple un avis auprès d'un MSU. Un répondant soulignait la nécessité de connaître les limites de son rôle de médecin.

3. Partie recherche

Les recherches effectuées par les répondants afin d'améliorer la communication et les ressources disponibles ou possible ont été analysées.

3.1. Améliorer ses techniques de communication

Initier le sujet

Pour trois répondants (R2, R13 et R14), il était clair que c'était au médecin d'initier le sujet de la santé sexuelle, que ce soit chez l'adolescent : 13-k : « *. Ne pas forcer l'ado mais la discussion doit être à l'initiative du médecin, c'est au médecin de faire de ce sujet une discussion habituelle et de respecter si l'ado ne veut pas en parler* » ou chez les adultes : 14-f : « *Il en ressort que les patients souhaiteraient plutôt que ce soit le médecin qui aborde le sujet* ».

Poser des questions ouvertes

Trois répondants (R1, R2, R7) repensaient leur façon de communiquer en utilisant des questions plus ouvertes : 1-a : « *La chose la plus importante, surtout pour moi qui ai encore beaucoup de mal dans ce domaine, c'est le fait de poser des questions ouvertes* » mais aussi en laissant une porte ouverte 7-d : « *On pourrait éventuellement poser ce genre de question lors de la 1ere consultation avec un patient en médecine générale, sans forcément avoir une réponse honnête du patient mais tout en lui laissant la porte ouverte sur le sujet.* » pour que le patient sache que c'est un sujet médical.

Puis des questions précises afin d'affiner les réponses

Pour le répondant R13, les mots avaient leur importance pour avoir une réponse précise. R2 faisait préciser des informations à sa patiente : 2-k : « *J'ai dû donc leur demander de préciser ce qu'elle entendait par « vierge » afin de ne pas passer à côté de pratique autre pouvant tout de même être à risque d'IST (par exemple bucco-génitale).* ».

Entretien motivationnel/approche counseling

Trois répondants (R1 R4 R5) parlaient d'entretien motivationnel avec une approche type « counseling » : 5-i: *« Dans le choix de sa contraception j'ai trouvé une méthode qui permet la systématisation d'une consultation pour contraception afin de n'oublier aucun aspect de celle-ci. J'aurais pu le faire suivant la méthode BERCER, qui peut être une aide mentale au déroulement de la consultation. Elle se déroule en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour. »*.

Réassurance

Pour trois répondants (R1 R4 et R8), il était important de rassurer le patient que ce soit sur la légitimité de leur questionnement : 1-k: *« Puis lui dire que c'est normal de pas savoir, et qu'elle pourra compter sur notre soutien qu'importe son choix »*, sur les traitements (14-i) ou encore une répétition d'examens : 8-a: *« . Une politique de réassurance par consultations répétées avec réalisation d'une échographie en cas de FC à répétition est associée à une diminution de la prévalence des récidives de FC du premier trimestre »*. FC fait référence à fausse couche.

Empathie

Pour R8, il était primordial que l'équipe soignante ait de l'empathie à l'égard des patientes vivant un arrêt de la grossesse : 8-b: *« Une attitude empathique et respectueuse de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale lors de la prise en charge est associée à un meilleur vécu psychologique. »*.

Respect des silences

Pour R1, les silences dans une conversation étaient importants à respecter : 1-v: *« Par ailleurs je laisserai plus facilement des blancs lors de l'échange car dans cette situation j'ai eu trop tendance à d'emblée reparler pour stopper le silence qui me paraissait pesant alors qu'avec du recul je me rends compte que les silences dans un dialogue de ce genre doivent être respectés. »*.

Prendre le temps

Trois répondants (R1 R12 et R13) trouvaient un intérêt à prendre le temps, comme le résume R1: 1-x: *« Seul bémol de cette histoire : la consultation a duré 1h30. Mais il faut d'abord apprendre à faire les choses bien avant de savoir faire les choses vite et bien. »*.

Avoir un discours inclusif

R2 et R13 évoquaient le fait d'avoir un discours non hétéronormé.

2-f : *« Lors du congrès du CNGE de novembre 2018, j'ai assisté à une communication orale sur la santé de la femme dont une présentation sur « Suivi gynécologique des femmes ayant des relations avec des femmes (FSF) ». Lors de la phase de questions/réponses, j'ai pu noter quelques astuces de communication pour aborder la sexualité justement. L'orateur expliquait que pour aborder la question de la vie sexuelle/affective sans faire passer la sensation d'une hétéro-société, dire plutôt « est ce que tu es amoureux(se) ? » ou « avez-vous eu un ou une partenaire sexuel(le) ? » au lieu de « as-tu un copain/une copine ? ». Il donnait également comme astuce pour aborder la sexualité à un jeune de s'appuyer sur l'arrivée de la puberté et des questions que celle-ci peut susciter par tous les changements psychomorphologiques qu'elle implique. »*.

Afficher clairement qu'on est LGBT friendly

Le répondant R2 pensait qu'il serait utile de montrer son ouverture à la communauté LGBT :

2-i: *«- Lors de ce congrès, j'ai également appris l'existence de site internet où on peut se déclarer médecin « gay-friendly ». L'esprit de communauté étant très grand dans ces populations, les patient(e)s savent se communiquer ce genre d'information et je pense qu'il est loin d'être inutile de se déclarer sur ce genre de site si on sait qu'on veut et qu'on se sent capable d'aborder ses sujets. → En ce qui me concerne, je souhaite justement ne pas me fermer sur cette question, quitte à m'interroger au préalable dessus comme ici. »*.

Être à l'aise/paraître à l'aise

Selon deux répondants, être à l'aise, ou du moins ne pas paraître gêné permettait de mettre le patient en confiance pour aborder ce sujet intime.

2-n : *« Evoquer ces mots sans changement de ton ni de gêne apparente est le meilleur moyen pour que cela ne paraisse pas étrange justement. Je pense que le fait de ne pas faire ressentir au patient qu'on est gêné de demander évite d'instaurer une gêne de leur côté pour répondre. ».*

Utilisation de termes neutres/scientifiques

L'utilisation de termes qui ne créaient pas d'ambiguïté était évoquée par deux répondants (R2 et R13). Le plus simple était d'utiliser les termes scientifiques se rapportant à l'anatomie ou aux pratiques.

2-m : *« La première fois que j'ai dû me lancer dans ces explications, je dois avouer que mon discours était hésitant car je recherchais les mots que je pouvais utiliser pour être à la fois claire mais sans paraître vulgaire ou trop « cash » ou trop « porter sur la chose ». Mais au fur et à mesure des tentatives, j'ai constaté que le plus simple est d'appeler les choses par leur nom tout simplement. « Il faut appeler un chat un chat ». J'utilise donc maintenant les mots « pénétration », « rapport/pratique bucco-génital », voire « fellation » ou « cunnilingus » si nécessaires, « rapport anal » etc. ... ».*

R13 soulignait le fait qu'utiliser ces termes dès que c'est possible redonnait le caractère non honteux des pratiques : 13-b : *« . Le fait de nommer les parties sexuelles par leur terme anatomique plutôt que par des surnoms rendraient plus compte du caractère respectable, et non honteux de ces organes, et ce dès le plus jeune âge ».*

Trouver une phrase d'accroche

Pour certains répondants (R2 et R7), trouver une phrase type permettait d'introduire le sujet de la sexualité sans qu'il n'y ait de gêne ni du côté du médecin ni du patient, que ce soit avec un adolescent (2-r) ou de façon globale :

7-e : « Dans un article de "Le médecin du Québec", parlant de l'abord de la sexualité en entretien médical, il ressort quelques phrases clés que je trouve assez utile. Par exemple, les phrases que j'aurai pu utiliser dans l'interrogatoire de la patiente sont :

- Est-ce que la sexualité est une source de préoccupation dans votre vie? Lesquelles?
- Y-a-t-il quelque chose dans votre vie qui complique votre vie sexuelle et qui la rend moins accessible, moins satisfaisante?
- Est-ce que cela vous arrive d'exprimer votre affection physiquement sans que cela ne mène nécessairement à une pénétration »

Rationaliser quand le patient a un sentiment de culpabilité

Pour R8, le soignant avait un rôle de rassurance sur les connaissances actuelles comme dans cette situation de grossesse arrêtée : 8-e: « Le soignant doit les dégager de la culpabilité et les informer sur les causes, la fréquence et les conséquences médicales et psychologiques. ».

Bienveillance

Le répondant R13 rappelait la notion de bienveillance : 13-c: « Le fait d'avoir un discours clair et une attitude positive aide pour le consentement plus tard par exemple. ».

Adapter son discours au patient

Selon R13, il était important d'adapter notre discours à ce que peut comprendre le patient, en utilisant notamment des termes adaptées à son âge : 13-e: « On recommande d'adapter l'information en fonction de l'âge du patient, sans donner plus de détails. ».

Les répondants ont pu développer leurs connaissances en communication à la suite de leurs recherches. Il en ressortait des techniques qui entraient dans l'approche type « counseling » proposé par l'OMS. Les répondants réaffirmaient

via leurs recherches la nécessité de prendre le temps pour « *bien faire les choses* » mais également que c'était au médecin d'initier le sujet de la santé sexuelle au sens large. Avoir une attitude empathique et bienveillante était également associé à une meilleure communication. Des recherches ressortaient la nécessité de montrer aux minorités sexuelles LGBT+ que la consultation était un lieu où leur orientation sexuelle et leur identité de genre peuvent être abordées. Pour faciliter la communication, l'utilisation de termes neutres tels que les termes scientifiques des pratiques sexuelles permettaient de limiter la gêne et de gommer le caractère honteux qui pouvait être attribué à certaines pratiques sexuelles. Certains répondants estimaient après leurs recherches que l'utilisation d'une phrase d'accroche permettait également de réduire la gêne des deux côtés.

3.2. Remettre en question ses pratiques

Parmi les répondants, R1, R6 et R7 soulignaient leur remise en question après leurs recherches. Ils mettaient en lumière ce qu'ils changeraient pour améliorer leur communication et donc leur prise en charge : 1-b : «*Dans le cas de cette patiente je me suis rendu compte que chacune de mes tentatives ou presque n'étaient que des questions fermées (est ce que la grossesse était désirée ? Par exemple). Avec du recul je me dis que des questions telles que «que pensez-vous de cette grossesse?» ou encore «Qu'avez-vous prévu pour cette grossesse ?» m'auraient peut-être permis de désamorcer la situation plus précocement. »*

Garder en tête ses doutes

Pour R1, lorsqu'on avait un doute sur une consultation, il fallait le garder en tête et même le notifier dans le dossier médical afin de pouvoir y revenir : 1-g: «*Lorsque l'on soupçonne un motif caché il ne faut jamais se le sortir de l'esprit en notant nos suspicions sur le dossier médical du patient et en n'hésitant pas à reconvoquer le patient. »*

Rappeler le secret médical

Le répondant R1, il était nécessaire de rappeler parfois au patient le secret médical :

1-l: « *sans oublier de lui rappeler que toute cette histoire ne sortira pas du bureau de consultation.* ».

