

L'avis des médecins traitants sur l'inclusion de la
santé sexuelle dans les programmes médicaux :
Étude Qualitative auprès de médecins généralistes belges
francophones par entretiens semi-dirigés

Travail de fin d'étude - Master de spécialisation en médecine générale
UCLouvain – Faculté de médecine

Promoteur : Dr Pierre-Louis Deudon
Année académique 2022-2023

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
RÉSUMÉ	5
ABRÉVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
CONNAISSANCES GÉNÉRALES.....	8
1. DÉFINITIONS.....	8
2. EN EUROPE.....	9
3. IMPACT DE LA SANTÉ SEXUELLE.....	9
3.1. PRÉVENTION DES IST	9
3.2. LA SANTÉ REPRODUCTIVE.....	10
3.3. VIOLENCE ET DISCRIMINATION.....	11
3.4. TROUBLES SEXUELS	12
4. LA SANTÉ SEXUELLE EN CONSULTATION	13
4.1. CONTEXTE ACTUEL	13
4.2. BARRIÈRES RESENTIES	13
PAR LE PATIENT	13
PAR LE MÉDECIN.....	13
MÉTHODOLOGIE	15
1. REVUE NON SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE.....	15
2. CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE	15
3. CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON.....	16
4. GUIDE D'ENTRETIEN	16
5. INTERVIEWS SEMI-DIRIGÉES	16
6. ANALYSE.....	17
RÉSULTAT	18
1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON	18
2. THÈMES	18

2.1.	« AUJOURD'HUI ET DEMAIN ».....	18
2.1.1.	ÉTAT ACTUEL DES CHOSES.....	18
2.1.2.	RESSENTI DE L'INCLUSION DANS LE PROGRAMME.....	19
2.2.	« QUAND EST-CE QU'ON EN PARLE ? ».....	21
2.3.	« ET LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT ? »	23
2.4.	« QUEL EST NOTRE RÔLE ? »	24
2.5.	« QUELS SONT LES OBSTACLES À COMBATTRE ? ».....	25
2.6.	« L'IMPACT SUR LA PRATIQUE DE GROUPE ».....	28
	DISCUSSION	30
1.	BIAIS DE L'ÉTUDE.....	30
2.	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	31
	CONCLUSION.....	37
	BIBLIOGRAPHIE	38
	ANNEXES	40
1.	CALENDRIER VACCINAL.....	40
2.	SCHÉMA DE PRISE DE LA PREP	40
3.	TABLEAU DE TRANSMISSION DES IST	40
4.	RAPPORT DU GEIMG.....	40
5.	GUIDE D'ENTRETIEN	40
6.	CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ.....	40
7.	RETRANSCRIPTION DES INTERVIEWS.....	40

Remerciements

Premièrement, je tiens à remercier les participants de cette recherche qui m'ont permis de rédiger ce travail via leur temps investi.

Ensuite, je voudrais remercier mes collègues qui m'ont soutenue, écoutée, conseillée depuis plusieurs mois et principalement Alice, Élodie et Alison. Cela change tout d'avoir une oreille qui écoute nos craintes et qui nous rassure.

Je voudrais également remercier ma maman qui me soutient depuis toutes ces années lors de ma formation qui a été longue et sinueuse. De plus étant la littéraire de la famille, elle est derrière toute rédaction que j'ai pu effectuer pendant mes études via sa relecture minutieuse.

Pour finir, je tiens à remercier Briec qui me soutient au quotidien par son écoute, ses conseils et principalement son calme qui me permettent de garder les pieds sur terre.

Résumé

Introduction : La santé sexuelle est un sujet qui suscite de l'intérêt depuis plusieurs années, car on commence à mettre en évidence son importance et sa place dans la prise en charge globale du patient. Malheureusement il reste un sujet encore fort tabou et peu discuté en médecine générale. L'objectif de ce travail de fin d'études est de sonder l'avis des médecins généralistes belges francophones sur la mise en place d'un outil informatique utilisable en consultation afin d'inclure la santé sexuelle dans la prise en charge du patient et de stimuler son abord au premier contact. Pour cela, cette étude va se porter sur l'avis des médecins traitants à l'inclusion de la santé sexuelle dans les programmes médicaux.

Méthode : Une recherche de la littérature a été effectuée en vue d'interroger six médecins généralistes francophones belges par interviews semi-dirigées. Les participants ont été sélectionnés selon leur zone géographique, leur âge, leur genre et leur pratique. Les interviews se sont effectuées en présentes ou distancielles via guide d'entretien. Les données recueillies ont été retranscrites en originalité et analysées par thématique.

Résultats : Cette étude a permis de mettre en évidence l'avis favorables des médecins traitants concernant l'ajout de la santé sexuelle dans les programmes médicaux, leur utilisation actuelle du programme et la forme sous laquelle cet ajout devrait se présenter. Cela a permis également de mettre en avant leur abord actuel de la santé sexuelle, la place du sujet en pratique de groupe, le rôle du médecin traitant dans la prise en charge de la sexualité et les obstacles à cette inclusion dans l'outil informatique.

Discussion et conclusion : Les médecins traitants sont unanimement favorables à l'inclusion de la santé sexuelle dans les programmes médicaux principalement via l'ajout d'un onglet dans les éléments de soins de santé reprenant les caractéristiques principales du patient liées à sa sexualité (genre, pronom, orientation, prise de médicament...). Cette inclusion peut avoir un effet positif sur la fréquence à laquelle les médecins abordent le sujet, sur la prise en charge globale du patient et sur l'inclusivité en pratique de groupe. Cependant plusieurs points importants ont été mis en évidence comme l'importance du secret médical via la forme non exportable dans le sumehr de ces informations, la nécessité d'avoir une modification du lien entre le genre et le numéro de registre national des patients et une inclusion de la santé sexuelle dans les programmes de formations médicales.

Abréviations

- OMS – Organisation mondiale de la Santé
- IST : Infection sexuellement transmissible
- HPV : Human Papillomavirus
- HSH : hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes
- PreP : préexposition prophylaxie
- IVG : interruption volontaire de grossesse
- NISS : Numéro de registre national
- TFE : Travail de fin d'études

Introduction

La santé sexuelle est un sujet qui a attiré mon attention dès mon arrivée en troisième année de master lors des stages de gynécologie aux Cliniques Universitaires Saint-Luc. J'ai réalisé, en effectuant mes anamnèses systématiques lors des consultations, que la question de la santé sexuelle ou du ressenti de la sexualité de la patiente n'en faisait pas partie. J'ai été alors très étonnée d'observer que la plupart des patientes, auprès desquelles j'ai pu creuser le sujet, présentaient des plaintes de tous types, mais principalement de dyspareunie et que celles-ci les catégorisaient de « normales ». La banalisation de ces plaintes impliquait qu'elles n'abordaient que très rarement le sujet d'elles-mêmes avec leur médecin.

Lors de mes années d'études de médecine, j'ai suivi le cours à option de Sexologie clinique avec principalement Mme Alexandra Hubin, qui nous a fait découvrir un aspect de la santé sexuelle qui m'était alors inconnu. C'est le début de mon intérêt pour la sexologie.

Par la suite, lors de mon assistantat en médecine générale et principalement suite au module LGBTQIA+ suivi lors de ma deuxième année, mon ressenti s'est alors confirmé. La santé sexuelle est encore un sujet fort tabou et très peu pris en compte en médecine, par la présence de nombreux obstacles venant des professionnels de santé et des patients eux-mêmes. Je me suis donc penchée sur les études déjà effectuées et sur ce qui pourrait encore être amélioré pour faciliter l'abord de ce sujet plus qu'important dans notre pratique, cela afin d'offrir une prise en charge globale et complète à nos patients.

Mon approche a été de me dire que, nonobstant le manque cruel de formation dans nos études de médecine, il fallait que je trouve une approche pour aider le médecin généraliste lors de sa consultation afin d'aborder le sujet. Dans notre pratique quotidienne, l'objet que nous utilisons le plus est l'outil informatique et principalement les différents programmes médicaux existants. Ce programme nous suit dans la prise en charge du patient, que cela soit via le résumé du dossier médical, la présence de questionnaires, de rappels de vaccination, d'éléments pour la prévention, etc. Il me paraissait être l'élément principal pour commencer l'inclusion de la santé sexuelle. C'est pourquoi j'ai choisi l'inclusion de la santé sexuelle dans les programmes médicaux comme sujet de travail de fin d'études.

Étant donné que j'ai choisi la médecine générale comme spécialisation, mon sujet s'orientera sur l'avis des médecins traitants de Belgique francophone sur l'ajout de la santé sexuelle dans les programmes informatiques.

