

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N°

THÈSE
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Spécialité : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement

le 18 Octobre 2017

Par Mlle Chloé Cloppet

Née le 8 mai 1986 à Ollioules (83)

Thèse dirigée par Mme Le Docteur Sidorkiewicz, Stéphanie
et M. Le Docteur Bloede, François

PRISE EN CHARGE D'UN SYMPTOME SEXUEL PAR LES MEDECINS
GENERALISTES : LE VAGINISME.

Jury :

Président : M. Le Pr Thiounn Nicolas

M. Le Pr Giuliano François

M. le Dr Bloede François

Mme le Dr Sidorkiewicz Stéphanie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Nicolas Thiounn, vous me faites l'honneur de présider mon jury, je vous en suis très reconnaissante.

A Monsieur le Professeur François Giuliano, vous avez immédiatement accepté de faire partie de mon jury, j'en suis très honorée.

A Madame le docteur Stéphanie Sidorkiewicz, merci pour ton énergie, ta positivité et ta bonne humeur malgré la quantité de travail. Merci de nous avoir transmis avec pédagogie, la rigueur nécessaire à tout travail de recherche.

A Monsieur le docteur François Bloede, merci pour ta bienveillance, tes relectures minutieuses et tes précieux conseils. Tu nous as inspiré ce travail et je t'en remercie sincèrement. Tu nous également transmis l'importance des valeurs humaines et relationnelles essentielles en médecine générale.

A Jérémy, mon compagnon de route pour ce travail. Merci pour ton optimisme et ta zénitude jusqu'à la dernière ligne droite. Et bonne route pour la suite tant au niveau professionnel que personnel.

A François et Charlotte d'avoir partagé cette aventure avec nous et aux merveilleux talents d'actrice de Charlotte.

Merci aux médecins qui ont accepté de participer à ce travail et qui nous ont montré la richesse de ce métier.

Merci à la SFTG de nous avoir accueilli chaleureusement lors de ses réunions et pour son aide pour le recrutement.

TABLE DES MATIERES

Liste des figures.....	5
Liste des tableaux.....	5
ABRÉVIATIONS.....	6
RÉSUMÉ	7
ABSTRACT.....	8
1 INTRODUCTION	9
1.1 L’abord de la sexualité par le médecin généraliste	9
1.1.1 Évolution récente du concept de sexualité	9
1.1.2 Attentes des patient	13
1.1.3 Fonctions du médecin	14
1.1.4 Freins des médecins	15
1.1.5 Comment interroger en pratique	16
1.2 Cas particulier du vaginisme	18
1.2.1 Une nouvelle liberté, de nouvelles difficultés	18
1.2.2 Vaginisme : une définition controversée.....	21
1.2.3 Epidémiologie	23
1.2.4 Caractéristiques	24
1.2.5 Echelle et questionnaire d’aide au diagnostic	24
1.2.6 Causes	25
1.2.7 Retentissement	26
1.2.8 Traitements.....	26
2 OBJECTIFS	30
3 MATÉRIEL ET MÉTHODE	31
3.1 Type d’étude : méthode du patient standardisé	31
3.2 Population de l’étude.....	34
3.3 Mode de recrutement	35
3.4 La SFTG, Société de formation thérapeutique du généraliste	36
3.5 La consultation.....	37
3.6 Analyse du contenu des consultations.....	37
3.7 Description des variables	38
3.8 Analyse statistique	39

3.9	Les considérations éthiques	39
4	RÉSULTATS.....	41
4.1	Description de la population.....	41
4.2	Déroulement des consultations.....	43
4.3	Entretien des médecins.....	43
4.4	Histoire sexuelle.....	45
4.5	Sexualité actuelle	46
4.6	Sexualité dans le couple.....	47
4.7	Caractéristiques des symptômes	47
4.8	Exploration environnementale	48
4.9	Examen clinique.....	48
4.10	Prise en charge.....	50
4.11	Diagnostic	54
4.12	Différences homme femme.....	55
5	DISCUSSION	58
5.1	Principaux résultats.....	58
5.2	Forces de l'étude	65
5.3	Limites de l'étude	66
5.4	Perspectives	67
5.5	Proposition d'interrogatoire.....	67
6	CONCLUSION	70
	BIBLIOGRAPHIE.....	71
	ANNEXE 1 Female sexual function Index (FSFI)	I
	ANNEXE 2 Scénario.....	VII
	ANNEXE 3 Mail de recrutement envoyé aux médecins.....	X
	ANNEXE 4 Échelle CARE en français	XI
	ANNEXE 5 Lettre de révélation de l'identité.....	XIII

Liste des figures

Figure 1. Nombre de partenaires au cours de la vie en 1970, 1992 et 2006	12
Figure 2. Perception de l'homosexualité en 2006 : Pourcentage de personnes considérant l'homosexualité comme normale en fonction de leur âge	12
Figure 3 Personnes ayant expérimenté au moins une fois dans leur vie les pratiques suivantes	20
Figure 4. On peut avoir des rapports sexuels sans l'aimer (pourcentage d'accord)	20
Figure 5. Représentation de son vagin par une femme souffrant de vaginisme.	25
Figure 6. Dilatateur de taille progressive	28
Figure 7. Ce qu'il faut savoir de la pratique sexologique pour l'exercice quotidien, par l'AFU	29
Figure 8. Diagramme de flux	41