Enrichir ses connaissances

R1 ressentait l'envie d'enrichir ses connaissances devant le vaste domaine de la communication : 1-s: «*Pour ce qui est du motif caché j'émetts plus de réserve car je ne pensais pas que c'était un sujet aussi vaste. Au cours de mes recherches je suis tombé sur une source intéressante qui détaillait les 6 personnalités selon la communication process avec les techniques de communication à entreprendre en fonction. Je pense écrire dessus lors d'une trace ultérieure.* ».

Revoir sa posture de professionnel

Trois répondants (R1, R5 et R6) ont revu leur posture de soignant après leurs recherches, notamment dans le relationnel comme le souligne R1 : 1-t : « *Si une situation de ce genre devait se présenter de nouveau d'une part je serais moins désespéré car cela m'a permis de prendre conscience que les patients peuvent nouer des vrais liens de confiance même si cela ne fait pas des années et des années que l'on les suit* », mais également sur le versant thérapeutique (5-c) ou légal (6-d).

Connaitre ses propres représentations sur la sexualité

Plusieurs répondants (R2, R4, R7 et R14) soulignaient l'importance de connaître ses propres représentations de la sexualité pour pouvoir parler de sexualité dans les meilleures conditions : 2-a : «*- Il faut savoir se positionner soi-même par rapport à la sexualité car parler de la sexualité c'est rentrer dans l'intimité du patient mais c'est aussi faire face à son intimité personnelle. Le principal frein à l'abord du sujet est la perception qu'on a nous-même de la sexualité.* ».

Faire face à ses limites

Le répondant R3 faisait face à ses limites dans la prise en charge : 3-d : « *Je n'hésiterai pas au cabinet à adresser la patiente vers une sage-femme, bien plus à*

l'aise avec le suivi de grossesse pour toutes questions complémentaires auxquelles je n'aurais pas de réponses claires à fournir. ».

Les recherches ont permis à des répondants de remettre en question leur façon de faire et leur savoir être dans la relation avec le patient. Un répondant avait réaffirmé la nécessité de rappeler dans ces situations le secret médical qui peut faire lever certains freins du côté des patients. Des recherches étaient ressorties la nécessité pour le médecin de prendre conscience de ses propres représentations sur la sexualité afin d'éviter de les superposer à celles du patient qui pouvaient être différentes.

3.3. Relationnelle : effectuer un travail sur la relation avec le patient

R1 rappelait que le médecin généraliste était de premier recours : 1-f: *« En dehors de la communication à utiliser lors d'une consultation est la conduite à tenir sur le long terme. Par certains aspects le médecin généraliste semble avoir une place de choix pour tisser des liens de confiance ».*

Garder la juste distance avec le patient

Le répondant R1 parlait de garder la juste distance dans la relation médecin-patient. Celle-ci pouvait fluctuer selon la demande du patient : 1-r : *« Ce GEF m'aura permis de travailler la communication avec le patient et surtout la distance qu'il est adapté de mettre avec le patient. Auparavant je pensais qu'il était nécessaire de tenir une posture très distante avec le patient sans aucune place à l'avis personnel. Hors j'ai appris que lorsque le patient doit faire un choix, il faut le laisser prendre sa décision mais qu'il est de bon ton de l'aiguiller, façon implicite de donner son avis. ».*

Voir le patient seul

Le répondant R2 soulignait l'importance de voir un adolescent seul pour parler de sexualité : 2-b : « *Voir l'ado seule semble indispensable.* »

Être préparé à justifier le pourquoi des questions

Pour éviter la gêne que pouvait créer l'abord de ce sujet intime, des répondants (R2, R7 et R13) proposaient que le médecin puisse justifier simplement le pourquoi des questions : c'est un sujet médical.

2-o: «- *Si jamais un jour le patient me demande pourquoi je lui demande de telles informations, j'ai réfléchi à une possible réponse que je peux lui donner, en m'inspirant de mes recherches pour ma thèse sur les violences faites aux femmes où sur le site « stop stop-violences-femmes.gouv »³ ils expliquent ce qu'on peut répondre lors qu'une patiente se demande pourquoi on lui demande si elle a été victime de violence : « Vous n'êtes pas obligé(e) de me répondre, mais je vous le demande afin de mieux vous connaître et mieux vous prendre en charge, car cela peut avoir une répercussion sur votre santé mentale et/ou physique pour lequel je peux peut être vous apporter mon aide ou des réponses. ». Si je ressens une réticence de réponse ce jour je peux ajouter une phrase du type : « En tout cas, sachez que si vous avez besoin d'aborder ce sujet ou si vous avez des questions à ce sujet, ou un autre sujet d'ailleurs, sachez que vous vous tourner vers moi, il n'y a pas de sujet interdit dans ce cabinet ni de question bête. » ».*

Montrer de la disponibilité

Pour les répondants R2 et R8, il était important de montrer sa disponibilité : 2-p : « *Ainsi, même si je n'ai pas de réponse immédiate, je pense laisser une porte que mon patient pourra ouvrir un jour s'il en a le besoin. ».*

Mettre le patient au centre des décision

Le répondant R5 mettait sa patiente au centre des décision, une place qui ne lui avait pas été accordée d'après le récit : 5-e : « *Je me pose la question de l'intérêt d'un*

médicament et de sa balance bénéfice risque pour la patiente, et le fait d'en discuter avec elle permet qu'elle aussi prenne conscience de son traitement. Elle devient actrice et responsable de sa santé encore plus. En pouvant en discuter avec elle, elle pourra être plus attentive par rapport à prise de médicaments, et ainsi prévenir de façon plus rapidement si elle devait présenter des effets indésirables par rapport à un médicament. Ici elle n'en avait pas, mais cela permet une éducation par rapport à la prise en charge médicamenteuse qui peut être valable pour tous les traitements. La réévaluation de la pertinence de chaque médicament doit demeurer au sein de la prise en charge. ».

Garder en tête que le patient n'a peut-être pas les mêmes représentations

Il était important pour les répondants R7 et R13 de prendre conscience de ses propres représentations mais également le fait que le patient n'a peut-être pas les mêmes représentations : 7-g : *« En conclusion je pense qu'il faut toujours avoir en tête que le/la patient(e), n'a pas forcément les mêmes définitions de la sexualité que nous, et qu'il faut savoir oser poser ces questions, parce que cela fait partie de l'identité du patient, et permet d'avoir une approche centrée patient. ».*

La relation médecin-patient était un facteur influençant la communication lors de la consultation. Voir le patient seul, notamment un adolescent était jugé positivement dans l'abord de la sexualité. Un répondant rappelait que la distance à avoir avec le patient pouvait être modulable selon les besoins du patient. Quatre répondants soulignaient le fait que le médecin devait pouvoir justifier simplement le pourquoi des questions posées afin de montrer que c'était un sujet médical. Pour une bonne relation, le médecin pouvait montrer de la disponibilité et devait mettre le patient au centre des décisions. Un répondant rappelait de garder en tête que le patient n'avait pas forcément les mêmes représentations de la sexualité.

3.4. L'aide des pairs

S'appuyer sur ses pairs

Des répondants (R1, R3, R4, R6) trouvaient pertinent de s'aider de ses pairs dans les prises de décision mais également en tant que ressource d'information :

6-a : « *Un de mes camarades a suggéré pour répondre à cette question d'au moins imprimer les consignes de surveillance sur une feuille afin que ma patiente puisse se les faire expliquer par sa traductrice ou son entourage familial. Et qu'en imprimant un document papier, et en indiquant dans le dossier de la patiente que nous lui avons transmis, nous étions protégés vis-à-vis de la loi. Une autre de mes collègues effectuant actuellement son stage aux urgences gynécologiques de Bretonneau a indiqué que dans ces cas, elle utilise la commande vocale de « Google traduction » qui permet de traduire quasiment instantanément nos paroles. Ainsi elle peut expliquer le dérouler de son examen clinique à ses patientes. Un autre membre du groupe a insisté sur la nécessité de donner au moins une petite carte avec son numéro de téléphone que la patiente puisse garder sur elle en cas de problème.* ».

Utiliser les connaissances acquises en congrès

Deux répondants (R2 et R7) ont pu utiliser ce qu'ils avaient appris en congrès pour répondre à leur problématique : 7-c : « *Je pense qu'il n'y a pas de règle systématique à faire. Lors du dernier congrès de médecine générale à Tours, il y avait eu un sujet sur la transidentité. Il avait été conseillé de poser les questions de manière générale aux patients. Par exemple, je sais que certaines sages femmes posent d'emblée des questions sur la sexualité lors de la première consultation, comme " Avez-vous un partenaire homme ou femme ?" ».*

Dans notre étude, les répondants s'étaient beaucoup aidés de leurs pairs : que ce soit en groupe de pratique pour l'aide à la formulation de leur problématique ou encore un apport de réponses ou encore leur MSU ou seniors. Ils s'étaient également nourris des informations reçues lors de congrès de médecine.

3.5. Recommander d'autres sources d'informations fiables

Deux répondants (R1 et R13) proposaient des sites fiables pour compléter les informations données durant la consultation. Le répondant R13 citait également le planning familial comme source d'information fiable et neutre : 13-r : *« Je proposerais comme ressource le site internet « on s'exprime » qui est tenu par des professionnelles de la santé. J'orienterais aussi vers le planning familial de proximité. En effet, même si j'essaye d'être le plus à l'aise possible sur ce sujet, peut être que le jeune à envie d'un interlocuteur vraiment neutre et externe à son environnement familial et je pense qu'il sera de mon rôle de l'orienter. ».*

Il était recommandé d'avoir des sources fiables d'informations à donner aux patients pour qu'il puisse compléter ce qui était dit en consultation.