L'objectif de mon TFE est de savoir si l'inclusion de la santé sexuelle dans les programmes médicaux peut aider le médecin généraliste à aborder plus facilement le sujet en consultation. Ce sujet devrait être abordé avec chaque patient de façon positive en aval de toute pathologie pouvant l'altérer ou lors d'apparition de symptômes en amont. Ce TFE a pour objectif de faciliter cette approche, comme une affiche dans la salle d'attente pourrait stimuler le patient à aborder le sujet avec son médecin traitant. Cet onglet serait là pour rappeler au médecin d'aborder le sujet avec son patient en préventif ou curatif en fonction des pathologies de celui-ci.

Connaissances générales

1. Définitions

Pour commencer, débutons par quelques définitions pour nous éclairer sur ce sujet tout aussi important que complexe :

1) La définition de travail de la **santé sexuelle** établie en 2002 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1) :

“La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité ; il ne s’agit pas simplement d’une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d’infirmité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d’avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libre de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et préserver la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés”.

2) La définition de la **sexualité** selon l'OMS (1) :

“Un aspect central de la personne humaine tout au long de sa vie [qui] comprend le sexe biologique, l’identité et le rôle sexuels, l’orientation sexuelle, l’érotisme, le plaisir, l’intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d’attitudes, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels.”

2. En Europe

Étant donné que la santé sexuelle concerne toutes les personnes (2) et qu'elle contribue au bien-être et à la santé de chacun, les professionnels de la santé publique et les prestataires de services de santé accordent une attention croissante à ce sujet au cours des dernières années (1) (2).

Une grande partie des pays d'Europe se sont engagés dans des plans d'actions pour s'inscrire dans le cadre d'une approche globale prônée par l'OMS (2). Ils ont principalement mis en place des programmes nationaux de promotion et d'éducation ou des centres de santé sexuelle pour répondre à une demande locale.

L'impact du développement et de l'amélioration de la santé sexuelle peut avoir un rôle sur la prévention des grossesses non désirées, des maladies sexuellement transmissibles, sur la prévention et la lutte contre les violences et les discriminations, sur la prise en charge des dysfonctionnements sexuels ainsi qu'une démarche plus large de promotion de la santé et du bien-être sexuel (2).

3. Impact de la santé sexuelle

3.1. Prévention des IST

En Belgique la maladie sexuellement transmissible la plus fréquente est le chlamydia suivi de près par le gonocoque et la syphilis. 3% des patients diagnostiqués avec une IST ont aussi été diagnostiqués pour le VIH (3).

En termes de préventions nous avons plusieurs armes pour nous protéger en médecine générale :

- La vaccination :
 - Vaccin contre **l'hépatite B** : présent dans le schéma vaccinal belge (annexe 1).
 - Vaccin du **Papillomavirus humain** : la vaccination concernait exclusivement les filles à partir de 2011, mais depuis septembre 2019, elle s'est étendue aux garçons également.
 - Vaccin de **l'hépatite A** : à conseiller principalement pour les populations à risque type HSH vu la transmission oro-fécale de la maladie.

- Vaccin contre le **méningocoque C** : présent également dans les communautés homosexuelles principalement dû à un portage naso-pharyngé plus élevé et la possibilité de colonisation urétrale et anale.
- Les dispositifs de protection :
 - Le préservatif masculin
 - Le préservatif féminin
 - Le carré de latex
 - Le gant de latex
- L'utilisation de la PreP (Pre-exposure prophylaxie) : ce traitement de préexposition au VIH consiste en la prise quotidienne ou à la demande d'une pilule en cas de rapport à risque unique non protégé (Annexe 2) (4).
- Dépistage : En fonction des pratiques à risques des patients, ils ont une propension à développer certaines IST (Annexe 3).

Il est conseillé de faire un dépistage tous les 3 à 4 mois en cas de pratiques à risques pour le VIH (en pratique minimum tous les 6 mois).

- Prise de sang : hépatite A, hépatite B, hépatite C, Syphilis, VIH
- Analyse d'urine ou frottis vaginal pour les femmes : gonocoque/chlamydia
- Frottis anal et pharyngé : gonocoque et chlamydia

Au cours de la dernière décennie, nous avons eu une baisse du nombre de diagnostics de VIH en Belgique malgré une légère augmentation de 4% en 2021 (3). La diminution importante de 2020 est liée au confinement et à l'épidémie COVID.

Cette diminution du nombre de diagnostics est en grande partie causée par l'utilisation croissante de ce traitement préventif (PreP).

3.2. La santé reproductive

La santé reproductive prend en compte : la contraception, l'IVG, l'assistance médicale à la procréation, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'accouchement (2). En médecine générale nous sommes principalement confrontés à la prise en charge de la contraception qui est dominée par la contraception orale (45% des femmes de 15 à 49 ans) (2). Les autres types de contraceptions sont le stérilet, les patchs, les injections, les implants et les anneaux vaginaux.

3.3. Violence et discrimination

- Discrimination : considérer comme le fait d'être traité différemment en fonction d'une caractéristique déterminée. La législation anti-discrimination se base principalement sur les critères suivants :
 - **Le sexe biologique** : Dans une société principalement patriarcale, il existe encore une inégalité homme/femme importante. En matière de santé sexuelle, les femmes sont plus à risques de harcèlement sexuel, de violence et d'agression sur leur milieu de travail (2). Il est difficile de quantifier l'atteinte de cette discrimination au niveau de la santé.
 - **L'expression de genre et l'identité de genre** (Homophobie/transphobie) : Le taux de suicide est beaucoup plus élevé dans les populations homosexuelles ou transgenres, dû au risque de dépression important. Ce taux élevé est principalement la cause du rejet sociétal et familial à l'annonce de leur coming out, de leur orientation sexuelle, de leur décision de transition de genre, du harcèlement scolaire... (5)
 - **La grossesse /maternité**
 - Des personnes non autonomes et des personnes handicapées.

Toutes ces catégories de populations ont en général une plus grande difficulté d'accès à des soins médicaux adaptés vu leurs besoins spécifiques en santé sexuelle (problème administratif, formation du personnel insuffisante...).

- Violence :
 - Violence conjugale : elle se manifeste par un ensemble de comportements, d'actes et d'attitudes d'un partenaire à un autre pour instaurer un climat de dominance sur l'autre. Cela peut se traduire par des violences physiques (15% des agressions), verbales (41%), sexuelles et économiques. Ces violences sont interdites par la loi du 24 novembre 1997.

En Belgique, selon l'étude de 2014 de l'Agence des droits fondamentaux, 6% des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un (ex)partenaire et quasi 25 % des femmes se sont fait imposer un rapport sexuel par leur conjoint. (6)

Le rôle du médecin traitant est primordial dans l'écoute et l'aide à la victime de violence.

- Mutilation génitale : l'excision est considérée par l'OMS comme « une intervention aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques ».

Celles-ci sont punissables par la loi en Belgique depuis le 27 mars 2001.

En 2016, on ne comptait pas moins de 70 000 personnes mutilées résidentes en Belgique. (7)

3.4. Troubles sexuels

Dans les troubles sexuels, nous retrouvons les atteintes primaires et les secondaires (2) :

- Troubles sexuels primaires :

- Troubles vrais de l'identité sexuelle

Cela représente une inadéquation entre le sexe biologique (femelle/mâle/intersexe) et l'identité de genre (homme/femme/non binaire).

La difficulté en médecine générale des patients transgenres réside principalement dans les obligations administratives.

Une personne prenant la décision de changer officiellement son genre sur son numéro de registre national et donc sur sa carte d'identité, perdra automatiquement toute couverture via la mutuelle de dépistage du genre opposé. Étant donné qu'il n'est pas obligatoire d'avoir une chirurgie de réassignation de sexe afin de faire ce changement (depuis le 1er janvier 2018), des personnes ayant des sexes biologiques femelles pourraient avoir un refus de remboursement d'un frottis de col HPV par exemple. Et inversement chez une femme transgenre pour un dépistage prostatique.

- Troubles anatomiques : qui ne permet pas un rapport satisfaisant (trouble dermatologique, phimosis, atteintes des muqueuses...).

- Troubles sexuels secondaires

- Troubles organiques : conséquences de maladies chroniques, effets secondaires médicamenteux, ménopause, conséquence d'opération chirurgicale...
- Troubles psychologiques : trouble de libido, consommation de psychotropes ou de médicaments, atteinte esthétique suite à un cancer...