Liste des tableaux

Tableau 1 Prévalence du vaginisme	23
Tableau 2. Caractéristique des médecins (n= 40 groupe D, n= 20 groupe V).....	42
Tableau 3. Déroulement de la consultation.....	43
Tableau 4. Entretien des médecins.....	44
Tableau 5. Histoire sexuelle.....	45
Tableau 6. Sexualité actuelle	46
Tableau 7. Sexualité dans le couple	47
Tableau 8. Caractéristique du symptôme	48
Tableau 9. Exploration environnementale	48
Tableau 10. Examen clinique.....	49
Tableau 11. Prise en charge	50
Tableau 12. Comparaison des données intéressantes en fonction du sexe du patient	55
Tableau 13. Comparaison des données intéressantes en fonction du sexe du médecin.....	56
Tableau 14. Comparaison des données lorsque le praticien et le patient ont le même sexe....	57

ABRÉVIATIONS

AFU : Association Française d'Urologie

CSF : Contexte de la Sexualité en France

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DSM-IV : Diagnostic Mental Standard IV

DSM-V : Diagnostic Mental Standard V

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

FSFI : Female Sexual Function Index

FCV : Frottis Cervico Vaginal

GP : General practitioner

HAS : Haute Autorité de Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

WHO : World Health Organization

RÉSUMÉ

CONTEXTE : La sexualité fait partie intégrante de la vie des patients et les médecins généralistes sont en première ligne pour promouvoir une bonne santé sexuelle. Cependant les médecins trouvent souvent difficile d'aborder la sexualité de leurs patients.

OBJECTIFS : Ce travail a pour objectif la description de la prise en charge d'un problème sexuel par les généralistes avec l'exemple du vaginisme, et de l'éjaculation prématurée.

METHODE : La méthode utilisée est celle du patient standardisé. Deux internes ont effectué chacun 20 consultations simulées. Les médecins recrutés étaient des généralistes d'Ile de France, secteur 1 et 2, sans orientation, et ayant donné leur accord.

RESULTATS : Nous avons analysé 40 consultations. Certains aspects de la sexualité ont été bien abordés, comme la notion de plaisir, l'expérience sexuelle et la caractérisation du symptôme. La médiane de l'échelle CARE qui évalue l'empathie était de 32,6, les consultations ont duré en moyenne 19,9 minutes, 24 médecins ont eu une attitude valorisante et le temps de parole accordé au patient était de 34% du temps total de la consultation. D'autres aspects ont été moins bien abordés, comme les pratiques sexuelles, l'orientation sexuelle ou l'orgasme. Nous avons mis en évidence certaines différences de prise en charge en fonction du sexe du patient et sexe du médecin.

CONCLUSION : Ce travail a donc permis d'observer la prise en charge des généralistes concernant un problème sexuel. Il serait bénéfique d'augmenter leur formation sur ces sujets, en les sensibilisant sur leur légitimité à aborder la sexualité en consultation de manière orientée ou systématique, en s'appuyant sur l'attente des patients et sur leur rôle de promotion d'une bonne santé sexuelle.

Mots clés : dysfonction sexuelle, vaginisme, médecins généralistes, patients standardisés.

ABSTRACT

BACKGROUND: Sexuality is an integral part of patient's life and general practitioners are on the frontline to promote a good sexual health. However doctors often find it difficult to approach the sexuality of their patients.

OBJECTIVES: This work aims to describe the management of a sexual problem by general practitioners with the example of vaginismus and premature ejaculation.

METHOD: We use the methodology of the standardized patient. Two interns each have conducted 20 simulated consultations. Recruited physicians comes from Île de France region, sector 1 or 2, with no particular orientation, and have agreed to the study.

RESULTS: We analyzed 40 consultations. Some aspects of sexuality have been well covered, such as the notion of pleasure, sexual experience and the characterization of the symptom. The median of the CARE scale was 32.6, consultations lasted 19.9 minutes on average, 60% of doctors had a rewarding attitude and the time allocated to the patient was 34.86%. Other aspects were less well addressed, such as sexual practices, sexual orientation or orgasm. We have highlighted some differences in management depending on the sex of the patient and the gender of the physician.

CONCLUSION: This work allowed us to observe the management of general practitioners regarding a sexual problem. It would be beneficial to increase their training on these subjects, by sensitizing them on their legitimacy to approach sexuality in an oriented or systematic way, based on patient expectations and their roles to promote sexual health.

Keywords : sexual dysfunction, vaginismus, general practitioner, standardized patient.

1 INTRODUCTION

1.1 L'abord de la sexualité par le médecin généraliste

1.1.1 Évolution récente du concept de sexualité

L'évolution des mentalités autour de la sexualité a été très rapide au cours des dernières décennies.

Cette évolution a été favorisée par différentes avancées :

- l'évolution des connaissances scientifiques sur la physiologie de la sexualité qui ont mis à mal certains concepts erronés des siècles précédents (1)(2).
- l'apparition du féminisme avec le bouleversement des rapports hommes femmes et la remise en cause de la supériorité de l'homme par rapport à la femme (3).
- la découverte de la contraception sous différentes formes qui a permis de libérer les femmes de leur seule fonction biologique reproductive (4).

Jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, la sexualité a comme principale finalité la reproduction, elle est donc majoritairement hétérosexuelle et se pratique principalement au sein d'un couple marié (5). Toute activité s'écartant de cette norme comme la masturbation, l'homosexualité et l'adultère sont proscrites et condamnées. Par exemple en 1968 l'homosexualité est considérée comme une maladie mentale par la médecine française et mondiale et il faudra attendre 1981 en France et 1990 pour l'OMS pour que cela change (6). Sur le plan juridique, c'est en 1982 que la loi française dépénalise l'homosexualité. Tous ces principes sont conditionnés par une société morale et religieuse. Il existe bien-sûr, déjà à cette époque, des hommes et des femmes qui s'écartent de ces normes mais cette sexualité se passe hors mariage, à l'abri des regards, et elle est souvent condamnée par la société.

Au cours du 20^{ème} siècle, la société et ses mœurs évoluent, et elle devient de plus en plus laïque, ce qui entraîne une rupture avec les conceptions morales et religieuses qui conditionnaient l'expression de la sexualité. Ainsi l'apparition de la notion d'égalité homme femme et l'apparition du féminisme vont permettre aux femmes de revendiquer l'accès au plaisir sexuel à l'instar de leurs partenaires (3).

Quelques dates clefs illustrant cette évolution sociétale :

1967 – La loi Neuwirth suspend la loi de 1920 interdisant la diffusion de la contraception et la « Circulaire Fontanet » impose 4h d'éducation sexuelle en classe de 3^{ème}.

1998 – Abrogation de la loi sur les 4h d'éducation sexuelle sur plainte d'associations. Puis rétablissement en 2003.

1979 – La loi Veil dépénalise l'avortement et libéralise la contraception (9).

En parallèle de cette évolution sociétale, l'apparition de la contraception autour des années 60, et du préservatif dans les années 1990, permet de dissocier l'activité sexuelle de la procréation.

Quelques dates clefs de l'apparition de la contraception :

1928 – Invention du stérilet, par Ernst Grafenberg

1930 – Le Pape condamne l'usage de tout contraceptif, même dans le cadre du mariage

1931 – Méthode contraceptive de Kiusaku Ogino

1956 – Invention de la pilule contraceptive féminine par John Rock et Gregory Pincus sous la pression du mouvement féministe (3).

Enfin, plusieurs scientifiques s'intéressent à la physiologie de la sexualité et permettent avec leurs différentes études de mieux connaître la sexualité féminine et masculine.

En 1938, Alfred Kinsey, un zoologue américain décide de faire une étude sur 100 000 hommes et femmes dont il va recueillir les comportements sexuels durant 10 ans. Il en découlera 2 livres *Sexual Behavior in Human Male* et *Female* (1)(7). En 1954, William H. Masters associé à Virginia Johnson lance une étude de grande ampleur sur l'observation de la sexualité humaine. Initialement ils payent des prostituées pour observer le coït puis dans un 2^{ème} temps, ils recrutent des hommes et des femmes volontaires. Ils vont observer et décrire les réactions féminines et masculines et également décrire les problèmes qui peuvent être rencontrés. En 1966 ils publient «*Human Sexual Response*» et en 1970 «*Human Sexual Inadequacy* » (2).

Grace à ces différentes évolutions, la sexualité a un nouveau rôle, elle peut permettre alors de s'épanouir et d'atteindre un état de bien-être physique et psychique (8).

C'est dans ce contexte que l'on voit apparaître la notion de santé sexuelle définie par l'OMS en 1974 : *La Santé sexuelle est « l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, par des voies positivement épanouissantes et qui valorisent la*

personnalité, la communication et l'amour" (9). Avec l'apparition du VIH dans les années 80, le concept de santé sexuelle est révisé par l'OMS en 2000 avec l'introduction de la notion de responsabilité : « La santé sexuelle est l'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonction, de maladie ou d'infirmité. Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus» (10). Cette nouvelle définition renforce le principe de liberté sexuelle, de responsabilité individuelle en matière de gestion et maintien de la santé collective (11). Elle reconnaît l'homosexualité et le droit des femmes à jouir librement de leur sexualité. Il en découle une stratégie de promotion de la santé sexuelle.

La santé sexuelle fait donc, selon l'OMS, partie intégrante de la santé globale de l'individu. Ainsi, au même titre que pour l'alimentation, le sommeil... le médecin doit jouer un rôle de promotion d'une bonne santé sexuelle. Ils deviennent donc légitime pour aborder la sexualité en consultation ou à répondre aux questions de leurs patients (12).

En France, une enquête sur la sexualité (Contexte de la Sexualité en France, CSF) est réalisée entre 2005 et 2006 par des chercheurs de l'INSERM, Nathalie Bajos et Michel Bozon. Elle met en évidence certaines évolutions, par exemple, l'augmentation du nombre de partenaires dans la vie d'une femme ou la perception de l'homosexualité (cf. graphiques ci-dessous) (13). Une autre enquête, réalisée en 2011 sur 3400 femmes par un sexologue français Philippe Brenot, confirme cette tendance. En effet, 68% des femmes déclaraient avoir déjà pratiqué la masturbation et les femmes ont en moyenne 10 partenaires dans une vie contre 14 pour les hommes alors qu'en 1970, 46% des femmes n'avaient eu qu'un seul partenaire qui était leur mari (14).