3.6. Profiter de moments propices pour faire du dépistage

Des répondants (R2, R14, R5, R12, R10, R13) mettaient en avant le fait que parler de sexualité à des moments propices faciliterait l'abord du sujet : 14-g : *« Des pistes sont données dans ces thèses pour aborder le sujet à des moments propices, notamment au moment de la ménopause, du post partum, de la prescription d'une contraception, ou bien en cas de maladie chronique comme le diabète, la dépression, ou encore de poser la question des effets secondaires des traitements. Je trouve que saisir l'opportunité de certains motifs de consultation est une bonne idée pour aborder le sujet, par exemple lors d'une consultation pour un frottis chez les femmes (par exemple demander si la patiente a des douleurs lors des rapports sexuels), ou lors du renouvellement de traitements anti-hypertenseurs pouvant en être la cause, dans le cadre de pathologie cardio vasculaire ou uro-génitale, ou bien dans le cas de consultations de dépistages d'IST justement. ».*

Des répondants pensaient à certains moments particuliers :

- **La contraception :** 5-g : « *Ici elle n'en avait pas, mais cela permet une éducation par rapport à la prise en charge médicamenteuse qui peut être valable pour tous les traitements.* » ;
- **La consultation pour des troubles érectiles :** 10-d : « *On posera aussi des questions sur l'histoire sexuelle du patient, notamment la recherche d'abus sexuels, mais aussi l'existence ou non d'un(e) partenaire, le contexte actuel affectif du patient et du couple (conflit ? relations extra-conjugales ?), de longues périodes d'abstinence... Existe-t-il une anxiété de performance sexuelle ?* » ;
- **L'IVG :** 12-a : « *Suite aux recherches sur l'IVG et dans les différents articles consultés ils évoquent l'intérêt de parler de la contraception.* » ;
- **Lors de la première consultation :** 12-d : « *À la suite de la discussion en GEAP il avait été évoqué par les participant l'intérêt d'évoquer la contraception lors de la première consultation de demande d'IVG. Et à la suite des différents résultats de mes recherche je comprends mieux pourquoi il est important d'en parler dès la première consultation, cela permet à la jeune femme de commencer à réfléchir au moyen qu'elle souhaitera (pilule, stérilet, patches implant...) pour pouvoir commencer le jour de la réalisation de l'IVG.* » ;
- **Au début du collège :** 13-h : « *Ils proposent d'aborder la sexualité dès le début du collège. Avoir une bonne relation avec son médecin et depuis longtemps aide pour lui en parler.* ».

Plusieurs répondants proposaient de trouver un moment propice pour aborder plus facilement la question de la santé sexuelle : lors de la première consultation, une consultation pour contraception, lors d'une IVG ou lors d'une consultation pour troubles érectiles. Un répondant proposait le début de collège chez les adolescents.

3.7. Les savoirs utiles

Connaitre les particularités de certaines populations

Les recherches avaient fait ressortir certaines spécificités à prendre en considération :

- Recommandations spécifiques lors de la grossesse

12-b : « *Notamment il faut savoir que la fécondité est restaurée environ 8 jours après la réalisation de l'IVG. C'est pour cela qu'il est conseiller de commencer une contraception le jour de réalisation de l'IVG (quel que soit la méthode utilisé).* » ;

- Les spécificités gérontologiques

4-g : « *L'activité sexuelle est bonne pour la santé, cela facilite le sommeil, diminuer les douleurs chroniques, diminue les effets de la ménopause, les problèmes d'incontinence et diminue le risque de cancer de la prostate. L'activité sexuelle augmente la qualité de vie. Cependant avec le vieillissement, il y a une augmentation du seuil d'excitation pour le déclenchement d'une relation sexuelle. Cela s'explique par une diminution de perceptions des différents stimuli neurosensoriels et donc une diminution des stimuli sexuels.* » ;

- S'il existe des facteurs de risque psychologiques

8-c : « *Une attention particulière doit être portée aux patientes avec antécédents psychiatriques et notamment dépressifs, qui constituent la population à risque.* ».

Partir du somatique

Pour plusieurs répondants, il était important de d'abord rechercher une étiologie organique à un trouble sexuel puis aborder le versant psycho-social : 4-f : « *Lors du vieillissement, s'associent des modifications du corps, mais aussi de l'image du corps qui peuvent influencer sur le désir. De plus peuvent s'y ajouter des pathologies métaboliques et cardiovasculaires responsables de troubles érectiles.* »

Réévaluer

Une réévaluation constante de nos prises en charge était nécessaire pour le répondant R5 : 5-b : « *Chez ma patiente, il avait dû être mis en place lors de sa grossesse, et aurait très probablement dû être réévalué à la fin de la grossesse, ce qui n'a sûrement pas été fait. Cela pouvait donc être intéressant que je le fasse, vu que c'est tout de même en lien avec le CPEF (s'il avait été mis en place lors de la grossesse), le fait de l'arrêter pouvait être évoqué, déjà pour préparer la patiente mentalement à ce fait.* »

Des connaissances étaient requises, notamment les spécificités de certaines populations comme les personnes âgées chez qui la sexualité se modifie. Il faut alors que le médecin puisse faire une prise en charge adéquate. Pour plusieurs répondants, il fallait d'abord rechercher une étiologie organique aux troubles sexuels avant d'élargir le champ psycho-social. Le répondant R5 soulignait la nécessité constante de réévaluer les prises en charge.

3.8. Aides instrumentales

Plusieurs répondants avaient trouvé des aides instrumentales pour améliorer leur communication :

⇒ Utilisation d'un traducteur vocal

6-b : « *Une autre de mes collègues effectuant actuellement son stage aux urgences gynécologiques de Bretonneau a indiqué que dans ces cas, elle utilise la commande vocale de « Google traduction » qui permet de traduire quasiment instantanément nos paroles. Ainsi elle peut expliquer le dérouler de son examen clinique à ses patientes.* » ;

⇒ Utilisation de questionnaire

10-b : « *Le diagnostic se fait sur les déclarations du patient, et parfois, on peut s'aider de questionnaires pour le diagnostic et évaluer la sévérité du trouble.* » ;

⇒ **Donner une note écrite**

6-c : « *Un autre membre du groupe a insisté sur la nécessité de donner au moins une petite carte avec son numéro de téléphone que la patiente puisse garder sur elle en cas de problème.* » ;

⇒ **Utiliser un référentiel de spécialité**

10-h : « *Le référentiel d'urologie propose un tableau permettant de s'orienter entre cause organique ou psychogène :».*

Une répondante avait créé son propre outil de communication :

6-h : « *Afin d'apporter une réponse globale à ma question et afin de solutionner mon cas, après avoir cherché sur internet je n'ai trouvé aucun document imprimable que j'aurai pu donner à ma patiente à la suite de sa pose de stérilet. J'ai donc décidé de créer ma propre carte de surveillance des effets indésirables dans les suites de la pose de stérilet. Il se trouve en annexe 1. En reprenant le concept du kit de communication des hôpitaux de Paris, j'ai utilisé des pictogrammes avec leur légende.* »

Seul un répondant n'avait pas trouvé d'outil

14-d : « *Concernant la façon de mener une consultation de dépistage des IST, je n'ai pas trouvé beaucoup d'éléments dans mes recherches* »

Plusieurs répondants, parfois aidés de leurs pairs, ont trouvé des aides pour améliorer leur communication. Pour certains, c'était un traducteur, pour d'autres l'utilisation de questionnaire pour améliorer leur diagnostic. L'utilisation d'une note écrite pouvait également aider le patient. Une répondante avait créé son propre outil de communication. Un répondant n'avait pas trouvé d'aide à la communication.

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Les limites de l'étude :

Absence de diversification sur l'orientation sexuelle

Dans notre étude, on peut noter une absence de diversification de l'échantillon sur l'orientation sexuelle. En effet tous nos répondants se déclarent hétérosexuels. Dans la population générale, 4% de personnes se déclarent homosexuelles (42). Cette différence peut être liée au fait que les répondants étaient volontaires. Malgré des sollicitations répétées lors du recueil des données, une faible proportion avait répondu.

Absence de double lecture

Le codage en double aveugle par deux chercheurs n'a pas pu être réalisé, limitant l'objectivité de l'analyse et ainsi la puissance de l'étude.

Faible maîtrise de la méthodologie

La chercheuse était novice dans l'analyse qualitative et plus spécifiquement dans l'analyse de contenu. Elle a pu bénéficier de l'aide d'une sociologue¹ pour l'explication de la méthode et la technique d'attribution des thèmes. L'ouvrage « Analyse qualitative en sciences humaines, chapitre 11 : l'analyse thématique » a également été une aide indispensable : il est à l'origine de la méthode utilisée dans l'étude (40).

La chercheuse a bénéficié également de l'aide de d'une psychologue clinicienne dans le regroupement des thèmes.

L'analyse tend vers une triangulation de l'analyse thématique.

¹ Céline DAGOT : sociologue, enseignante et chercheuse à l'université de Tours

1.2. Forces de l'étude

Données de recherches originales

Ce travail est original dans le sujet abordé et la méthode utilisée. L'analyse de contenu de traces d'apprentissage sur la thématique de la santé sexuelle dans l'acquisition de la compétence communicationnelle chez les étudiants en 3^{ème} cycle de DES de médecine générale n'a jamais été abordée ainsi.

Forte prévalence en médecine générale des motifs cachés

Dans 54% des consultations, les médecins n'ont pas accès au motif du patient venu en consultation (43). La majorité des motifs cachés est de nature sociale et émotionnelle.

Le sujet de la santé sexuelle étant difficile à aborder en consultation, les patients attendent que ce soit le médecin qui en parle en premier. Le médecin attend également que ce soit le patient qui parle en premier. Le patient n'osera alors peut-être jamais révéler à son médecin ce motif caché. Les dysfonctions érectiles sont souvent un motif caché (44). Dans une étude chez les patients greffés rénaux, la sexualité devenait une préoccupation fréquente mais cachée par les patients en parallèle du peu d'informations données par les professionnels de santé (45). Or le dysfonctionnement sexuel est fréquent chez les patients receveur de greffe de rein (45). Dans cette population, les médecins parlent peu de sexualité et uniquement sur le versant physiologique (45,46).

2. Comparaison des principaux résultats à la littérature

2.1. Des consultations qui provoquent une gêne chez les médecins

Dans notre étude, les répondants ressentaient une gêne liée à l'examen génital en lui-même mais également lorsqu'il s'agit de rechercher l'orientation sexuelle du

patient. Les répondants décrivaient un manque d'assurance lors des discours explicatifs.

En 2008, une étude réalisée auprès d'étudiants en 3^{ème} cycle en France montrait également un sentiment de gêne, un tabou et une difficulté à aborder la santé sexuelle (8).

Dans une étude australienne, moins de 10% des médecins recueillaient l'historique sexuel de leur patients dont 15% ressentait de l'embarras(7). Ceci pouvait aller jusqu'à freiner l'évaluation d'un outil de prévention devant l'inconfort occasionné (47).

Dans son étude « *la spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité* », *Giami* a mis en évidence quatre postures possibles des médecins généralistes lors de l'abord de la sexualité (9). Ces postures portent sur leurs pratiques médicales aussi bien que sur leur façon de gérer la relation médecin-patient. Ces quatre postures participent au processus de spécialisation informelle des médecins généralistes :

- L'évitement revendiqué par leur ignorance, l'absence de formation, les difficultés liées à leur gêne pour aborder ces questions ;
- Une approche nosographique : la sexualité est abordée uniquement sur le versant pathologique ;
- Approche globale = holistique : prise en compte des dimensions psychologique et relationnelle ;
- La sexualité est au cœur de leur pratique : plusieurs formations réalisées sur le sujet de la santé sexuelle.