4. La santé sexuelle en consultation

4.1. Contexte actuel

Une étude norvégienne de 2017 met en évidence que sur 1000 consultations effectuées par 22 médecins traitants, le sujet de la santé sexuelle est revenu dans 4% de celles-ci et qu'il était principalement amené par le patient lui-même (8). Pourtant de nombreuses enquêtes ont mis en évidence que la plupart du temps le patient préférerait que cela soit le médecin lui-même qui aborde le sujet (8-9-10-11) en consultation.

Le médecin traitant est considéré par presque 75% de la population comme une source d'information fiable (8-10). Selon plusieurs études (ayant des statistiques différentes), plus de 20% des personnes (sexes confondus) rapportent des difficultés sexuelles (2), mais seulement une minorité en parle réellement à leur médecin de famille.

4.2. Barrières ressenties

Par le patient

Les patients sont les principaux initiateurs du sujet lors de la consultation. Celui-ci est donc abordé principalement si les patients présentent des symptômes.

Cependant, une majorité des patients n'osent pas faire le pas d'en parler avec leur médecin traitant de peur d'être gênés. D'autres barrières sont aussi présentes pour amener le sujet :

- Le genre du médecin : Les patients, principalement les jeunes, ont plus de facilité à parler de sexualité avec un médecin du même sexe (9-10).
- L'âge du médecin : Les jeunes sont plus à l'aise avec un médecin jeune ou d'âge moyen de peur d'être jugé par un médecin plus âgé qu'ils pourraient considérer plus conservateur (10).
- Peur du manque de confidentialité (10)

Par le médecin

On remarque que la santé sexuelle reste parmi les sujets les plus compliqués à aborder en consultation de médecine générale à côté de la consommation d'alcool et l'usage de drogue. Les patients ont souvent du mal à évoquer leurs troubles sexuels avec leur médecin.

Par exemple, seulement 10 à 20% des hommes présentant une dysfonction érectile vont en parler avec leur médecin traitant (2).

Au contraire lorsqu'il s'agit de parler de sexualité aux patients présentant un haut risque cardio-vasculaire, en cas de dépistages de cancers (2) ou chez des patients jeunes (12), les professionnels de la santé ont plus de facilité à évoquer le sujet.

Les barrières principales mises en évidence du côté du médecin sont les suivantes (8-9-13-14)

- Le manque de temps lors d'une consultation et la charge de travail qui rend difficile de faire de la prévention
- Le manque de connaissance sur le sujet
- La peur d'offenser le patient en abordant le sujet
- Le genre opposé du patient
- l'âge : moins à l'aise avec les jeunes patients et les populations âgées
- La présence de tiers à la consultation : épouse, frères et sœurs, parents...

Méthodologie

1. Revue non systématique de la littérature

La recherche bibliographique a été réalisée en français et en anglais sur ces différentes plateformes :

- Base de données : Pubmed, EMBase, Cochrane, Uptodate
- Sur les sites officiels : OMS, Haut Conseil de la santé publique, KCE, Exaequo, Science direct

Certaines données ont été acquises par remontée bibliographique en lisant les références des articles déjà choisis.

Les mots clés principaux utilisés étaient les suivants : santé sexuelle, santé reproductive, médecine générale, médecin généraliste, sexualité, sexual health, general practice, adult, prevention, éducation sexuelle, sexualité, sexual history, contraception.

Plus ou moins 600 articles correspondaient à ma recherche dans les différentes bases de données citées ci-dessus. Seulement une vingtaine ont été retenus via le titre et 8 via la lecture de l'abstract. Aucun article n'a été trouvé parlant de mon sujet précis qui équivaut à inclure la santé sexuelle dans les programmes médicaux. Seulement un article le mentionne dans sa conclusion.

2. Choix de la méthodologie

Pour cette étude, j'ai décidé d'effectuer une **étude qualitative par entretiens semi-dirigés** auprès de médecins traitants. Cette méthode était la plus adaptée pour répondre à la question de recherche. L'étude qualitative cherche à expliquer les comportements, les motivations ou à guider des recherches créatives. D'autre part, les entretiens semi-dirigés permettent d'orienter en partie le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs via le guide d'entretien.

Le sujet de la santé sexuelle étant très personnel en fonction des participants, ce guide me servait de fil rouge au cours de la discussion pour ne pas perdre de vue l'essentiel de l'interview tout en ayant une conversation la plus fluide possible.

3. Constitution de l'échantillon

Le choix de l'échantillonnage des médecins traitants s'est fait en fonction de différents critères pour avoir un échantillon le plus varié possible : intérêt pour la santé sexuelle, formation de sexologie, âge, zone de pratique, genre.

Les différents médecins ont été choisis via les critères cités ci-dessus et contactés par mail ou par téléphone. Sur la dizaine de médecins contactés personnellement, 6 participants ont répondu positivement.

L'arrêt de la constitution de l'échantillon s'est effectué lorsqu'une saturation des données s'est fait sentir dans les réponses des médecins participant à la recherche.

4. Guide d'entretien

Le guide se basait principalement sur 4 thèmes principaux pour structurer la conversation (Annexe 5) : une présentation démographique du participant, la santé sexuelle en générale (dans la pratique), la santé sexuelle en consultation et l'utilisation de l'outil informatique associée à l'inclusion de la santé sexuelle.

La dernière partie du guide d'entretien a été celle que j'ai dû modifier à deux reprises, car j'ai pu remarquer que mes questions n'étaient pas toujours comprises par les participants lorsque je mentionnais uniquement l'utilisation d'outil en consultation. J'ai essayé d'utiliser le plus possible de questions ouvertes lors de l'interview afin d'ouvrir la conversation au maximum.

5. Interviews semi-dirigées

Les interviews se sont effectuées en présentiel ou en distanciel en fonction des préférences des participants et celles-ci étaient enregistrées via téléphone avec accord de ces derniers.

Un consentement éclairé a été donné par papier ou par mail à tous les participants de l'étude afin d'avoir leur signature et accord écrit à participer aux interviews et à la divulgation de leur sexe et de leur genre lors de la rédaction de mon travail (Annexe 6).

Le temps d'interview a varié de 25 minutes à 55 minutes en fonction des médecins et de leur temps disponible. Il leur était demandé de privatiser une heure entière pour l'interview en essayant de ne pas avoir de distraction pendant celle-ci.

Un rappel du sujet du travail leur a été donné avant l'interview avec toutes les modalités d'anonymisation de la retranscription.

Un bref résumé du guide d'entretien leur a été donné avec le fil rouge principal de la conversation (Annexe 5).

6. Analyse

Les interviews ont été dactylographiées depuis l'enregistrement audio avec le plus d'authenticité possible. Les données personnelles des participants ont été anonymisées à l'exception du genre et de l'âge de ceux-ci avec leur accord. Par la suite, j'ai relu le texte pour en faire ressortir des commentaires et des remarques. Je me suis basée sur les verbatim des interviews afin de faire émerger des thématiques pour constituer une méthode d'analyse par catégorie conceptualisante. Ces thèmes ont été utilisés dans la rédaction des résultats et de la discussion du travail.

Résultat

1. Description de l'échantillon

L'échantillon se compose de 6 médecins généralistes : ce tableau reprend leurs caractéristiques de pratique, leur âge, genre, leur patientèle et la présence de formation supplémentaire. Une égalité des genres est présente avec un éventail au niveau de l'âge des participants de 32 ans à 65 ans.

	Âge	Genre	Pratique	Patientèle	Formation de sexologie
1	65	Homme	Rurale, à l'acte, Association	Aisé	Oui
2	32	Femme	Rurale, à l'acte, Association	Mixte (aisé et social)	Non
3	42	Homme	Rurale, à l'acte, Association	Mixte	Non
4	35	Femme	Urbain, à l'acte, Association	Aisé	Oui
5	39	Femme	Urbain, au forfait, Association	Social	Non
6	50	Homme	Urbain, à l'acte, solo	Mixte	non

2. Thèmes

2.1. « Aujourd'hui et demain »

2.1.1. État actuel des choses

La majorité des médecins traitants note les informations pertinentes sur la santé sexuelle dans les commentaires ou en contact lors de la consultation. Deux médecins avaient « créé » une zone dédiée dans leur programme médical.

MG1 : « J'ai un carré dédié aux commentaires où je note les choses importantes sur le patient ou si je dois aborder un sujet avec lui. Par rapport à la sexualité, il faudrait un endroit pour pouvoir le noter. »

MG2 : « Au milieu des consultations, parfois tu rajoutes une note dans les éléments médicaux. »

MG3 : « Je le mets dans le dossier médical normal, en contact. Si c'est un trouble aigu, je le note dans le motif de la consultation par contre si cela a une implication sur la santé (partenaires multiples, transgenre, prise d'hormones...) alors je le note dans les éléments actifs.