Graphique de l'enquête CSF :

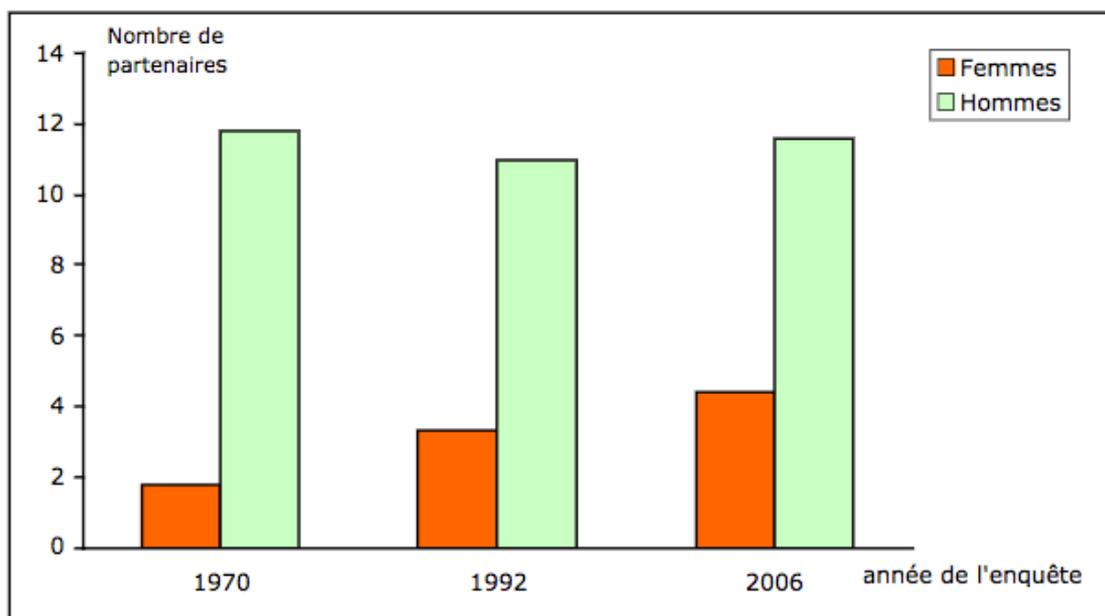


Figure 1. Nombre de partenaires au cours de la vie en 1970, 1992 et 2006

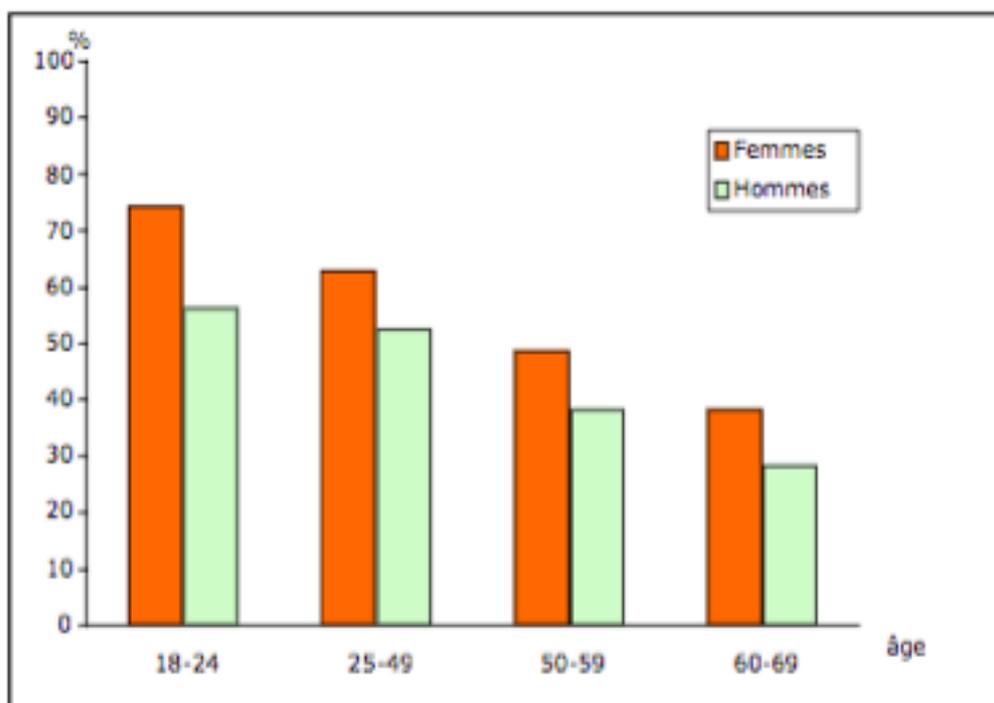


Figure 2. Perception de l'homosexualité en 2006 : Pourcentage de personnes considérant l'homosexualité comme normale en fonction de leur âge

1.1.2 Attentes des patient

La plupart des patients trouvent naturel d'être interrogés sur leur sexualité au cours d'une consultation médicale (15). Ils estiment que la sexualité fait partie de leur santé globale et qu'elle joue un rôle important dans leur vie. Par exemple, une étude publiée en 2007 dans le Journal of Sexual Medicine montre que seulement 7% des femmes interrogées rapportent avoir été questionnées à ce sujet par leurs médecins alors que 32% d'entre elles aimeraient pouvoir en parler (16).