Ces postures répondent à l'absence de formation universitaire sur le sujet, selon *Giami*.

Pas de gêne liée au genre :

Les répondants de notre étude n'ont pas rapporté de gêne liée à leur genre.

Ceci contraste avec la littérature où presque tous les médecins pensent que leur patient préfère voir les médecins généralistes de même genre en matière de santé sexuelle (10). Les médecins femmes avaient plus de facilité à recueillir les

antécédents portants sur la sexualité des patientes et ces patientes éprouvaient moins d'embarras (48).

On peut expliquer cette différence par le fait que les répondants étaient volontaires, de ce fait, nous n'avons pas pu diversifier l'échantillon.

2.2. Différentes perceptions de la relation médecin-patient

Dans notre étude, les répondants semblaient être sensibles aux émotions perçues de leur patient.

Néanmoins ils éprouvaient des difficultés dans la communication allant jusqu'au sentiment d'échec ou d'incompétence. Un répondant avait le sentiment d'avoir complètement échoué dans sa communication et finalement la patiente semble satisfaite de le revoir à 48 heures. A la fin de son récit, la relation médecin-patient semble s'être améliorée. Ceci est retrouvé dans la littérature (10).

Les répondants gardaient leur professionnalisme même si un agacement était parfois ressenti vis-à-vis du patient. La juste distance à avoir vis-à-vis de son patient pouvait être modulée selon les besoins de ce dernier. Dans une étude de 2014, *Kafetsios* comparait deux études dans lesquelles médecins et patients évaluaient leur relation selon la régulation émotionnelle du médecin (49). Il en ressortait que le fait que le médecin régule ses émotions devant le patient avait un effet positif sur la relation patient-médecin pour les patients (49).

A contrario une relation jugée trop superficielle par les patients entraînait un échec du recueil de l'histoire sexuel du patient et une mauvaise relation médecin-patient (50).

2.3. Les techniques de communication améliorées par la recherche

Dans notre étude, les étudiants semblaient avoir acquis certaines compétences pour une bonne communication. La plus rapportée est l'explication suivie par la

réassurance. Deux répondants s'essayaient à l'ouverture de la consultation en partant de la plainte du patient.

Ils ont pu améliorer leurs connaissances à la suite de leur recherche en améliorant leur compétence communication.

Initier la discussion

Dans notre étude, plusieurs répondants estiment que c'est au médecin d'initier le sujet de la santé sexualité.

C'est également ce que pensent les patients dans la littérature, que ce soit chez les personnes LBGT (51) ou de manière plus globale (15).

Poser des questions ouvertes et précises

Il semble que les questions ouvertes permettaient d'améliorer la communication dans le domaine de la santé sexuelle.

Dans un article de la revue « Exercer », des médecins généralistes s'efforçaient de poser des questions ouvertes afin de connaître l'orientation sexuelle de leur patients malgré des freins exprimés (52). Il est suggéré aux cliniciens qu'utiliser des questions ouvertes et dans une note positive améliorerait la communication : une attitude bienveillante en somme (53). L'attention portée au patient pendant son discours avait également un effet positif sur la communication et la relation patient-médecin (53).

Utiliser une communication de type « Counseling » : un outil efficace pour réduire les risques et satisfaisant :

Des techniques de type « counseling » ressortaient des recherches des répondants.

Le counseling désigne les consultations systématiques organisées dans le cadre des soins de santé primaire en vue de traiter les problèmes émotionnels, psychologiques et sociaux qui influencent la santé et le bien être des personnes (2). Il s'effectue dans une relation soignant-patient dans la continuité et selon les besoins.

Le but pour les patients : les aidez à reformuler leur émotions, pensées et compréhension et à modifier de cette façon leur comportement.

Le soignant réalise un entretien motivationnel : il écoute les problèmes du patient en ne dispensant pas son expertise. Il aide le patient à trouver les moyens de régler ses problèmes : une approche centré patient avec un respect des idées, des sentiments, attentes et valeurs, en opposition à l'approche centré maladie. Il n'y a pas de fiche pratique sur les questions à poser, mais un modèle information, motivation, comportement.

La plupart des approches incluent 4 items :

- ⇒ Se rendre disponible « Avez-vous des questions sur la sexualité ou des préoccupations dans ce domaine ? »
- ⇒ Intervenir « Etes-vous satisfait.e de votre vie sexuelle ? Comment vivez-vous vos relations sexuelles ? »
- ⇒ Personnaliser l'approche « Quelles difficultés rencontrer vous dans ... ? »
« Certaines personnes qui ont le même problème que vous (exemple diabète, HTA...) m'ont dit qu'ils avaient des problèmes sexuels, est-ce votre cas ? »
- ⇒ Proposer des solutions selon le problème.

Le patient est orienté vers les options disponibles afin de mieux comprendre la situation et agir pour améliorer sa santé sexuelle : un suivi ou une orientation vers d'autres professionnels.

Des étudiants en 5^{ème} année de médecine ayant bénéficié d'une formation à l'entretien motivationnel éprouvaient une satisfaction et notaient une amélioration de leur technique de communication (54).

L'utilisation du « counseling » entraîne une baisse de l'incidence des IST mais également une utilisation significativement plus importante de préservatif (55,56). Ce type d'intervention est également efficace via les médias internet (57). Il n'est pas retrouvé de preuve de méfaits mais peu d'études ont fait état d'effets indésirables (56).

Adopter une attitude empathique et bienveillante

La posture du médecin influence l'expression des motifs en consultation et façonne la relation avec le patient (43).

Le médecin qui semblait bon en communication dans notre étude avait une attitude ouverte, assurée, bienveillante et empathique.

Le type d'attachement des médecins avait un effet sur la relation médecin-patient (49,58). Les patients qui avaient une perception de maladie grave ressentait une plus faible satisfaction au niveau de la relation médecin-patient, lorsque le médecin avait un attachement anxieux ou évitant.

Avoir un discours inclusif

Dans notre étude, les répondants ont rapporté qu'un discours inclusif était efficace pour mettre à l'aise les minorités sexuelles en consultation.

Des pistes sont données aux médecins pour une meilleure inclusion et qualité de soin des personnes LGBT (51) :

- Explorer ses propres croyances et représentations au sujets des personnes LGBT et prendre conscience de ce que cela peut entraîner sur le déroulement de la consultation ;
- Dans la salle d'attente, signaler son ouverture par exemple une charte de non-discrimination, une documentation à destination des personnes LGBT etc. ;
- Inclure des options telles que « partenariat enregistré » ou « en couple non marié » dans les formulaires administratifs.

Trouver une phrase d'accroche

Plusieurs de nos répondants ont trouvé utile d'avoir une phrase d'accroche afin de faciliter l'abord de la santé sexuelle.

Ces phrases permettraient aux patients d'avoir la possibilité de discuter ouvertement de leurs préoccupations sexuelles dans une atmosphère de respect : « Etes-vous

sexuellement actif ? Avez-vous des préoccupations ou des problèmes sexuels dont vous aimeriez discuter ? » (59).

Dans « *La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité* », les médecins ayant une posture holistique utilisaient également les moments d'exams médicaux pour dépasser les limitations imposées par l'identité de genre et qui contribuait à freiner la discussion sur le sujet (9).

Une approche centrée patient

Dans notre étude, les répondants mettaient en avant le fait de mettre le patient au cœur des décisions médicales.

Ce résultat est confirmé par la littérature : la communication et l'éducation du patient en plus d'une meilleure adhésion thérapeutique étaient améliorées quand le patient était mis au centre des décisions (53,59–61).

2.4. Trouver le moment propice

Selon les répondants, profiter des moments propices à l'abord de la santé sexuelle pouvait faciliter l'ouverture de la discussion.

Une revue de la littérature de 2013, préconisait d'intégrer le recueil de la santé sexuelle de tous les patients à la première consultation (59).

Selon une étude de 2012 multicentrique aux états unis, l'incidence des IST diminuait de manière significative chez les HSH infectés par le VIH après la mise en place de tests de dépistage fréquents associés à des conseils sur la réduction des risques (62). Pour réduire les risques, il serait donc nécessaire que le médecin puisse s'intéresser aux pratiques sexuelles de ses patients.

Dans notre étude, comme dans la littérature, voir le patient seul facilitait l'abord de la santé sexuelle. Une proportion de 89,2% des médecins ressentent un obstacle à parler de sexualité avec leur patient quand ceux-ci sont accompagnés de leur partenaire (63). Cette proportion augmente quand le patient est accompagné de sa mère (94,2%).

2.5. Utilisation d'outils pour améliorer la communication

Des répondants jugeaient intéressante l'utilisation d'outils améliorant l'impact de leur communication.

L'utilisation d'un logiciel de recueil de l'orientation sexuelle a permis une augmentation du recueil de cette information et une augmentation du dépistage de la chlamydiae et gonocoque chez les HSH (64).

Selon le baromètre des médecins généraliste de 2009, il est plus facile d'aborder le sujet de la vie affective et sexuelle des patients lorsque les médecins disposaient de questionnaires établis (65).

Le site internet <https://declicviolence.fr/> crée par le département de médecine générale de Clermont Ferrant propose une aide à la prise en charge de femmes victimes de violences conjugales.

Dans la littérature, on peut trouver le modèle des 5 P (Partenaires, pratiques, protection utilisés contre IST, Pregnancy plan (plan de grossesse), Plaisir) pour explorer l'historique sexuel des patients (50).

Il en ressort qu'il existe une multitude d'outils pour faciliter la communication dans le domaine de la santé sexuelle.

2.6. La recommandation d'autres sources d'informations fiables

Les répondants de notre étude recommandaient d'autres sources d'informations fiables à leurs patients pour qu'ils puissent compléter/avoir des informations sûres. Plusieurs sources d'information ont été citées, tel que :

- le site internet « *onsexprime* » <https://www.onsexprime.fr/>, créé sous l'égide de Santé Publique France, à destination des jeunes. On y aborde l'anatomie, les premières fois, le plaisir, la vie affective, la législation et l'égalité ;

- le site internet « *ivg.gouv* » <https://ivg.gouv.fr/> : site du ministère des solidarités et de la santé. On y trouve des informations sur l'IVG, vers qui s'adresser et également un rappel sur la loi. Ce site est à destination de tout public, mineur ou majeur ;
- le planning familial <https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-dindre-et-loire-37> : il propose une écoute, informe et oriente, de façon anonyme et gratuite, sur les sexualités, la vie affective, la contraception, l'IVG, les IST, les violences, les discriminations, le consentement, le plaisir etc. : tout ce qui est en rapport avec la vie affective et sexuelle.

La Fédération Régionale de Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS) dont le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Tours et le Planning familial sont adhérents, a réalisé un document à destination des professionnels du domaine médico-social (66). On y retrouve des ressources fiables à donner au public. On peut citer choisirscontraception.fr qui devient <https://questionsexualite.fr/> (au 18/01/2022) : on y trouve des informations sur les IST, les différents types de contraception, la grossesse, l'anatomie etc.