MG4 : « Du coup dans la petite fiche de base que j'ai sur le côté j'ai ajouté le sexe et le genre. On pense ajouter avec mes collègues le genre du partenaire. (...) Tout ce qui est sexologique je le note plutôt dans mes notes de consultation de base (...) et cela fait partie des informations que je ne partage pas dans un sumehr. »

MG5 : « ... ils avaient pris la décision de mettre tout ce qui était un peu délicat dans un dossier sur medispring. (...)Du coup, ceci permettait de donner l'information seulement lorsqu'on met la souris dessus et je le mets en non exportable. »

Les informations retenues sont principalement celles qui ont un impact sur la santé et peuvent parfois se retrouver dans les éléments actifs du dossier médical.

MG3 : « Mais si j'ai un patient transgenre, là je vais le noter dans les éléments de soins actifs pour que le suivant le sache. (...) Après l'orientation sexuelle, je ne le note pas dans le dossier. Je devrais peut-être... Je le sais, mais je ne le note pas spécialement. (...) Si j'ai un patient qui a de multiples partenaires de façon exagérée qui peut avoir un impact sur sa santé, cela a encore du sens. (...) si cela a une implication sur la santé (partenaires multiples, transgenre, prise d'hormones...) alors je le note dans les éléments actifs. »

2.1.2. Ressenti de l'inclusion dans le programme

L'unanimité des participants voyait un intérêt à inclure la santé sexuelle dans les programmes médicaux. Cet ajout permettrait selon certains d'influencer la fréquence des questions lors de l'anamnèse de base.

MG1 : « Oui, cela pourrait aider. Il faudrait pouvoir rentrer dans une anamnèse ciblée avec des questions ouvertes qui seraient non jugeantes et qui permettraient d'aller plus loin. »

MG2 : « Quand on voit un patient pour la première fois et qu'on lui pose toutes des questions, cela pourrait permettre d'en parler. (..) L'onglet serait intéressant pour des patients qui ont une sexualité un peu "différente" non cis normé et hétérosexuel... »

MG3 : « C'est sûr que cela serait une avancée. »

MG5 : « Je pense que s'il y avait un item de plus on y penserait plus et qu'on poserait plus la question. »

Plusieurs participants ont donné leur avis sur ce qu'il serait intéressant d'inclure dans les programmes. La majorité explique utiliser les programmes de façon superficielle seulement pour retenir les informations et qu'ils n'utilisent que rarement des questionnaires ou anamnèses spécifiques.

MG 1 : « Si on avait la possibilité de faire venir à l'écran quelques questions plus précises par rapport à un sujet sur lequel on est en difficulté. Cela pourrait nous faire poser les bonnes questions et cela nous aiderait à être plus efficace »

MG2 : « Cela serait intéressant d'avoir un onglet IST. Peut-être pour le patient qui a déjà fait un chlamydia/gonocoque pour revenir plus rapidement vers lui... »

MG3 : « Ou dans l'anamnèse de base, dans le menu déroulant où on a les antécédents médicaux, gynécologiques, familiaux, on pourrait avoir un onglet sur l'orientation ou autres. (...) Je ne me fais jamais aider lors d'une anamnèse par des questions ou questionnaires. »

L'inclusion de ces informations pourrait induire selon leur avis une meilleure inclusion de la patientèle, une meilleure prise en charge globale et une facilité d'agir en préventif au niveau du patient. Seulement un des participants ne voyait pas l'intérêt d'inclure l'orientation sexuelle des patients dans la prise en charge quotidienne.

MG1 : « Il y a deux forces dans la vie éros et thanatos : nous on soigne thanatos toute la journée, mais éros c'est quand même la vie. C'est vrai que la sexualité devrait être abordée plus souvent dans la consultation »

MG2 : « Peut-être que savoir que quelqu'un est en discussion par rapport à son identité pourrait nous permettre d'ajuster le tir et qu'il se sente plus respecté d'un point de vue

médical. (...) Cela peut aider dans le contact avec les patients : ne pas appeler monsieur une personne qui se considère comme une femme. »

MG4 : « Oui, c'est beaucoup plus facile. Déjà, le patient sait qu'il peut parler de tout, que c'est inclusif principalement pour les patients qui ont des pratiques moins "conventionnelles". Aussi je sais ce que je dois investiguer, cela me donne des indices. »

MG5 : « Je trouve que cela serait vraiment important, c'est un manque qu'il y a pour le moment. (...) Je vais plus poser la question du dépistage plus régulièrement et le proposer plus rapidement aussi, rappeler aussi l'utilisation du préservatif, du carré de latex. »

MG6 : « Cela fait partie de l'équilibre des personnes et donc des patients. Pour moi, c'est quelque chose qui fait partie de l'équilibre des gens, de la vie sociale. »

Les avis divergent parmi les participants concernant la priorisation d'une action auprès du médecin ou du patient. Une moitié des médecins estiment qu'une campagne d'informations ou le fait d'afficher des posters dans les salles d'attente seraient la meilleure option. L'autre moitié considère qu'il faut agir sur les connaissances du médecin directement.

MG1 : « Cela serait peut-être intéressant de reprendre cette affiche et de la placer dans les salles d'attente pour voir comment les gens réagiraient. »

MG3 : « Il faudrait limite laisser un mot sur la porte en disant qu'on est disponible pour parler de ça. (...) À mon avis, c'est plutôt de l'information du patient qu'il faut travailler que des outils du médecin pour aller chercher des infos que le patient n'a peut-être pas envie de transmettre. (...) À mon sens ce qui serait le plus efficace ce serait comme les campagnes de prévention pour le burn-out, l'alcool, le tabac... »

MG5 : « Je pense que si tu agis au niveau du médecin traitant et que tu lui donnes des bonnes bases d'informations avec lesquelles il peut travailler et jongler pendant sa consultation, le médecin va d'office plus poser la question... »

2.2. « Quand est-ce qu'on en parle ? »

La majorité des médecins traitants n'aborde pas le sujet de la santé sexuelle dans l'anamnèse de base. Plusieurs ont montré un regret à ne pas le faire. Ils vont principalement attendre que le patient en parle lors de la consultation.

MG2 : « Ce n'est pas un automatisme. Peut-être que cela devrait l'être, mais ce n'est pas encore le cas. »

MG3 : « Quand la personne vient avec ça comme sujet principal de consultation, je peux clairement en parler le temps qu'il faut et revoir le patient si nécessaire.

Ce n'est pas un manque d'intérêt je ne l'aborde pas moi-même avec les gens. (...) Je me dis que probablement il y a un intérêt à poser une question d'ordre sexuelle au sens large ou relationnel/conjugal. Cela va sûrement aussi se libérer un jour, mais effectivement ce n'est pas toujours facile à introduire ».

MG4 : « Les nouveaux patients (...) c'est dans l'anamnèse de base lorsqu'on ouvre le dossier : quel est le genre, le pronom, si enfants, si relation et quel type de partenaire ils ont. »

MG5 : « Quand ? Alors lorsqu'on vient me poser une question de cet ordre-là on va dire. »

MG6 : « Et aussi parce qu'une des questions quasi systématiques que je pose aux femmes c'est de savoir si elles sont enceintes ou pas. (...) J'aime bien savoir surtout si je prescris des médicaments qui sont contre indiqués si grossesse. »

Lors d'un abord en premier contact les patients ont rarement une réaction négative.

MG4 : « Non plutôt de l'étonnement principalement chez l'homme hétérosexuel qui peut avoir du mal à comprendre pourquoi on lui demande ça. »

MG6 : « Non la plupart du temps, les patients ont l'air de ne pas trouver cela choquant du tout... »

De plus, certains médecins expliquent avoir un dossier plus complet si celui-ci est complété directement lors du premier contact.

MG2 : « J'ai l'impression que mes dossiers sont les mieux faits si je les fais directement au premier contact. »

Les médecins abordent plus facilement le sujet de la sexualité avec leur patient en cas de prise de sang, si ceux-ci présentent des facteurs de risques cardio-vasculaires ou en cas de prise de traitements médicamenteux.

MG1 : « ... s'ils cumulent des facteurs de risques cardio-vasculaires alors je leur demande si la sexualité pose problème. Là, j'ai des arguments pour aborder le sujet. (...) Sans plainte, je n'aborde pas facilement le sujet. »

MG2 : « ... S'ils me demandent une prise de sang, je vais leur demander s'ils veulent vérifier les maladies sexuellement transmissibles. (...) Si quelqu'un arrive en burn-out ou en dépression, je vais poser la question de la sexualité parmi les autres de trouble du sommeil et autres. (...) Notamment avec les antidépresseurs, j'ai des patients qui me font un retour de trouble de la libido ».