Les patients trouvent essentiel que les médecins soient des personnes neutres qui ne soient pas impliquées dans leur vie privée. Ils attendent des médecins une absence de jugement et une ouverture d'esprit. Ils se sentent en sécurité pour parler de leur intimité car les médecins sont liés au secret professionnel (17). De plus, parler de leurs problèmes permet de les soulager et de lutter contre la stigmatisation. Ainsi, ils estiment que les médecins peuvent leur apporter une solution et qu'ils sont les interlocuteurs idéaux pour parler de leurs problèmes sexuels. Cependant ils ont du mal à aborder le sujet et trouvent plus facile quand c'est le médecin qui fait le premier pas (17). Selon les patients, il est important que les médecins ne soient tout de même pas trop intrusifs et leur laissent le choix d'en parler ou non.

En sachant que même si les patients ne souhaitent pas en parler, il est très positif qu'ils sachent que le médecin est à l'écoute s'ils le souhaitent (15). Concernant un sujet si délicat, ils attendent des médecins une attitude empathique et une relation de confiance.

Cependant, malgré ce besoin et cette envie des patients, les différentes études montrent que les personnes atteintes de problèmes sexuels consultent très peu leurs médecins. D'après l'étude GGSB, 19 % des femmes ont cherché de l'aide auprès d'un professionnel de santé et selon l'enquête CSF, seules 20,6% ont consulté un médecin.

Les principales causes évoquées par les patients concernant l'absence de consultation sont :

- les problèmes sexuels sont normaux avec l'âge
- les problèmes sexuels n'ont pas d'importance
- les problèmes sexuels ne relèvent pas de la médecine (13)(18).

En France, le gynécologue est le premier professionnel de santé consulté par les femmes quel que soit le type de problème sexuel puis c'est le médecin généraliste (18).

1.1.3 Fonctions du médecin

Entre l'attente et le besoin des patients concernant l'abord de la sexualité, et la validation de son rôle par les autorités scientifiques, le médecin a une place centrale pour aborder la sexualité en consultation et promouvoir une bonne santé sexuelle. Il a pour cela différentes fonctions :

- éducation, prévention : les études épidémiologiques en France retrouvent un taux non négligeable d'IST et certaines comme la syphilis, le gonocoque et le chlamydia sont même en recrudescence (19). De plus, alors que la consultation gynécologique est gratuite et en libre accès pour les mineurs dans les plannings familiaux, le taux d'IVG en France reste stable depuis 2006 avec 14,4 IVG pour 1000 femmes par an (20)(12). Enfin, malgré une éducation sexuelle inscrite au programme scolaire depuis 1973 (4 heures en classe de 3^{ème}), les hommes et les femmes connaissent encore très mal leur anatomie. Par exemple dans une thèse de médecine générale où les femmes devaient placer les principales légendes d'un schéma d'anatomie féminine (anus, petites et grandes lèvres, clitoris, méat urinaire, vagin, pubis), seules 21% arrivaient à tout retrouver (21). Il reste donc au médecin généraliste encore un travail d'éducation sexuelle concernant l'anatomie, la physiologie, la prévention des IST et des grossesses non désirées. Les médecins généralistes sont donc au premier plan dans la promotion d'une bonne santé sexuelle avec par exemple la prise en charge et le dépistage des IST et la prescription de la contraception (ils prescrivent $\frac{3}{4}$ des pilules contraceptives en Angleterre selon une étude anglaise) (15).
- droits sexuels : les médecins généralistes ont également un rôle d'information sur le respect des droits sexuels (égalité homme femme, respect des différentes sexualités...), de lutter contre tous les préjugés et les discriminations liés à la sexualité (sexisme, homophobie...) et de dépister les violences sexuelles (viol, agression, mutilation...) (22)(9).
- dépistage et prise en charge des troubles sexuels : il existe un nombre important de patients souffrant de dysfonctions sexuelles. En effet, 40% des femmes se plaignent de troubles sexuels. La plupart des études montrent que les personnes ayant un problème sexuel mettent plusieurs années avant de consulter (18)(23). Les médecins généralistes ont donc un rôle essentiel dans le diagnostic et la prise en charge de ces

troubles. En effet, il existe différentes occasions pour aborder ces problèmes : de manière orientée lors d'une consultation de contraception, lors d'une grossesse, lors d'un examen gynécologique, d'un renouvellement de traitement pour la tension... ou encore de manière systématique par exemple lors du recueil des antécédents ou de l'examen clinique. Selon leurs formations, les médecins peuvent alors prendre en charge ces problèmes ou adresser ces patients plus précocement à des spécialistes.

1.1.4 Freins des médecins

Cependant, une grande partie des médecins trouvent encore difficile de parler de sexualité en consultation et une grande partie des opportunités de prévention et d'éducation sont manquées. La sexualité a évolué très rapidement au cours du dernier siècle mais il persiste encore des freins et des tabous autour de celle-ci que l'on retrouve chez les médecins.

Les freins principaux évoqués selon les études épidémiologiques sont : (23)(12)(24)

- le manque de temps
- le manque de solution
- le manque de formation
- la gêne à aborder l'intimité de leurs patients
- leur propre gêne à aborder la sexualité qui reste un sujet personnel et qui fait appel à leur personne globale, leur identité personnelle, leurs expériences et leurs représentations
- un sentiment de manque de légitimité à aborder des sujets peu abordés et peu maîtrisés
- une diversité de la prise en charge et l'absence de consensus avec des thérapies jugées inefficaces
- une prise en charge complexe globale avec une réponse ayant une grosse partie non biomédicale

Ces freins semblent majorés par les différences culturelles, générationnelles, la différence de sexe et d'éducation, le statut marital (23).