On peut citer également le site internet <https://www.sexismeparlonsen.fr/> créé entre autres par le centre Hubertine Auclert : centre francilien de l'égalité femmes-hommes qui a créé le Violentometre : un outil de prévention destinée aux jeunes pour mesurer si leur relation amoureuse est basée sur le consentement et ne comporte pas de violence (67). On peut le télécharger en ligne.

2.7. La réflexivité

Les répondants de notre étude n'hésitaient pas à se remettre en question et revoir leur pratique à l'aide de leurs pairs et des recherches bibliographiques. Des répondants mettaient en avant la connaissance de ses propres représentations de la sexualité, qui pouvait être différentes de celles du patient en face. Ceci est également retrouvé dans la littérature (24,50). La capacité à se remettre en question, dans le but d'améliorer ses pratiques reflète la réflexivité des étudiants (68)

2.8. L'aide de pairs / la confraternité

La confraternité avait une place importante dans notre étude, notamment dans l'aide à la prise de décision. Plusieurs répondants ont sollicité leurs confrères en groupe de pratique, leur maître de stage ou ont utilisé les connaissances acquises lors de congrès de médecine générale.

Dans « *la spécialisation informelle des médecins généralistes : abord de la sexualité* », les médecins qui avaient une posture holistique avaient plus souvent participé à des groupes Balint (9).

Les groupes Balint ont été créés par Michael et Enid Balint en 1953 et ont pour objectif l'étude des relations entre le médecin et le patient. Le groupe est composé de médecins mais aussi d'autres soignants. Il est animé par une personne agréée par la société médicale Balint. Ce groupe se distingue des groupes de pairs par le fait que dans les groupes Balint, il existe des règles spécifiques comme la régularité des groupes mais surtout le fait qu'on y aborde la relation médecin-patient de façon psychanalytique (69).

Dans une étude de 2013, les médecins déclaraient que leur participation à un groupe de pairs contribuait à une meilleure application des recommandations de bonnes pratiques (70).

On en déduit que la formation entre confrères est bénéfique dans la communication entre le médecin et son patient. C'est l'objectif des groupes de pairs : améliorer les pratiques (71).

2.9. Des connaissances spécifiques à avoir pour certaines populations

Les répondants jugeaient que connaître les spécificités de certaines populations était importante, notamment chez les personnes âgées chez qui la sexualité était modifiée.

Dans notre étude, un seul répondant (R4) a rencontré un couple de patients âgés ayant des troubles sexuels. Ces patients avaient été vus dans le cadre d'une consultation en sexologie dédiée. En consultation de médecine générale classique, la sexualité des patients âgés est peu abordée. En témoigne le dépistage des IST en baisse chez les patients de plus de 50 ans alors que ceux-ci sont demandeurs (72).

La connaissances de spécificités de certaines populations semblent être importants pour pouvoir leur prodiguer des informations et une prise en charge spécifiques à leur situation.

2.10. La formation dans le domaine de la santé sexuelle

Dans notre étude, seule une répondante avait eu une formation en communication. Aucun de nos répondants n'avait eu de formation spécifique en sexualité.

Les étudiants semblaient avoir déjà acquis des compétences en communication qu'ils ont amélioré grâce à leurs recherches et l'aide de leurs pairs.

Une étude américaine datant de 2021 a expérimentée une méthode de formation en santé sexuelle intitulé PLISSIT-plus basée sur l'utilisation de la méthode PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestions and Intensive Therapy) après une formation au recueil de l'histoire sexuelle du patient (73). Ces cours étaient supervisés par des tuteurs expérimentés en santé sexuelle. Les étudiants en 5^{ème} année recevaient vingt heures de cours en ligne. Ils expérimentaient un jeu de rôle via une webcam où un étudiant jouait le médecin face à un autre étudiant qui jouait le patient. Il en résultait une amélioration nette des compétences de communication et une meilleure performance à aborder la santé sexuelle (73).

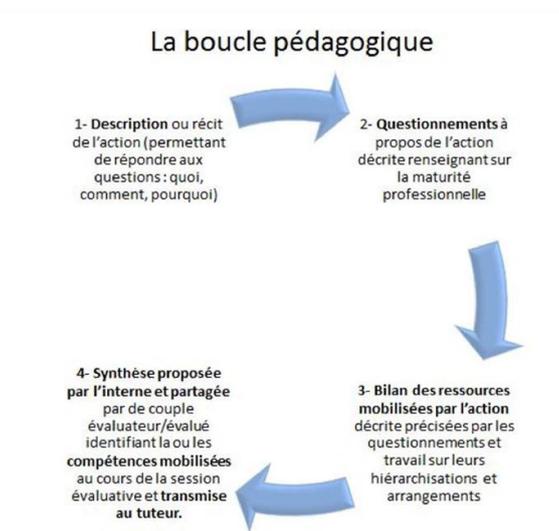
Au vue de ces résultats, une formation des étudiants en médecine en communication en santé en deuxième cycle semblerait éviter la gêne créé lorsque ceux-ci se retrouvent en autonomie pour parler de santé sexuelle en 3^{ème} cycle.

2.11. Les récits : une méthode de constructivisme

L'analyse des traces d'apprentissage dans notre étude semble montrer que c'est une méthode efficace d'apprentissage en 3^{ème} cycle de DES de médecine générale. Les étudiants ont pu mobiliser des ressources pertinentes pour répondre à la problématique posée. A la fin de leurs recherches, ils se sentaient plus à l'aise et confiant pour revivre la même situation.

Les étudiants en 3^{ème} cycle de DES de médecine générale bénéficient d'un apprentissage de type constructiviste par la production des traces d'apprentissage

(68). Le constructivisme est une théorie de l'apprentissage fondée sur l'idée qu'une personne acquière la connaissance par un travail mental (74). Elle repose sur l'hypothèse selon laquelle une personne se construit en réfléchissant sur ses propres expériences, ici les récits d'apprentissage. Cette méthode permet de travailler la réflexivité des étudiants en cherchant à comprendre les raisons du problème rencontré dans la situation puis à explorer les solutions possibles. L'étudiant met par écrit les apprentissages qu'il a acquis puis s'auto-évalue. La remise en question de soi, de ses pratiques ont pour but la construction du professionnel qu'il devient progressivement. Cette réflexivité est représentée par la boucle pédagogique ou boucle d'apprentissage :



Autre principe du constructivisme : l'apprentissage est conditionné par les représentations antérieures à la question traitée car elles influencent les facultés de compréhension du problème, de raisonnement et d'intégration de nouvelles données (75). Dans notre étude, les étudiants ressentaient une gêne à l'abord de la sexualité, qu'ils jugeaient intime ou intrusif. Leur travail de recherche leur a permis de voir cela autrement, la sexualité faisait partie intégrante des sujets médicaux.

Selon le constructivisme, toute interaction sociale - que ce soit entre le médecin et le patient, entre pairs ou entre étudiant et MSU- joue un rôle dans l'apprentissage (75). Par cette méthode, l'étudiant apprend en profondeur à partir des connaissances déjà acquises et va au-delà de l'information nouvelle fournie (76). L'un de nos répondants notifiait qu'il souhaitait poursuivre ses recherches après la réalisation de son récit.

Dans notre étude, les étudiants volontaires semblent maîtriser la pédagogie constructiviste pour améliorer leur compétence communicationnelle dans l'abord de la sexualité avec leur patient.

CONCLUSION

La santé sexuelle recouvre un large champ de sujets qui requiert l'attention du médecin généraliste.

Les étudiants en 3^{ème} cycle de DES de Médecine Générale de la région Centre Val de Loire semblent avoir acquis des compétences communicationnelles qu'ils améliorent en utilisant plusieurs ressources quand le sujet de la santé sexuelle est abordé.

Ils échangent avec leurs pairs lors de groupe de pratique ou leur senior lors de leur stage hospitalier ou MSU en ambulatoire. Ils utilisent également les ressources disponibles sur internet pour compléter leurs recherches. Les résultats de leurs recherches aboutissent à un modèle de communication de type « counseling » prônée par l'OMS.

Afin d'améliorer la relation médecin-patient et créer une atmosphère propice à parler de ce sujet intime, une attitude empathique et bienveillante à l'égard du patient étaient promues par les répondants. Une juste distance pouvait être adaptée selon la situation du patient. Des recherches ressortaient également une remise en question des pratiques, comme différencier ses propres représentations en sexualité de celles du patient.

Les étudiants suggéraient également de trouver un moment propice pour initier le sujet comme lors de la première consultation, lors d'une consultation pour contraception ou encore pour troubles érectiles.

L'utilisation d'outils de communication permettaient aux répondants d'améliorer l'impact de leur communication. Cela pouvait être un questionnaire ou encore la remise d'une information écrite en fin de consultation.

Les répondants donnaient à leurs patients des sources d'informations fiables pour compléter celles données durant la consultation.

Au-delà de l'acquisition de la compétence communication, il s'agit pour les répondants d'améliorer leur savoir être, et de rendre plus aisé l'abord de la santé sexuelle, que ce soit de leur côté ou du côté du patient, en somme un modèle d'apprentissage de type constructiviste.

A l'université de Tours, un centre de simulation a ouvert en 2020 : le MEDISIM (77). Il propose aux étudiants entre autres un enseignement par simulation mais favorise également la recherche en pédagogie. Le programme actuel ne comporte pas de formation spécifique en communication en santé sexuelle (78).

Le développement de la simulation en communication dans la relation médecin-patient en 2^{ème} cycle et plus spécifiquement au sujet de l'abord de la sexualité, pourrait diminuer les difficultés ressenties par les étudiants en autonomie en 3^{ème} cycle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Schlagdenhauffen R. Les Enquêtes sur la sexualité en Europe [Internet]. Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe. 2020 [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <https://ehne.fr/fr/node/12280>
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. COMMUNICATION BRVE RELATIVE LA SEXUALITE: recommandations pour une approche de sant publique. Place of publication not identified: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2016.
3. WHO. Santé sexuelle [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/health-systems-governance>
4. Akers AY, Gold MA, Borrero S, Santucci A, Schwarz EB. Providers' Perspectives on Challenges to Contraceptive Counseling in Primary Care Settings. *J Womens Health*. juin 2010;19(6):1163-70.
5. Zéler A, Troadec C. Doctors Talking About Sexuality: What Are the Patients' Feelings? *Sex Med*. 6 oct 2020;8(4):599-607.
6. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract*. 1 oct 2004;21(5):528-36.
7. Khan A, Plummer D, Hussain R, Minichiello V. Sexual risk assessment in general practice: evidence from a New South Wales survey. *Sex Health*. mars 2007;4(1):1-8.
9. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. *revue exercer* 2008;81:49-51. [Internet]. [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/plainte_sexuelle.pdf
9. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité [Internet]. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-147.htm>
10. Hinchliff S, Gott M, Galena E. GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations--a qualitative study. *Eur J Gen Pract*. juin 2004;10(2):56-60.
11. Moreau C, Trussell J, Bajos N. Religiosity, religious affiliation, and patterns of sexual activity and contraceptive use in France. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. juin 2013;18(3):168-80.
12. Faure O. Médecine et religion : le rapprochement de deux univers longtemps affrontés. *Chrét Sociétés XVIe-XXIe Siècles*. 31 déc 2012;(19):7-17.
13. Zamboni B, Bezek K. Medical students' perceptions and preferences for sexual health education. *Sex Educ*. 4 juill 2017;17(4):371-85.
14. Bartoli S, Grancolin S. Aborder la sexualité masculine en consultation de médecine générale_ attentes, opinions et représentation des hommes. *Exercer*124.

15. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De H, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* [Internet]. 8 mars 2011 [cité 31 oct 2019];141(0910). Disponible sur: <https://smw.ch/article/doi/smw.2011.13178>
16. Santé Publique France. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles>
17. Roncier C. Les chiffres 2019 des IST en France [Internet]. vih.org. 2020 [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://vih.org/20201130/les-chiffres-2019-des-ist-en-france/>
18. HAS. Communiqué de presse: IST, la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes
19. Lot F., Cazein F., Pichon P. Bulletin de santé publique VIH-IST. [Internet]. 2021 [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2021>
20. HCSP. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
21. Buvat J, Glasser D, Neves RCS, Duarte FG, Gingell C, Moreira Jr ED. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: Results of a population-based survey in France. *Int J Urol*. 2009;16(7):632-8.
23. Synthèse rapide. Ampleur et impact sur la santé des discriminations et violences vécues par les personnes lesbiennes, gays, bisexuel·le·s et trans (LGBT) en France. Un état des lieux à partir des données françaises. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021 : 13 p. [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/ampleur-et-impact-sur-la-sante-des-discriminations-et-violences-vecues-par-les-personnes-lesbiennes-gays-bisexuel-le-s-et-trans-lgbt-en-france>
23. SPF. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 17 mai 2021, n°6-7 Stigmatisation des minorités sexuelles : un déterminant clef de leur état de santé (Journée internationale de lutte contre l'homophobie, la transphobie et la biphobie, 17 mai) [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-17-mai-2021-n-6-7-stigmatisation-des-minorites-sexuelles-un-determinant-clef-de-leur-etat-de-sante-journ>
24. Hausermann_-L'impact-de-l'hétérosexisme-sur-la-qualité-de-vie-des-jeunes-LGBT-en-Suisse.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: https://stopsuicide.ch/wp-content/uploads/2017/07/Hausermann_-L'impact-de-lhe%CC%81te%CC%81rosexisme-sur-la-qualite%CC%81-de-vie-des-jeunes-LGBT-en-Suisse.pdf

25. Potherat G, Tassel J, Epaulard O. les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la médecine générale: mentin de l'orientation sexuelle par les patients et impact sur la relation de soin (etude HomoGen). Bull Epidemiol Hebd. 2019;7.
26. Ludlam AH, Saxton PJ, Dickson NP, Hughes AJ. General practitioner awareness of sexual orientation among a community and internet sample of gay and bisexual men in New Zealand. J Prim Health Care. 1 sept 2015;7(3):204-12.
27. Benaddou L. La lettre de l'observatoire des violences faites aux femmes N°17 [Internet]. 2021 [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/focus/donnees-2020-violences-conjugales-et-violences-sexuelles>
28. Communiqué de presse. Violences conjugales : quel rôle pour les professionnels de santé ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante
29. Santos AM, Santos FC dos, Cendoroglo MS. Sexuality and chronic pain in long-lived females: description of interferential factors. Rev Dor [Internet]. 2015 [cité 11 mai 2020];16(1). Disponible sur: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1806-0013.20150010>
30. Laumann EO, West S, Glasser D, Carson C, Rosen R, Kang J. Prevalence and Correlates of Erectile Dysfunction by Race and Ethnicity Among Men Aged 40 or Older in the United States: From the Male Attitudes Regarding Sexual Health Survey. J Sex Med. 1 janv 2007;4(1):57-65.
32. Préservation de la santé sexuelle et cancers, Thésaurus, publié par l'Institut national du cancer, mai 2021.
32. Programme officiel de l'ECN | Exament Classant National Médecine [Internet]. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.fascicules.fr/programme-officiel-ecn>
33. Renoux C. DUMG - Traces d'apprentissage [Internet]. DUMG. Cecile Renoux; [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: <https://dumg.univ-tours.fr/d-e-s-et-stages/stages-et-portfolio-outils-pour-l-interne-et-le-msu-/traces-d-apprentissage/traces-d-apprentissage-661168.kjsp?RH=1537953694641>
35. DUMG Tours, Portfolio 2016-2017
35. Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
36. Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
37. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Vo U M E. :9.
38. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016.

39. Renoux C, Barbeaux. Guide de rédaction des traces d'apprentissage. Département Med Générale Fac Tours. 2018;21.
40. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 12. L'analyse thématique. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Paris: Armand Colin; 2021. p. 269-357. (U; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-p-269.htm>
41. Formation Clean Language | Psynapse | 09 72 26 91 25 [Internet]. Psynapse Formation Hypnose et PNL. 2017 [cité 30 déc 2021]. Disponible sur: <https://psynapse.fr/formation/therapies-breves/clean-language/>
42. Bajos N., Rahib D., Lydie N. Genre et sexualité. D'une décennie à une autre. Baromètre santé 2016. Saint Maurice. Santé Publique Fr. 2016;6.
43. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ*. 6 mai 2000;320(7244):1246-50.
44. Modesto AAD, Couto MT. Erectile Dysfunction in Brazilian Primary Health Care: Dealing with Medicalization. *Am J Mens Health*. mars 2018;12(2):431-40.
45. Abarca-Durán X, Fernández-Medina IM, Jiménez-Lasserrotte M del M, Dobarrio-Sanz I, Martínez-Abarca AL, Fernández-Sola C. Sexuality in Kidney Transplant Recipients: A Qualitative Study. *Healthcare*. 24 oct 2021;9(11):1432.
46. van Ek GF, Krouwel EM, Nicolai MP, Bouwsma H, Ringers J, Putter H, et al. Discussing Sexual Dysfunction with Chronic Kidney Disease Patients: Practice Patterns in the Office of the Nephrologist. *J Sex Med*. déc 2015;12(12):2350-63.
47. Bilardi JE, Sancí LA, Fairley CK, Hocking JS, Mazza D, Henning DJ, et al. The experience of providing young people attending general practice with an online risk assessment tool to assess their own sexual health risk. *BMC Infect Dis*. 12 mars 2009;9:29.
48. Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. *Sex Transm Infect*. févr 1999;75(1):41-4.
49. Kafetsios K, Anagnostopoulos F, Lempesis E, Valindra A. Doctors' emotion regulation and patient satisfaction: a social-functional perspective. *Health Commun*. 2014;29(2):205-14.
50. Pretorius D, Couper I, Mlambo M. Sexual History Taking: Perspectives on Doctor-Patient Interactions During Routine Consultations in Rural Primary Care in South Africa. *Sex Med*. 15 juill 2021;9(4):100389.
51. Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bodenmann P, et al. Access to quality primary care for LGBT people. *Rev Médicale Suisse*. 7 sept 2011;7:1712-7.
52. TARRAGON J, Messaadi N, Martin J, Cottencin O, Bayen M, Bayen S. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale ? [Internet]. *exercer* 2020;159:4-10. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/1306

53. Mikesell L. Medicinal relationships: caring conversation. *Med Educ.* mai 2013;47(5):443-52.
54. Fortini C., Daepfen J-B. Se former à l'entretien motivationnel pour aider ses patients à changer [Internet]. *Revue Medicale Suisse.* 2012 [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-346/se-former-a-l-entretien-motivationnel-pour-aider-ses-patients-a-changer>
55. Kamb ML, Fishbein M, Douglas JM, Rhodes F, Rogers J, Bolan G, et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group. *JAMA.* 7 oct 1998;280(13):1161-7.
56. Henderson JT, Henninger M, Bean SI, Senger CA, Redmond N, O'Connor EA. Behavioral Counseling Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020 [cité 17 janv 2022]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562383/>
57. Nguyen-Thanh V., Haroutunian L., Lamboy B. Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : une synthèse de littérature. [Internet]. 2004 [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/les-dispositifs-efficaces-en-matiere-de-prevention-et-d-aide-a-distance-en-sante-une-synthese-de-litterature>
58. Cherry MG, Fletcher I, Berridge D, O'Sullivan H. Do doctors' attachment styles and emotional intelligence influence patients' emotional expressions in primary care consultations? An exploratory study using multilevel analysis. *Patient Educ Couns.* 1 avr 2018;101(4):659-64.
59. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard Operating Procedures for Taking a Sexual History. *J Sex Med.* 1 janv 2013;10(1):26-35.
60. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Sante Publique (Bucur).* 2007;19(5):413-25.
61. Main CJ, Buchbinder R, Porcheret M, Foster N. Addressing patient beliefs and expectations in the consultation. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* avr 2010;24(2-2):219-25.
62. Patel P, Bush T, Mayer K, Milam J, Richardson J, Hammer J, et al. Routine brief risk-reduction counseling with biannual STD testing reduces STD incidence among HIV-infected men who have sex with men in care. *Sex Transm Dis.* juin 2012;39(6):470-4.
63. Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royen P, et al. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. *Fam Pract.* févr 2003;20(1):11-5.
64. Callander D, Bourne C, Wand H, Stoové M, Hocking JS, de Wit J, et al. Assessing the Impacts of Integrated Decision Support Software on Sexual Orientation Recording, Comprehensive Sexual Health Testing, and Detection of Infections Among Gay and