MG3 : « C'est souvent à l'occasion d'une prise de sang. (...) Il faut qu'il y ait un point d'accroche... »

MG6 : « Se montrer ouvert à cela et peut-être proposer un dépistage de maladies sexuellement transmissibles à l'occasion d'une prise de sang de check up. »

Tous les participants s'accordent sur l'importance du lien thérapeutique pour pouvoir aborder ce genre de sujet sensible.

MG1 : « Plutôt chez quelqu'un que j'ai l'habitude de voir ou chez des gens qui demandent à répétition de contrôler les IST, car ils ont une nouvelle partenaire. (...) Pour que la personne puisse se déposer, elle doit être en confiance. Il doit y avoir une alliance thérapeutique solide et alors à ce moment-là on pourra peut-être aborder le sujet. »

MG6 : « On dit aussi que les patients /patientes sont plus à l'aise dans parler avec leur médecin traitant qui les suit. »

2.3. « Et le consentement éclairé du patient ? »

Le sujet de la sexualité ouvre principalement la question du secret médical. Même si les médecins expliquent que ces informations peuvent jouer positivement sur leur prise en charge, ils sont unanimes sur le fait de ne pas inclure ces informations privées dans le sumehr du patient.

De plus, l'importance du consentement éclairé du patient est revenue maintes fois principalement dans le contexte actuel où il est très facile d'avoir accès au dossier du patient via sa carte d'identité.

MG2 : « Après tout est la question du secret médical : le patient te donne cette information sur son orientation sexuelle, si tu le rajoutes en cours de route vas-tu bien lui demander son autorisation par rapport au sumehr ?(...) Si on a du mal à leur poser la question est-ce que ce n'est pas intrusif d'aller publier ça sur les réseaux et que le simple spécialiste qui verrait le patient une fois aurait l'information. »

MG3 : « A mon avis, il faut simplement le demander. Le sumehr, tu peux contrôler ce que tu envoies. (...) À partir du moment où tu le notes, ton assistant a aussi accès aux données. Rien que déjà chez nous comme on est déjà 13 ! 13 personnes ont déjà accès à cette information-là. (...) Ce n'est pas une donnée de base médicale usuelle comme un patient qui a de l'hypertension (...) Ça touche une sphère un peu plus privée même si cela a un impact sur sa santé mentale ou physique. »

MG4 : « Tout ce qui est sexologique je le note plutôt dans mes notes de consultation de base (...) et cela fait partie des informations que je ne partage pas dans un sumehr. (...) Je suis complètement contre. La personne n'a pas donné son consentement. Cela serait outter la personne contre son gré. (...) Par contre avec son accord je partage les traitements chroniques (...) Je l'indique, car cela me paraît pertinent lors d'une prise en charge en urgence. »

MG5 : « Du coup ceci permettait de donner l'information seulement lorsqu'on met la souris dessus et je le mets en non exportable. (...) Un item serait le bienvenu maintenant je pense que par rapport à tout ça il faudrait poser la question au patient de savoir s'il est d'accord que cela soit exposé ou non. »

MG6 : « C'est très délicat étant donné que c'est la vie privée. (...) Les données plus privées, plus personnelles, plus intimes sont plus délicates à intégrer dans un dossier médical partagé. Parfois trop facilement partagé. »

2.4. « Quel est notre rôle ? »

Lorsque l'on parle de santé sexuelle, les sujets qui reviennent principalement dans le discours des participants sont les troubles sexuels (trouble érectile, éjaculation précoce...), la prévention des IST, le suivi des grossesses et les effets secondaires des traitements médicamenteux. La prise en charge plus spécifique de transidentité dépend principalement de la patientèle.

Les médecins traitants sont en majorité d'accord sur le fait qu'il est important de référer le patient à un sexologue formé lorsque les plaintes ne reprennent pas un des sujets repris ci-dessus.

MG3 : « Si un homme a de gros problèmes au niveau de sa sexualité et que ce ne sont pas de troubles de l'érection, je vais le référer à un sexologue à un moment pour aller au bout des choses. (...) Par contre, le fait d'en parler permet d'aiguiller quelqu'un qui le fera plus facilement. (...) Les gens n'iront pas chez un sexologue spontanément, mais si tu leur dis d'y aller, ils vont le faire »

MG4 : « ... aborder les prises de risques ce qui fait partie vraiment du travail du médecin généraliste. (...) Je dirais que cela pourrait être intéressant de l'inclure pour les médecins généralistes, mais en faisant une distinction de ce qui relève de la médecine générale et de ce qui relève du sexologue.

(...) Donc tout ce qui est préventif, effets secondaires des médicaments et IST cela devrait être plus mis en valeur, mais après tout ce qui est vraiment la santé sexuelle stricto sensu, donner des outils pour ouvrir le sujet et bien réorienter. »

2.5. « Quels sont les obstacles à combattre ? »

Lors des interviews, plusieurs obstacles à aborder le sujet ont été mis en évidence par les participants. L'obstacle principal, amené par la quasi-totalité des médecins est que le genre et l'âge du patient jouent un rôle important dans la facilité d'amener le sujet lors de la consultation. Il est plus compliqué d'aborder la sexualité du patient avec quelqu'un du genre opposé et si l'écart d'âge est important.

MG1 : « Moi je suis un homme et donc je suis beaucoup plus à l'aise avec les problèmes de sexualité masculine. (...) Je suis beaucoup plus à l'aise de parler de sexualité avec des gens de mon âge. Je suis moins à l'aise avec des gens qui ont ton âge. (...) Je pense qu'il y a plus d'obstacle du côté du médecin. »

MG3 : « Les hommes parlent plus facilement de ça avec d'autres hommes. (...) Même parfois des patients d'autres collègues féminines qui viennent chez moi pour des troubles de l'érection. »

MG4 : « ... Je trouve que le plus délicat c'est quand même avec l'âge. Je n'ai pas encore trouvé le bon moyen ou les bonnes techniques pour l'aborder chez mes patients très âgés. Sauf s'il l'aborde spontanément. (...) Oui les fois où je l'ai abordé et que c'était difficile, c'étaient des patients âgés et des patients avec un cancer de la région ano génitale. »

MG6 : « Peut-être que les femmes se confient mieux, plus facilement à une autre femme sur leur sexualité et les hommes différemment. »

Le manque d'inclusion de la santé sexuelle dans les programmes de formation de médecine est un obstacle important principalement via le fait que les médecins ne sont pas toujours à l'aise avec le sujet vu le manque de connaissance. La majorité des médecins qui ont un tropisme pour le sujet font des formations supplémentaires pour s'instruire.

MG1 : « Je pense clairement que c'est une grave erreur »

MG4 : « ... ce sont des questions qui revenaient beaucoup. J'ai eu envie de creuser un petit peu plus la prise en charge de la santé sexuelle. »

MG5 : « Non je ne suis pas à l'aise parce que je trouve que je ne m'y connais pas suffisamment bien. Je me suis formée auprès de Genre pluriels et j'ai encore une formation prochainement pour la spécificité transgenre et intersexe. »

MG6 : « (désir de faire la formation) peut-être parce que c'est une réalité de tout le monde j'ai envie de dire. Et peut-être que je me disais que je n'y suis peut-être pas très ouvert ou sensibilisé. »

De plus, cette formation permet aux patients de savoir que le médecin est apte et ouvert à en parler.

MG1 : « Évidemment quand ils ont vu que j'avais fait la formation de sexologie clinique, ils ont commencé à beaucoup en parler aussi. (...) Il ne dépose pas de la sexualité, car ils ne sont pas sûrs que cela va être bien reçu et que nous médecin on saura le gérer.

MG2 : « ... je voudrais que les patients sachent que j'ai fait une formation de sexologie et qu'ils puissent m'en parler plus librement. »

Le temps de consultation est revenu comme frein à aborder le sujet de façon systématique ou en préventif.

MG3 : « Ce n'est pas que cela ne m'intéresse pas c'est que je ne vais pas chercher l'information chez les gens. J'ai des consultations courtes de 15 à 20 minutes. »

MG5 : « ... comme on n'a que 20 minutes je ne vois pas trop bien où on pourrait rajouter cela. »

La plupart des médecins traitants reviennent avec la même crainte envers le patient qui est d'être intrusif et d'amener un sujet qu'ils ne sont pas prêts à aborder.