1.1.5 Comment interroger en pratique

En médecine générale, la qualité de la relation médecin-malade est un facteur déterminant pour la prise en charge des patients. Une des pierres angulaires de cette relation est l'empathie qui consiste, pour le médecin, à considérer le patient dans sa globalité et à s'intéresser d'avantage à son point de vue. La définition clinique de l'empathie selon Hojat est : « *un attribut cognitif qui implique, d'une part, la capacité à comprendre la perspective du patient et comment ce dernier ressent les expériences et, d'autre part, la capacité à communiquer au patient cette compréhension* » (25).

Les principes de l'empathie médicale repris dans l'échelle CARE sont :

- Mettre à l'aise le patient
- L'écouter et laisser parler
- S'intéresser au patient dans sa globalité
- Positiver et valoriser
- Favoriser l'autonomie et établir un plan d'action
- Expliquer clairement
- Montrer de l'attention et de la compassion
- Comprendre les problèmes du patient (26)

L'échelle CARE est une échelle hétéro-évaluative qui mesure l'empathie des praticiens et des étudiants en consultation. Elle a été créée en 2004 par un médecin du département de médecine générale d'Edimbourg, le Dr Mercer. Une version pilote en français, traduite à partir de la version anglaise, a été créée par le département de médecine générale de Grenoble en 2012.

Une relation médecin-malade empathique augmenterait la satisfaction du patient, son observance au traitement et diminuerait son anxiété. Elle favoriserait aussi un meilleur partage des informations importantes et son autonomie. Une méta-analyse canadienne confirme que la communication entre le médecin et son patient a un impact positif sur sa satisfaction et sa santé (27). Pourtant les médecins ne sont pas toujours de très bons communicants et pour certains médecins il est difficile de laisser parler le patient. Par exemple dans une étude américaine étudiant 300 consultations chez 29 médecins de famille en 1995-96, les médecins interrompaient leurs patients en moyenne après 23,1 secondes de discours libre (28).

Pour favoriser cette relation empathique il existe des méthodes issues de la communication.

- Communication non verbale :
 - laisser des silences
 - se positionner assis face au patient avec une posture droite
 - montrer des expressions du visage, des hochements de tête, des mimiques pour encourager le patient à continuer
 - mettre une distance physique pas trop importante avec le patient
 - garder le contact visuel

- Communication verbale :
 - poser des questions ouvertes
 - encourager le patient à être narratif par des expressions verbales courtes (je vois, continuez, racontez moi...)
 - paraphraser ou répéter les derniers mots toujours pour encourager le patient à parler
 - reformuler, soit en paraphrasant, soit en reprenant les idées du patient avec les mots du médecin, soit en restituant une émotion exprimée
 - clarifier et résumer (29)

1.2 Cas particulier du vaginisme

1.2.1 Une nouvelle liberté, de nouvelles difficultés

La sexualité féminine a subi une évolution récente en lien avec l'évolution globale de la sexualité (5) et elle qui était auparavant tributaire de ses fonctions biologiques aspire à de nouvelles fonctions et de nouveaux besoins comme l'expression du désir et la déculpabilisation du plaisir (3). La femme a donc droit d'accéder au plaisir mais le plaisir féminin est une entité complexe et il n'est pas toujours naturel ou inné, il nécessite parfois un apprentissage. Par exemple, lors du premier rapport sexuel, seules 36,9% des femmes estiment avoir ressenti du plaisir et seulement 6,4% d'entre elles atteignent l'orgasme (contre 76,2% pour les hommes) (14).

Cependant, la sexualité féminine reste conditionnée par plusieurs centaines d'années d'idées reçues et fausses croyances (18). S'ajoute à cela la « *tyrannie du plaisir* » qui est l'injonction de la société à jouir toujours plus. En effet la société actuelle valorise l'épanouissement sexuel, l'accès au plaisir et à l'orgasme jusqu'à le rendre même indispensable pour être en bonne santé (30). Or les études récentes (13) (14) des comportements sexuels en France montrent qu'il reste un décalage entre ces normes et la réalité. En effet, il reste encore 3,5% des femmes qui n'ont jamais eu d'orgasme au cours de leur vie sexuelle et les femmes, ont en moyenne 1 orgasme sur 5 rapports selon l'étude de Brenot sur la sexualité féminine (14).

Ainsi des difficultés sexuelles peuvent apparaître en réaction aux normes érigées par cette nouvelle société et à la difficulté de s'y conformer. Selon l'enquête de Brenot, pour un tiers des femmes, la sexualité reste difficile.

Ces difficultés n'épargnent pas la sexualité masculine. L'homme a maintenant un objectif de performance, il doit satisfaire sa partenaire pour être un bon compagnon. Or la révolution sexuelle du 20^{ème} siècle n'a pas fait disparaître l'asymétrie entre les sexes, comme le montrent les différentes enquêtes récentes sur la sexualité (5). Les sexualités féminine et masculine ne sont pas identiques sur bien des points en terme de physiologie et de besoin et il n'est donc pas toujours facile de trouver du plaisir en même temps (31). Par exemple la durée de la phase d'ascension du plaisir jusqu'à l'orgasme est souvent plus courte chez l'homme et nécessite donc à l'homme un apprentissage du contrôle de son plaisir pour être en adéquation avec le plaisir de sa partenaire. L'autre exemple de cette différence est la masturbation et

donc la découverte de son corps. En effet, l'exploration de la sexualité avant les rapports par la masturbation reste beaucoup plus fréquente et précoce chez les hommes. En effet, 72,9% des femmes déclarent s'être masturbées avant le 1^{er} rapport contre 94,2% des hommes (31)(13).