- Bisexual Men Attending General Practice: Observational Study. *JMIR Med Inform.* 6 nov 2018;6(4):e10808.
65. Gautier A, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
 66. Loire FC-V de, FRAPS Centre-Val de Loire. Techniques d'animation en promotion de la santé [Internet]. Tours: FRAPS IREPS Centre-Val de Loire; 2020. 78 p. Disponible sur: <https://drive.google.com/file/d/1BWHQPUQxRayYoTew8GdX90vaje6Tbwte/view?usp=sharing>
 67. Centre Hubertine Auclert. Outil de prévention des violences Le Violentomètre | Centre Hubertine Auclert [Internet]. [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/outil-de-prevention-des-violences-le-violentometre>
 68. Chartier S, LE Breton JL, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. *exercer.* 2013;24(108):7.
 69. DUMG. DUMG - Les groupes Balint [Internet]. DUMG. [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: <https://dumg.univ-tours.fr/les-groupes-balint>
 70. François P., Philibert A. C., Esturillo G. Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale [Internet]. EM-Consulte. 2012 [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/779540/groupes-dechange-de-pratique-entre-pairs-un-modele>
 71. CABRE C., DESESSARTS Y. Société Française de Médecine Générale : Groupe de pairs® [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: http://www.sfm.org/groupe_de_pairs/
 72. Tillman JL, Mark HD. HIV and STI testing in older adults: an integrative review. *J Clin Nurs.* août 2015;24(15-16):2074-95.
 73. Ross MW, Newstrom N, Coleman E. Teaching Sexual History Taking in Health Care Using Online Technology: A PLISSIT-Plus Zoom Approach During the Coronavirus Disease 2019 Shutdown. *Sex Med* [Internet]. 1 févr 2021 [cité 24 janv 2022];9(1). Disponible sur: [https://www.smoa.jsexmed.org/article/S2050-1161\(20\)30177-X/fulltext](https://www.smoa.jsexmed.org/article/S2050-1161(20)30177-X/fulltext)
 74. Kerzil J. Constructivisme [Internet]. *Érès*; 2009 [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-abc-de-la-vae--9782749211091-page-112.htm>
 75. Bernard J, Reyes P. Apprendre, en médecine (1re partie). *Pédagogie Médicale.* août 2001;2(3):163-9.
 76. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale.* août 2003;4(3):163-75.
 77. Dambrine FP. Centre de simulation régional - Bienvenue au MEDISIM, [Internet]. Centre de simulation régional. Florence Peytour Dambrine; [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <https://medisim.univ-tours.fr/>
 78. Bernard S. Centre de simulation régional - Nos Formations [Internet]. Centre de simulation régional. Sebastien Bernard; [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <https://medisim.univ-tours.fr/nos-formations>

ANNEXE 1 : un relevé de thème d'un récit

2 et de genre féminin, âgée de 26 ans hétérosexuelle, sans croyance religieuse en post internat. Le récit est vécu en 3ème semestre dans le LOIRET (45) au CPEF. pas de formation spécifique en communication ou sexualité

Partie récit :

	Thème	Unité d'information
2-1	Contexte : formation dépistage IST	Interne en début de 3ème semestre, en stage à la PMI/CPEF de Montargis. Ce vendredi qui finit ma première semaine de stage, je suis invitée à participer à une formation pour l'ensemble du personnel du CPEF sur les IST et les techniques de dépistage. Cette formation est animée par une IDE travaillant pour l'association Appui santé Loiret (anciennement Hepsilo) qui consiste en gros en des missions de dépistage et d'accompagnement des patients atteints d'IST (VIH, VHB, VHC etc.)
2-2	Découverte	Lors de cette formation, j'ai l'occasion de prendre connaissance de l'épidémiologie actuelle des différentes IST, de revoir rapidement les principes physiopathologiques, notamment VIH et VHB/VHC, et de découvrir les nouveaux systèmes de dépistage et traitement, notamment les TROD.
2-3	Partage de connaissance	Mais cette formation fut surtout intéressante par le partage d'expérience de situations rencontrées par l'IDE et les membres du CPEF, et également la mise en évidence du décalage entre l'idéal du dépistage et de la prévention des IST versus la réalité de la mise en œuvre.
2-4	Questionne les nouvelles recommandations	La situation qui m'a le plus fait réagir est lorsque le sujet de l'extension du Gardasil aux homosexuels et HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) a été abordé. En effet, c'est bien beau sur le papier d'étendre cette vaccination, mais tout d'abord, j'avoue ne pas connaître les arguments qui ont poussé à cette extension tout d'abord, et surtout, pour pouvoir appliquer cette recommandation,
2-5	S'interroge sur comment faire	encore faut-il connaître l'orientation ou les pratiques sexuelles de son patient ! Et c'est là que mon interrogation principale se pose : comment faire pour aborder ce sujet ?
2-6	A l'aise quand on parle de pathologie sexuelle	J'avoue ne pas trop ressentir d'appréhension ou de réticence pour aborder la sexualité au sujet de la protection/prévention IST/préservatifs ou encore contraception car j'arrive à me raccrocher au côté purement médical de mon intervention
2-7	Malaise quand abord de l'orientation sexuelle	mais je ne pense pas être prête à aborder le sujet de l'orientation ou des pratiques sexuelles, qui me semble plus intime, d'autant plus à l'âge de l'adolescence ou jeune adulte.
2-8	Malaise quand il s'agit d'explorer les pratiques sexuelles	Cette question s'est posée en moi au cours de la formation lorsque pour le dépistage du Chlamydia et Gonocoque, il serait théoriquement recommandé de pratiquer un prélèvement buccale et/ou anale en plus du PV chez la femme ou du 1er jet urinaire chez l'homme en cas de pratique sexuelle génitobuccale ou génito-anale.

Partie recherche : 2/ Comment et dans quelles conditions (instant de vie, moment dans la consultation ...) puis je aborder l'orientation sexuelle et les pratiques sexuelles de mon patient sans paraître intrusive ? Dois-je chercher à le faire systématiquement par ailleurs ? Quels sont les potentiels bénéfices de cette connaissance au sujet de mon patient et risques pour ma relation médecin-patient future ?

	Thème	Unité d'information
2-a	Connaitre ses propres représentations sur la sexualité permet d'être plus à l'aise	- Il faut savoir se positionner soi-même par rapport à la sexualité car parler de la sexualité c'est rentrer dans l'intimité du patient mais c'est aussi faire face à son intimité personnelle. Le principal frein à l'abord du sujet est la perception qu'on a nous-même de la sexualité.
2-b	Voir le patient seul	Voir l'ado seule semble indispensable.
2-c	Avoir un discours inclusif	Dans nos questions, il faut essayer de toujours évoquer les 2 genres et ne pas avoir un discours hétéro normé : par exemple « as-tu un copain ou une copine ? » Mais attention aux mots « copain » ou « copine » qui apporte une connotation sentimentale, certaines personnes pratiquant une sexualité libérée de relation stable, il vaut peut-être mieux adapter son discours et parfois utiliser le mot « partenaire ».
2-d	Poser des questions ouvertes mais orientée permet d'ouvrir la discussion	- Réflexions de questions pour aborder ce sujet : « As-tu des questions à propos de la sexualité ? » ; « As-tu des questions à propos de ton orientation sexuelle ? » → Cela reste des questions fermées, l'ado peut rapidement répondre « non » et clore la discussion, il faut essayer de trouver des questions ouvertes : « c'est quoi la sexualité pour toi ? »
2-e	Profiter des moments clés type demande contraception	Astuces possibles pour aborder la sexualité : passer par la possibilité de faire une ordonnance de préservatifs Eden (rôle du médecin clairement identifié) ou encore profiter d'un moment de prévention en délivrant des messages sur les conduites à risques possibles.
2-f	Avoir un discours non hétérocentrée	Lors du congrès du CNGE de novembre 2018, j'ai assisté à une communication orale sur la santé de la femme dont une présentation sur « Suivi gynécologique des femmes ayant des relations avec des femmes (FSF) ». Lors de la phase de questions/réponses, j'ai pu noter quelques astuces de communication pour aborder la sexualité justement. L'orateur expliquait que pour aborder la question de la vie sexuelle/affective sans faire passer la sensation d'une hétéro-société, dire plutôt « est ce que tu es amoureux(se) ? » ou « avez-vous eu un ou une partenaire sexuel ? » au lieu de « as-tu un copain/une copine ? ». Il donnait également comme astuce pour aborder la sexualité à un jeune 2-âge de s'appuyer sur l'arrivée de la puberté et des questions que celle-ci peut susciter par tous les changements psycho-morphologiques qu'elle implique.
2-i	Afficher clairement son LGBT friendly	- Lors de ce congrès, j'ai également appris l'existence de site internet où on peut se déclarer médecin « gay-friendly ». L'esprit de communauté étant très grand dans ces populations, les patient(e)s savent se communiquer ce genre

		d'information et je pense qu'il est loin d'être inutile de se déclarer sur ce genre de site si on sait qu'on veut et qu'on se sent capable d'aborder ses sujets. → En ce qui me concerne, je souhaite justement ne pas me fermer sur cette question, quitte à m'interroger au préalable dessus comme ici.
2-j	Utiliser les connaissances acquises en congrès	- En ce qui me concerne, je pense être assez ouverte et ne pas avoir de sujet tabou en ce qui concerne la sexualité. J'ai d'ailleurs pu m'exercer à l'abord des pratiques sexuelles lors de consultations au CPEF depuis que j'ai écrit ce récit. En effet, il m'a été nécessaire d'être plus précise dans la connaissance de la pratique de mes patientes. Par exemple, pour aborder le sujet des IST et des risques de grossesse, certaines d'entre elles se déclarent vierges mais en fait elles ont une activité sexuelle sans pénétration vaginale. J'ai dû donc leur demander de préciser ce qu'elle entendait par « vierge » afin de ne pas passer à côté de pratique autre pouvant tout de même être à risque d'IST (par exemple bucco-génitale).
2-k	Préciser les questions	
2-l	Être à l'aise pour expliquer les questions qu'on pose	Ou encore lorsque je demande si elles ont des relations sexuelles, il m'est arrivé d'avoir comme réponse : « c'est à dire ? ». C'est là que j'ai dû expliciter de manière plus détailler ma question en expliquant que par rapport sexuel, je n'entendais pas uniquement des rapports avec pénétration mais toute pratique sexuelle de manière générale aussi bien caresses, avec les mains, bucco-génitale etc.
2-m	Utilisation de mot neutre d'un ton neutre	La première fois que j'ai dû me lancer dans ces explications, je dois avouer que mon discours était hésitant car je recherchais les mots que je pouvais utiliser pour être à la fois claire mais sans paraître vulgaire ou trop « cash » ou trop « porter sur la chose ». Mais au fur et à mesure des tentatives, j'ai constaté que le plus simple et d'appeler les choses par leur noms tout simplement. « Il faut appeler un chat un chat ». J'utilise donc maintenant les mots « pénétration », « rapport/pratique bucco-génital », voire « fellation » ou « cunnilingus » si nécessaires, « rapport anal » etc. ... Evoquer ces mots sans changement de ton ni de gêne apparente est le meilleur moyen pour que cela ne paraisse pas étrange justement. Je pense que le fait de ne pas faire ressentir au patient qu'on est gêné de demander évite d'instaurer une gêne de leur côté pour répondre.
2-n	Ne pas paraître gêné	
2-o	Se préparer aux éventuels questions de légitimité de l'abord du sujet de la sexualité non-pathologie en consultation	- Si jamais un jour le patient me demande pourquoi je lui demande de tels informations, j'ai réfléchi à une possible réponse que je peux lui donner, en m'inspirant de mes recherches pour ma thèse sur les violences faites aux femmes où sur le site « stop-violences-femmes.gov »3 ils expliquent ce qu'on peut répondre lors qu'une patiente se demande pourquoi on lui demande si elle a été victime de violence : « Vous n'êtes pas obligé(e) de me répondre, mais je vous le demande afin de mieux vous connaître et mieux vous prendre en charge, car cela peut avoir une répercussion sur votre santé mentale et/ou physique pour lequel je peux peut être vous apporter mon aide ou des réponses. ». Si je ressens une réticence de réponse ce jour je peux ajouter une phrase du type : « En tout cas, sachez que si vous avez besoin d'aborder ce sujet ou si vous avez des questions à ce sujet, ou un autre sujet d'ailleurs, sachez que vous vous tourner vers moi, il n'y a pas de sujet interdit dans ce cabinet ni de question bête. »
2-p	Montrer qu'on est disponible	Ainsi, même si je n'ai pas de réponse immédiate, je pense laisser une porte que mon patient pourra ouvrir un jour s'il en a le besoin.
2-q	C'est au médecin d'initier le sujet	Plusieurs travaux de thèse montrent que les adolescents se sentiraient plus à l'aise si c'était le médecin qui abordait le sujet de la sexualité. Ils semblent demandeurs d'informations et attendraient de leur généraliste qu'il parle des différents aspects de la sexualité tant médicaux qu'affectifs et relationnels. Il paraît donc nécessaire que les professionnels de santé prennent l'initiative d'orienter les entretiens pour faciliter l'expression et les demandes des adolescents.
2-r	Trouver une phrase d'accroche permet de se sentir plus à l'aise pour introduire le sujet	On trouve dans la littérature internationale quelques questionnaires, prenant en compte la thématique de la sexualité, qui permettent aux médecins d'interroger les adolescents ou parfois même les parents en facilitant leur expression sur le sujet. On peut citer le programme Bright Future de l'American Academy of Pediatrics (qui s'adresse à l'adolescent : « As-tu des questions à propos de sexualité ? » et aux parents : « Quelles discussions avez-vous avec Michelle à propos de sexualité et quelles sont vos valeurs sur ce sujet ? ») → Trouvé et enregistré dans mon ordinateur comme ressource à reconsulter si besoin. - L'objectif de cette thèse est de trouver une phrase d'amorce unique qui serait validée, d'une part par des adolescents garçons (population ici plus spécifiquement visée), d'autre part par des médecins généralistes, et qui permettrait de manière simple d'ouvrir une éventuelle discussion sur la sexualité lors de presque n'importe quelle consultation. - Résultat : Il semblerait donc que l'utilisation de la question : « Est ce que tu as envie de parler de sujets en rapport avec la sexualité ? » pourrait constituer une approche consensuelle pour aborder la sexualité.