MG2 : « Mais j'ai l'impression que parfois on est déjà gêné de poser la question de consommation d'alcool au premier contact alors je ne sais pas si on pourrait demander sur leur orientation ou autre . »

MG3 : « J'ai l'impression que certaines questions vont directement être prises bizarrement. Surtout que ce sont beaucoup de patients de mon âge et de patients que je connais comme j'habite l'entité. (...) Quand tu vois quelqu'un pour la première fois, tu as déjà pas mal de choses à lui demander. C'est déjà très intrusif donc tu te dis qu'encore rajouter une couche et lui demander son orientation sexuelle, c'est de plus en plus intrusif. »

MG6 : « Je pose une question, mais est ce que j'ai vraiment besoin de savoir ça sachant que je ne prescris quand même pas toujours des médicaments contre-indiqués si grossesse. »

La zone géographique et le statut de la patientèle jouent un rôle déterminant dans l'inclusion de la santé sexuelle dans la consultation. La barrière de la langue, de la culture, la présence d'accompagnateurs ont été des freins mis en évidence par les participants.

MG3 : « Je pense que c'est plus des patientèles que tu retrouves en ville. Après il y a des choses que je ne vois jamais. Je n'ai jamais eu de patients HIV en 15 ans. »

MG4 : « ... en tant que médecin traitant on a aussi le mari, le beau-frère, la tante et puis on parle de pleins de choses. »

MG5 : « Ce n'est pas un thème qui est abordé régulièrement par les patients. (...) Le contexte de la patientèle était différent aussi avec une sexualité beaucoup plus ouverte, libérée et du coup le sujet était plus facilement abordé. (...) Ici avec la patientèle où le sexe est plus tabou et où il y a vraiment le côté famille. »

Via le désir d'inclure la santé sexuelle dans les programmes médicaux, des obstacles informatiques ont été mis en évidence. En cas de changement de genre au niveau du numéro du registre national, le patient perd le remboursement d'éventuels actes médicaux coûteux. De plus au niveau des données administratives on peut avoir un écart entre le prénom légal et le prénom officiel, choisi par le patient. Ce problème touche principalement les populations transgenres.

MG4 : « L'option genre et sexe si on ne met pas la même chose cela fait bugger le programme. (...) C'est quelque chose qui ne fonctionne pas encore pour le moment. (...) De plus, il y a la limitation de le faire dans la fiche d'identification du patient (...) si on change le pronom et le prénom, les remboursements mutuelles et les prescriptions ne passent plus. (...) Ce n'est que pour les gens qui n'ont pas changé leur numéro de registre national, mais cela reste une bonne partie des personnes. (...) On va alors perdre le remboursement des frottis de col, d'une interruption volontaire de grossesse, il y a quand même des actes médicaux qui peuvent être coûteux et non remboursés s'il y a un changement de registre national. »

MG5 : « Si ce sont des personnes transsexuelles, je vais mettre le prénom choisi avec l'autre entre parenthèses au niveau de la partie administrative. Du coup, cela ne correspond pas toujours avec les informations de la carte d'identité. »

2.6. « L'impact sur la pratique de groupe »

Les médecins en association mettent en évidence l'apport positif de l'inclusion d'un onglet de santé sexuelle dans le programme médical principalement en cas de soins par un collègue. De plus, il a été relevé via l'obstacle de genre et d'âge des patients qu'une pratique de groupe permet souvent de pallier au problème.

MG1 : « Il faudrait travailler avec les informaticiens pour pouvoir avoir des alertes surtout en pratique de groupe. »

MG3 : « Même parfois des patients d'autres collègues féminines qui viennent chez moi pour des troubles de l'érection. (...) Mais si j'ai un patient transgenre, là je vais le noter dans les éléments de soins actifs pour que le suivant le sache. (...) Je le note pour m'en souvenir et que le suivant puisse comprendre ce qu'il se passe... »

MG4 : « J'ai une grosse patientèle transgenre donc cela permet de clarifier pour mes collègues s'ils ont un doute. »

MG5 : « Tout à fait. Tout d'abord parce que j'ai une mauvaise mémoire, mais aussi parce que je trouve que c'est important. Tous ces détails-là servent à la prise en charge optimale. (...) Moi je pense que je le mettrais d'office en non exportable, mais je pense que dans une pratique de groupe c'est important de le connaître. »

MG6 : « Il choisit expressément un médecin qui n'a pas de suivi avec lui pour ne pas devoir en parler avec son médecin. »

En outre, la connaissance de ces informations permet au patient d'avoir une approche médicale inclusive et induit un environnement sain de prise en charge auprès des différents médecins de la pratique.

MG2 : « Peut-être que savoir que quelqu'un est en discussion par rapport à son identité pourrait nous permettre d'ajuster le tir et qu'il se sente plus respecté d'un point de vue médical. (...) Cela peut aider dans le contact avec les patients : ne pas appeler monsieur une personne qui se considère comme une femme. »

Discussion

1. Biais de l'étude

Toute étude effectuée à l'échelle actuelle présente des biais que je reprends ci-dessous.

Pour débiter, on retrouve le **biais d'attribution** : étant donné qu'une étude qualitative va analyser les comportements et avis des participants, on peut avoir une façon de comprendre ceux-ci qui ne serait pas la même qu'un autre chercheur. L'analyse des réponses est principalement subjective et dépend de mon interprétation.

Ensuite, on peut citer le **biais de sélection** : j'ai personnellement choisi les médecins à interroger afin d'avoir un échantillon hétérogène en fonction de plusieurs caractéristiques (genre, âge, pratique...). De plus, le nombre de personnes interrogées est faible pour avoir une étude significative sur l'avis des médecins traitants francophones belges.

Par la suite, on a le **biais de confirmation** : naturellement, nous avons tendance à privilégier les informations qui confirment notre hypothèse. À celui-ci est lié le **biais d'investigations** qui induit que nous allons avoir tendance à orienter les questions vers la réponse attendue. Afin d'éviter ces deux biais, j'ai essayé de donner le moins possible mon avis lors des interviews et de noter les avis positifs ou négatifs des participants dans les résultats de l'étude.

Lors de la création du guide d'entretien et des interviews, on peut retrouver le **biais de méthodologie** : j'ai écrit toutes les questions utilisées lors des interviews ce qui peut induire une mauvaise formulation de celles-ci et engendrer une réponse attendue. J'ai dû modifier la fin de mon questionnaire à deux reprises, car j'ai réalisé en cours d'entretien qu'elles n'étaient pas comprises et que le participant me disait ce que je voulais entendre.

Pour finir, nous retrouvons le **biais de désirabilité sociale**, car les participants ont toujours tendance à se montrer sous leur meilleur angle et à ne pas montrer des facettes qui pourraient les faire mal voir. Ce biais est principalement présent lors de cette étude étant donné le sujet intime et complexe de la santé sexuelle.

2. Interprétation des résultats

De nombreuses études ont été effectuées sur le sujet de la santé sexuelle par rapport au ressenti des médecins généralistes, des freins mis en évidence à aborder le sujet en consultation ou du ressenti des patients sur le sujet. Lors de ma recherche de littérature, je n'ai trouvé aucun article faisant une étude similaire à la mienne et cherchant l'avis des médecins généralistes sur une action précise de leur pratique pour faciliter la communication patient-médecin sur la sexualité. Ceci induit le manque de matière pour pouvoir comparer les résultats obtenus lors de mon travail.

Dans cette étude, j'ai mis en évidence que la plupart des médecins traitants interrogés notent déjà les informations qu'ils considèrent pertinentes sur la santé sexuelle des patients dans leurs programmes respectifs. Cependant, ces informations se trouvent à des endroits différents en fonction des habitudes du cabinet. Ces données sont principalement notées dans les contacts de consultation ou dans les éléments de soins actifs si ceux-ci ont un impact sur la santé du patient (antécédent chirurgical, prise de traitement chronique...). Il n'y a donc pas d'homogénéité de retranscription de ces informations ce qui induit qu'elles peuvent être compliquées à retrouver dans le dossier médical. Nous n'avons pas toujours le temps en consultation de pouvoir relire le dossier complet de chaque patient en amont, ce pourquoi la majorité des programmes ont dédié un espace prévu pour le résumé du dossier médical.

Lors de l'explication du sujet de l'étude, l'unanimité des médecins traitants avait une réaction favorable à l'ajout de la santé sexuelle dans leurs programmes médicaux et voyait un intérêt à cette inclusion dans leur pratique. Il en est ressorti principalement que cela pourrait permettre une meilleure inclusivité dans la pratique, une prise en charge globale du patient, une augmentation de la prise en charge préventive et que cela pourrait finalement agir sur la fréquence de questions sur le sujet dans l'anamnèse de base.