L'autre changement est la modification des rapports hommes femmes. La femme n'est plus considérée comme inférieure au sein du couple et elle est à égalité avec l'homme y compris lors des rapports sexuels (5). Ainsi, l'identité masculine se modifie et les hommes deviennent plus ouverts, mais aussi plus fragiles. Ils doivent se construire une nouvelle identité plus en adéquation avec les modifications identitaires de leurs partenaires. Malgré un besoin sexuel permanent (63 % des hommes estiment que leur activité sexuelle est insuffisante, 42 % des hommes se masturbent plus de deux fois par semaine), les hommes sont plus à l'écoute, plus attentifs à leurs partenaires y compris dans l'acte sexuel et on voit apparaître des hommes plus romantiques, plus tendres, plus sensibles (92 % des hommes vivant en couple se disent amoureux de leur compagne et 54 % des hommes placent le couple comme la première valeur, devant la famille (31 %) et le travail (11 %)). La représentation habituelle de l'homme macho se dissipe et certains hommes le perçoivent comme une atteinte à leur virilité et sont parfois désarçonnés.

Quelques exemples des différences de perception de la sexualité entre les hommes et les femmes (enquête CSF) :

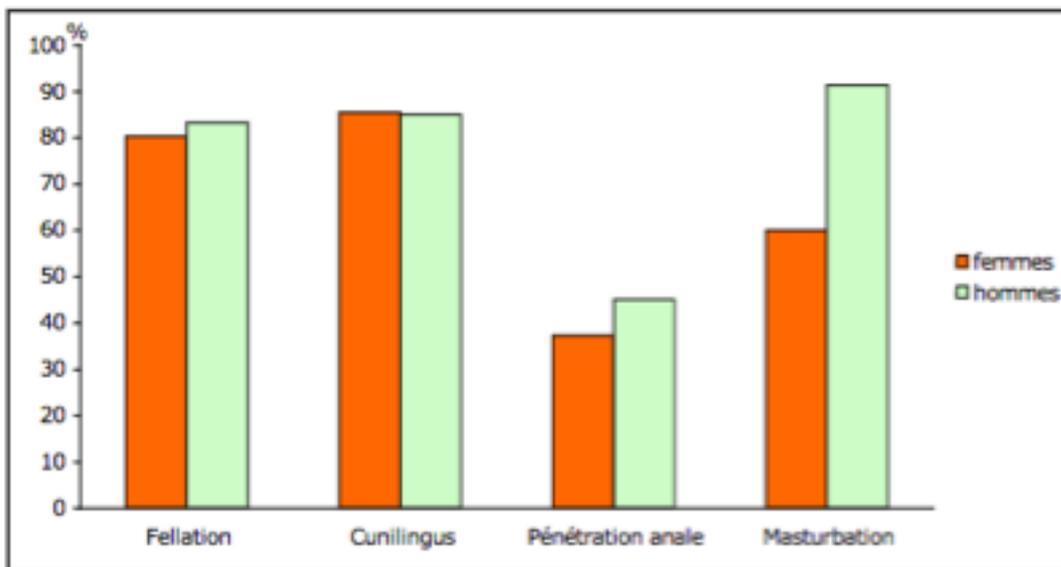


Figure 3 Personnes ayant expérimenté au moins une fois dans leur vie les pratiques suivantes

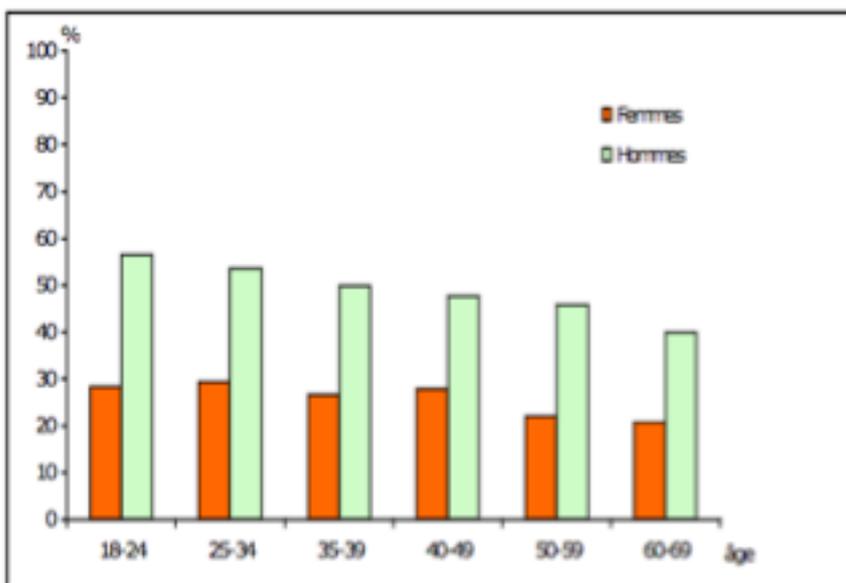


Figure 4. On peut avoir des rapports sexuels sans l'aimer (pourcentage d'accord)

1.2.2 Vaginisme : une définition controversée

Depuis plus d'un siècle et demi, la définition du vaginisme est caractérisée par la contraction musculaire involontaire du vagin lors d'un rapport sexuel étant responsable d'une souffrance chez la femme qui ne peut être expliquée par une cause organique ou psychiatrique. La première description du vaginisme date de 1547. Elle est proposée par une jeune femme médecin au moyen âge prénommée Trotula de Salerne dans son traité des « maladies des femmes ». Elle le décrit comme une contraction de la vulve qui fait paraître les femmes déjà « séduites » pour des vierges. La 1^{ère} définition moderne a été apportée au 19^{ème} siècle par le gynécologue Américain Sims qui définissait le vaginisme comme une contraction involontaire du vagin d'une telle intensité, qu'elle entraîne une barrière au coït (32).