ANNEXE 2 : extrait de l'arbre à thème

8. Interroge ses pratiques

- **Comment faire pour entrer dans l'intimité**
 - 2-5 : « encore faut-il connaître l'orientation ou les pratiques sexuelles de son patient ! Et c'est là que mon interrogation principale se pose : comment faire pour aborder ce sujet ? »
- **Questionne l'éthique de la prise en charge**
 - 5-16: *«Cependant je peux difficilement la laisser sur la touche sans prise en charge médicale, et le fait qu'elle se soit confiée à moi permet de me dire qu'elle serait plus à l'écoute si je lui expliquais ce que je souhaiterais qu'elle fasse. Ne serait-ce que pour son traitement, je vois que c'est un vieux traitement qui ne se prescrit plus depuis des années, elle me dit qu'il a été mis en place lors de sa grossesse et est inchangé depuis. Certes il est efficace pour son HTA, mais à quel prix ? Est-il toujours de première intention chez cette dame qui ne semble pas avoir d'autre pathologies ? »*
 - 9-20: *« A posteriori, je me suis demandé si je n'aurai pas dû la laisser dans la pièce. »*
- **Implication de la confraternité**
 - **Cherche à la préserver**
 - 5-18: *«Cependant, je ne me sens pas dans mon rôle de modifier son traitement, que dirait son MT ? Je peux en revanche lui écrire un courrier pour le cardiologue afin qu'il puisse réévaluer et adapter si besoin son traitement. Dans ce cas je ne pense pas que son MT le prendrait mal, même s'il a l'air de ne pas s'en soucier. Il serait peut-être même content que quelqu'un d'autre s'occupe de sa patiente s'il est débordé et n'a que peu de temps à accorder à sa patiente. Je reste toujours confraternel avant tout car je ne connais qu'une facette de l'histoire, j'assume donc le meilleur de lui. »*
 - 7-20: *« J'exécute donc... Je m'en vais chercher un spéculum de vierge. Je redemande encore confirmation à la patiente "vous n'avez jamais jamais eu de rapports c'est bien ça?". »*

ANNEXE 3 : formulaire googleform®

Abord de la sexualité en consultation de médecine générale

Je m'intéresse particulièrement à votre expérience à travers l'analyse d'une trace/ RSCA que vous avez classé dans la famille de situation Sexualité/généralité et la compétence relation/communication.

Toutes les données recueillies seront anonymisées et auront pour seule finalité cette thèse. Il ne s'agit en aucun cas d'apporter un jugement sur votre travail.
Merci énormément pour votre participation

Quel est votre age? *

Réponse courte

Quel est votre genre? *

Réponse courte

Quelle est votre orientation sexuelle? *

Réponse courte

En quel semestre êtes vous actuellement? *

- 1er
- 2ème
- 3ème
- 4ème
- 5ème
- 6ème
- Post internat
- Autre...

En quel stage êtes vous actuellement ? *

Réponse courte

Merci de déposer ici le(s) récit(s)/RSCA concerné(s): famille de situation sexualité/généralité *





En quel semestre avez-vous vécu ce récit ? *

- 1er
- 2ème
- 3ème
- 4ème
- 5ème
- 6ème
- Post internat
- Autre...

Dans quel département avez vous vécu cette situation? *

18 (CHER)

28 (EURE ET LOIRE)

36 (INDRE)

37 (INDRE ET LOIRE)

41 (LOIR ET CHER)

45 (LOIRET)

Où était-ce? *

En libéral

En hospitalier

Autre...

Avez-vous une formation spécifique dans le domaine de la sexualité ? *

Oui

Non

Si oui, laquelle?

Réponse longue

Avez-vous une formation spécifique dans le domaine de la communication ? *

Oui

Non

Si oui, laquelle?

Réponse longue

Vu, le Directeur de Thèse



Dr Delphine Rubé
MSP Bourges-Prado
18000 Bourges
RPPS 10100461846

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

DOCTORAT en MEDECINE

Diplôme d'Etat

D.E.S. de Médecine Générale
Présentée et Soutenue le 17/03/2022
Dépôt de sujet de thèse, proposition de jury,

NOM : RACHIDI

Prénom : Raïssa

Date de naissance : 08/05/1991

Nationalité : FRANCAISE

Lieu de naissance : CHICONI (976, Mayotte)

Domicile :197 rue Victor Hugo, Appt 112, 37000 TOURS

Téléphone : 06 98 52 13 27

Directrice de Thèse : Docteur Delphine RUB 

**Titre de la Thèse : Santé sexuelle : apprendre à l'aborder en consultation de médecine générale.
Etude qualitative de traces d'apprentissage d'étudiants en 3 me cycle du DES de médecine
générale de la région Centre Val de Loire.**

JURY

Président : Professeur Gilles BODY, gynécologie obstétrique, faculté de médecine - TOURS

**Membres : Professeur François MAILLOT, médecine interne, Faculté de médecine-TOURS
Professeur François LABARTHE, pédiatrie, Faculté de médecine – TOURS
Docteur Christelle CHAMANT, médecine générale, CCU, Faculté de médecine –
TOURS
Docteur Delphine RUB , médecine générale, BOURGES**

**Avis du Directeur de Thèse
  Tours, le 2/02/2022**

Signature

 Dr Delphine Rub 
MSP Bourges-Prado
18000 Bourges
RPPS 10100461846

**Avis du Directeur de l'U.F.R. Tours
  Tours, le 3.2.22**

Signature

 **Le Doyen,**
Patrice DIOT

RACHIDI Raïssa

Nombre de pages 80– 1 tableau – 1 figure –2 illustrations- 3 annexes

Résumé :

Introduction : Le sujet de la santé sexuelle est difficile à aborder en consultation de médecine générale pour les médecins et les patients. Devant l'augmentation de l'incidence des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les violences faites aux femmes ou les spécificités des minorités sexuelles, le sujet est prévalant et important en médecine générale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) puis le Haut Conseil en Santé Publique (HCSP) ont émis des recommandations destinées aux formateurs des professionnels de santé afin d'améliorer leurs compétences sur le sujet. Le programme des études en santé en deuxième cycle en France aborde la santé sexuelle du côté pathologique.

Objectif : Explorer comment les étudiants en troisième cycle du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale de la région Centre Val de Loire s'approprient la compétence communication quand le sujet de la santé sexuelle est abordé.

Méthode : Les étudiants ont été recrutés via leur adresse email universitaire et le groupe Facebook® des internes de médecine générale de la région Centre. Une méthode qualitative d'analyse thématique s'inspirant de l'analyse de contenu a été utilisée pour analyser les traces recueillies.

Résultats : Treize récits ont été analysés. Les répondants ressentent de la gêne lorsque le sujet de la santé sexuelle est abordé en consultation. Elle est liée à la pratique de l'examen génital mais également à l'abord de l'orientation sexuelle. Les répondants n'ont pas rapporté de gêne liée à leur genre. Les étudiants améliorent leur compétence en communication par des recherches internet mais également l'aide des pairs. L'utilisation d'outils d'aide à la communication est intéressante. La méthode de type « counseling » semble être la plus adaptée à une meilleure communication en plus d'une attitude bienveillante, empathique et ouverte.

Conclusion : L'analyse des traces d'apprentissage a permis de mettre en lumière les difficultés à aborder la santé sexuelle et les moyens utilisés par les étudiants pour améliorer leur compétence communicationnelle. La recherche bibliographique et l'échange avec les pairs sont les solutions utilisées. Les formations intégrant une approche de type « counseling » pourraient être un complément pertinent, dès le 2^{ème} cycle des études médicales dans la formation à la communication dans l'abord de la santé sexuelle et en général.

Mots clés : médecine générale, santé sexuelle, compétence communication, « counseling », trace d'apprentissage, Récit de Situation Complexe Authentique, analyse thématique de contenu

Jury :

Président du Jury : Professeur Gilles BODY
Directeur de thèse : Docteur Delphine RUBÉ
Membres du Jury : Professeur François MAILLOT
Professeur François LABARTHE
Docteur Christelle CHAMANT

Date de soutenance : 14 avril 2022