Dans la littérature, il est montré que ce sont principalement les patients qui abordent le sujet de la sexualité avec leur médecin traitant. Cependant, plusieurs études montrent que la majorité de ceux-ci souhaiteraient que cela soit le médecin lui-même qui l'aborde en consultation (8-9-10-11).

Selon l'étude effectuée par une consœur en Belgique, une grande partie des patients souhaiteraient que la sexualité soit abordée en premier contact par le médecin (16). L'abord lors des prochaines consultations serait alors plus facile.

Cette recherche corrobore cette idée, car les médecins généralistes n'amènent que très rarement le sujet en première intention. Seulement une des participantes avait pris l'habitude de le mettre dans son anamnèse de base ce qui permettait d'avoir des informations sur le genre et la pratique sexuelle du patient pour la suite de la prise en charge, mais également d'ouvrir la discussion lors des consultations suivantes. Deux médecins de l'étude ont mis en évidence qu'ils seraient plus enclins à aborder la sexualité en premier contact si un onglet était présent dans les éléments de soins pour leur rappeler d'en parler.

De plus, les recherches bibliographiques et la réponse des participants à l'étude mentionnée ci-dessus mettent en évidence que les patients sont souvent favorables à la question de la santé sexuelle en premier contact (11-14-16).

Ce point met également en avant un paradoxe entre les attentes du patient et le ressenti du médecin. Un peu plus de la moitié des participants de ce travail craignaient d'être intrusifs envers les patients. Cet argument est une des raisons principales qui explique cette crainte d'aborder le sujet en premier contact ou en préventif sans que le patient n'ait mentionné le sujet. Une étude du Languedoc - Roussillon montre que sur 96 patients interrogés sur leur santé sexuelle lors d'une consultation de routine, 93% ont eu une approche favorable à cette question et que seulement 7% ont trouvés la question malvenue (11). Pour nuancer la situation, la recherche mentionnée ci-dessus de notre consœur auprès de patients belges montrait comme résultat que les patients sont en général favorable à l'abord du sujet, mais qu'il est très important que cela reste une interrogation et non une obligation à parler de sexualité. Il est important de naviguer dans une relation de confiance afin de rassurer le patient sur le non-jugement et le secret médical lié à cette conversation (16). Les deux médecins de notre étude qui abordent le sujet de la sexualité en premier contact expliquaient n'avoir que très peu de retours négatifs à leurs questions. Si c'était le cas, l'explication de la raison médicale derrière ce questionnement rassurait le patient la plupart du temps.

La littérature montre que les médecins ont plus facile à aborder le sujet de la santé sexuelle lorsqu'il y a un point d'appel médical (12-17). Cette hypothèse est validée par ma recherche, car la plupart des médecins ont besoin d'un argument pour aborder le sujet de la sexualité. Ces points d'appels sont principalement la réalisation d'une prise de sang pour parler de MST, d'une prise de traitement antidépresseur ou chez des patients à haut risque cardio-vasculaire.

Les médecins participant à l'étude étaient mitigés sur l'importance actuelle d'avoir une action ciblée au niveau du patient ou du médecin traitant. Prenant en compte les données discutées plus haut concernant le pourcentage de patients initiateurs du sujet en consultation et les résultats de l'étude, il est mis en évidence qu'il faut agir des deux côtés afin d'augmenter les chances d'améliorer la fréquence d'abord du sujet en consultation. Les médecins traitants présentant un manque de confiance ou ne présentant pas de tropisme par rapport au sujet vont avoir tendance à attendre que le patient aborde le sujet ce qui induit qu'une action auprès de ces derniers serait plus bénéfique. Cependant, pour les médecins qui n'ont juste pas pris l'habitude d'inclure ce sujet dans leur anamnèse, ils peuvent trouver un bénéfice via cet onglet principalement par simple rappel.

L'importance de pouvoir le noter à un endroit précis joue également son rôle lors d'une pratique de groupe. De nos jours, les pratiques solos de médecine générale sont moins monnaie courante. Les associations sont de plus en plus fréquentes, mais induisent que les patients ne sont pas toujours pris en charge par le même médecin. Tout cela joue sur l'importance d'avoir un dossier médical le plus complet possible en vue d'une continuité des soins dans la pratique.

Même s'il a été mis en évidence par de nombreux participants qu'il est compliqué de pouvoir parler de sexualité sans lien thérapeutique, certains patients préfèrent aborder ce genre de sujet avec des médecins inconnus (18). Deux médecins de la recherche qualitative ont effectivement expliqué avoir des patients qui venaient expressément chez eux pour pouvoir aborder ce sujet avec lequel il ne serait pas à l'aise de parler avec leur médecin de famille. Il y a plusieurs raisons qui peuvent expliquer cette attitude : le genre du médecin, la gêne du patient, le fait que le médecin soigne le reste de la famille du patient...

Tous ces éléments mettent en avant les avantages de la pratique de groupe : hétérogénéité du genre, de l'âge, des pratiques...

De plus, par ces informations reprises dans le dossier médical et à la portée de nos collègues, on permet une prise en charge inclusive du patient. Le mégenrage de ceux-ci pourrait alors être évité principalement dans les patientèles transgenres.

Pour conclure sur la pratique de groupe, les consultations de médecine générale étant généralement courtes (8-9-13-14-15), les éléments de soins actifs ou les onglets de prévention permettent d'analyser le dossier médical du patient que l'on ne suit pas habituellement de façon plus rapide et efficace.

De cette recherche est aussi ressortie l'importance de différencier le rôle du médecin traitant et du sexologue. Le médecin ayant un rôle principalement curatif ou préventif, il ne s'occupe que très peu de la santé relationnelle du patient liée à sa sexualité.

Les informations à retrouver dans le programme doivent donc corroborer à cette idéologie. Dans un premier temps, cet onglet pourrait donc principalement contenir des caractéristiques du patient (genre, sexe, pronom), des informations relatives sur la prévention des IST (pratique à risque, genre du partenaire...) et des traitements chroniques (prise d'hormones, prise d'antidépresseurs...).

Un des sujets qui est revenu systématiquement chez tous les participants est l'importance du secret médical lors de l'abord du sujet avec le patient. La littérature se base principalement sur le secret médical lié au sujet lors de la consultation et non sur son inclusion dans les programmes médicaux. Il est important pour mettre le patient à l'aise de rappeler ce lien de confiance et le secret médical qui renforce la relation patient-médecin (16-17-18). Lors de cette étude, les médecins généralistes étaient unanimes concernant le caractère privé de la santé sexuelle et sur la nécessité que ces données soient non exportables dans le réseau partagé. Toutes les données reprises dans les éléments de soins actifs du patient peuvent se retrouver dans le sumehr dans lequel est repris l'ensemble minimum des données dont un médecin a besoin pour avoir une vue de la situation médicale d'un patient (19).

Ces données sont collectées via le programme médical du médecin généraliste et sont envoyées sur les réseaux partagés pour faciliter la prise en charge hospitalière des patients. Il est primordial que ces informations soient divulguées si nécessaire et avec le consentement éclairé du patient.

Selon une des médecins de l'étude, la seule information pertinente qui pourrait apparaître dans ce dossier médical partagé serait les traitements chroniques du patient afin de permettre une prise en charge correcte en urgence en cas de prises d'hormones de celui-ci.

Pour terminer cette discussion, plusieurs obstacles ont été mis en évidence par les différents participants à l'inclusion de la santé sexuelle dans les programmes médicaux ou à favoriser ce sujet en préventif en consultation.

Premièrement, au niveau administratif il est actuellement très compliqué d'être inclusif et de favoriser le genre choisi par son patient si celui-ci ne correspond pas au genre repris dans le numéro de registre national. Lorsque nous voulons changer le prénom ou le genre du patient, le système fait un changement automatique de ces données à chaque fois que la carte d'identité est repassée dans le programme. De plus, en cas de changement du NISS, le patient n'est plus éligible pour le remboursement de dépistage de son sexe biologique si celui-ci est différent de son identité de genre.

Pour donner un exemple : un patient homme transgenre ayant toujours un sexe biologique femelle ne serait plus remboursé, en fonction de la mutuelle dans laquelle il se trouve, de dépistage de frottis de col, d'interruption volontaire de grossesse et autres actes médicaux qui peuvent vite coûter cher.

Ce point induit que si l'inclusion de la sexualité du patient est acceptée dans le programme médical il faudrait pouvoir en premier lieu autoriser un genre différent du sexe biologique du patient et avoir une modification au niveau administratif des numéros de registres nationaux pour les populations transgenres ce qui n'est pas encore le cas.

Plusieurs obstacles liés directement au patient ont été également mis en évidence. Pour commencer, plus de la moitié des médecins de l'étude se sentent plus à l'aise de parler de sexualité avec un patient du même genre et d'un âge similaire à lui, ce qui est retrouvé dans la plupart des études effectuées que cela soit du côté du médecin ou du patient (9-10-13-16-17). De plus, en fonction de la zone géographique de pratique et du statut de la patientèle il n'est pas aussi facile d'aborder le sujet en consultation. Les médecins de l'étude ayant une pratique urbaine avec une population transgenre ou jeune sont plus enclins à aborder le sujet de la sexualité en consultation que le médecin de village qui a une patientèle plus « classique » cis normée et hétérosexuelle.

En fonction de la culture du patient, le sujet de la sexualité peut être fort tabou.

On retrouve donc une barrière principalement liée à la zone géographique, à la culture et à la différence de langue. De plus, des études ont mis en évidence que la présence d'accompagnateur lors de la consultation induit que le médecin abordera moins facilement le sujet (14).

Pour terminer, la majorité des médecins mettent en évidence un manque d'inclusion de la santé sexuelle dans les programmes de formation médicale. La plupart ne se sentent pas à l'aise avec le sujet vu le manque de connaissance ce qui les motive à se former par eux-mêmes en fonction de la nécessité dans leur patientèle et de leur tropisme pour le sujet. De nombreuses études ont mis en évidence ce manque d'inclusion dans les études de médecine (8-16-17). De plus, l'ajout de cette formation au niveau de la pratique du médecin traitant peut informer sa patientèle qu'il est enclin à en discuter et à favoriser la discussion. Comme mentionné plus haut, à l'heure actuelle, le sujet est principalement initié par le patient ce qui induit que l'ajout d'une formation de sexologie clinique est également un facilitateur pour aborder la santé sexuelle en informant les patients qu'ils sont les bienvenus pour en parler en consultation.

Cette étude qualitative a pu répondre à la question de recherche sur l'avis des médecins traitants sur l'inclusion de la santé sexuelle dans les programmes médicaux. Même si les données ne peuvent être étendues sur l'ensemble de la Belgique étant donné la petite taille de l'échantillon, cette recherche permet d'ouvrir le questionnement des outils à mettre en place afin de faciliter l'abord de ce sujet si complexe en consultation.

Conclusion

Pour conclure, cette étude rejoint tant d'autres pour mettre en avant l'importance de la santé sexuelle dans la prise en charge et dans la compréhension globale du patient. Cette recherche met en avant le manque de connaissance et de confiance des médecins généralistes à l'abord du sujet, mais qu'ils sont favorables à l'inclure dans leur pratique. Notre point de recherche a été de nous pencher du côté du médecin traitant en cherchant un outil qui pourrait l'aider à aborder le sujet plus facilement et à l'inclure dans son anamnèse de base. Le retour positif des médecins montre que l'inclusion de la santé sexuelle dans les programmes médicaux serait une avancée médicale et une aide à la consultation. Cette aide serait dans un premier temps principalement sous la forme d'un onglet avec les informations pertinentes sur les caractéristiques de la santé sexuelle du patient. Cependant pour que l'augmentation de l'abord du sujet en consultation et l'inclusion dans les programmes soient possibles et complètes, plusieurs points doivent être améliorés comme le manque de flexibilité du programme lorsque le genre du patient est différent de son sexe biologique, une avancée au niveau du gouvernement afin de reconnaître la possibilité d'avoir un genre différent de son sexe biologique au niveau administratif principalement via le numéro de registre national et pour terminer l'importance d'inclure la santé sexuelle comme partie intégrante de la formation des médecins belges. De plus, cette étude met en évidence qu'à l'heure actuelle, il est tout aussi important d'agir au niveau du médecin traitant que celui du patient. Pour que cette recherche soit complète et qu'elle ait un impact, il serait bien sûr primordial qu'une étude de recherche-action soit effectuée pour analyser l'impact réel que cette inclusion de la santé sexuelle dans les programmes médicaux pourrait induire au niveau de notre pratique.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Communication brève relative à la sexualité (CBS) : recommandations pour une approche de santé publique. [Internet]. Genève (Suisse) : OMS; 2015. Report No. : WC 140. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241549004>
2. Haut conseil de la santé publique. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Paris; 2016 mars. (Avis et rapports). Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
3. Sciensano. Surveillance de la santé et des maladies - Infection sexuellement transmissible (IST) - Chiffres. Disponible sur : <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/infection-sexuellement-transmissible-ist/chiffres>
4. Site Exaequo [Internet]. Disponible sur : <https://www.exaequo.be/fr/>
5. Stop suicide. Publication de STOP SUICIDE : le risque de suicide parmi les personnes LGBT [Internet]. Genève (Suisse); Disponible sur : https://stopsuicide.ch/wp-content/uploads/2017/07/Publications_STOP_Suicide_et_LGBT.pdf
6. Amnesty International. Violence conjugale : chiffres sur la violence conjugale [Internet]. Disponible sur : <https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/les-violences-conjugales/article/chiffres-violence-conjugale>
7. Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Violence [Internet]. Disponible sur : <https://igvm-iefh.belgium.be/fr/activites/violence>
8. Audun Vik & Mette Brekke. Do patients consult their GP for sexual concerns? A cross sectional explorative study. 2017;35 : 4:373-8. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29105541/>
9. Archibald Collyer Siobhan Bourke Meredith Temple-Smith. General practitioners' perspectives on promoting sexual health to young men. juin 2018;47 : 6. Disponible sur : <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/june/promoting-sexual-health-to-young-men>
10. Sarah Latreille Archibald Collyer Meredith Temple-Smith. Finding a segue into sex: young men's views on discussing sexual health with a GP. avr 2014;43 : 4. Disponible sur : <https://www.racgp.org.au/ajgp/2014/april/segue-into-sex/>

11. A. Zeler 1, C. Troadec. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. sept 2017;26 (3):136-45. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1158136017300166>
12. Racha Onaisi, MD, Jean-Philippe Joseph, MD, Philippe Castera, MD, Camille Pontgratz, MD. Sexual risk behaviour reduction interventions in primary care in Organization of Economic Cooperation and Development countries. A systematic review. août 2022;39(4):762-70. Disponible sur <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab131>
13. Irina D. Burd MD, PhD , Nicole Nevadunsky MD , Gloria Bachmann MD . ORIGINAL RESEARCH—EDUCATION: Impact of Physician Gender on Sexual History Taking in a Multispecialty Practice. mars 2006;3(2):194-200. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S174360951531314X>
14. George G A Pujalte 1, Isaac I Effiong 1, Livia Yumi Maruoka Nishi 1, Adrianna D M Clapp 1, Thomas A Waller 1. Primary Care Perceptions and Practices on Discussion and Advice Regarding Sexual Practices. juill 2020;113 (7):356-9. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32617598/>
15. SSMG. Causes de résistances au niveau du médecin [Internet]. Société scientifique de médecine générale. Disponible sur : <https://www.ssmg.be/causes-de-resistances-au-niveau-du-medecin/>
16. Fanny Godin. Étude du vécu des patient(e)s de l'abord de la sexualité en médecine générale Étude qualitative phénoménologique par entretiens semi-dirigés. Université libre de Bruxelles; 2019.
17. Nathalie TARTU. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale : Étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Internet]. [Rennes] : Université Bretagne Loire; 2016. Disponible sur : <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/91781ae3-5642-4c7b-a87e-d71fe974443e?inline>

18. BELLATON Noëlie, CHAMBOST Amandine. Quelles sont les difficultés à aborder le sujet de la sexualité en médecine générale ? État des lieux en 2017. Étude qualitative du point de vue des médecins et des patients. [Internet]. [Lyon] : Université Claude Bernard; 2018. Disponible sur :
<http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=229655335&COOKIE=U10178,Klecteurweb,D2.1,E6e671aee-2e4,I250,B341720009+,SY,QDEF,A%5C9008+1,,J,H2-26,,29,,34,,39,,44,,49-50,,53-78,,80-87,NLECTEUR+PSI,R81.244.76.125,FN>
19. e-health fgov. Sumehr [Internet]. Que faisons-nous ? Standards. Disponible sur :
<https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/fr/standards>

Annexes (cfr document joint au TFE)

1. Calendrier vaccinal
2. Schéma de prise de la PreP
3. Tableau de transmission des IST
4. Rapport du GEIMG
5. Guide d'entretien
6. Consentement éclairé
7. Retranscription des interviews