Ainsi, la définition du DSM4 et de l'OMS reprenait ces principes.

Définition OMS :

« CIM-10 Spasme des muscles du plancher pelvien qui entourent le vagin, entraînant une occlusion de l'ouverture vaginale. L'intromission est impossible ou douloureuse » (33).

Définition du DSM-IV :

« A. Spasme involontaire, répété ou persistant, de la musculature du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels.

B. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (p. ex., Somatisation) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale. » (34).

Jusqu'alors, c'était la contraction ou la présence de spasmes musculaire qui étaient la caractéristique principale du vaginisme. Cependant cette définition a été remise en question depuis le début les années 2000 notamment dans une revue de la littérature par Riessing and al (35). Elle pose problème pour plusieurs aspects :

- premièrement sur la présence essentielle des spasmes musculaires pour le diagnostic. Or dans une étude de Riessing, le spasme musculaire était présent chez seulement 28% des femmes atteintes de vaginisme et seulement 24% d'entre elles déclaraient la présence de ces spasmes (35)(36). De plus, il n'existe aucun moyen scientifique de confirmer la présence de ces spasmes ou aucun moyen fiable et reproductible de les mettre en évidence.

- l'autre problème souligné est que la notion de douleur est absente des critères diagnostiques dans le DSM IV. Or, même s'il est difficile d'établir si la douleur ressentie est la cause ou la conséquence du vaginisme, un pourcentage important des femmes ayant un vaginisme souffre de douleur pelvienne lors des rapports sexuels. La frontière avec les dyspareunies notamment superficielles est donc ténue (32).

- enfin, la notion de peur ou d'appréhension (de la douleur, de la pénétration...) est absente dans les critères diagnostics alors que dans la plupart des études elle semble jouer un rôle majeur. En effet, la peur de la douleur apparaît comme la 1^{ère} cause dans l'évitement des rapports sexuels chez ces femmes. Cette peur, qui peut être assimilée à un trouble phobique, joue un rôle favorisant dans la chronicisation des troubles, à l'instar de tout syndrome douloureux chronique, et peut entraîner un niveau d'anxiété élevé chez ces patientes (37)(38).

Ainsi la définition a été récemment modifiée dans le DSM-V en 2013.

Le vaginisme fait maintenant partie d'une entité plus globale associée aux dyspareunies au sein d'un grand chapitre intitulé :

Douleur génito-pelvienne et difficulté à la pénétration :

« Critère A : Difficultés permanentes/persistantes concernant l'un ou plusieurs des items suivants :

- difficultés à la pénétration vaginale pendant les rapports*
- douleur pelvienne ou vulvo-vaginale pendant la pénétration vaginale ou la tentative de pénétration*
- peur ou anxiété par anticipation de la douleur pelvienne ou vulvo-vaginale lié à la pénétration ou une tentative de pénétration*
- tension ou contraction des muscles du plancher pelvien liée à la tentative de pénétration*

Critère B durée des symptômes > 6 mois

Critère C les symptômes causent une souffrance clinique significative

Critère D absence d'explication par une autre cause (pathologie mentale, sévère conflit conjugal comme violence ou abus, cause médicale ou médicamenteuse) » (40)

La présence de spasme musculaire reste donc un critère important mais il n'est pas le seul critère nécessaire pour faire le diagnostic de vaginisme.

1.2.3 Epidémiologie

Le vaginisme est une des dysfonctions sexuelles féminines la plus importante car il en représente environ 25%. Seules 20% des femmes touchées par le vaginisme consultent et la première consultation est souvent tardive. Etant donné les problèmes de définition du vaginisme, l'estimation du nombre de cas est très éclectique selon les études, en fonction des critères diagnostiques utilisés. Les pionniers Masters et Johnson estiment une prévalence relativement faible avec seulement 20 cas en 11 ans (39). Dans l'étude de Rosen en 1993 réalisés sur 329 femmes, 4,7% des femmes estiment subir toujours un vaginisme. (39)

Tableau 1 Prévalence du vaginisme

Etude de Rosen (1993)					
N = 329	Jamais (%)	Parfois (%)	Quelque fois (%)	Souvent (%)	Toujours (%)
Problème	0	25	50	75	0
Irritation	82,4	10,4	2,7	1,4	2,7
Lubrification	56,7	19,9	9,8	5	8,6
Dyspareunie	72,4	16,3	3,6	2,4	5,3
Vaginisme	71,5	16,3	5,3	2,1	4,7
Plaisir	38,3	41,1	11,2	7	1,8
Anxiété	50,5	26,9	13,6	5,5	3,5

Dans l'étude plus récente, en 2006 de Bajos et Bozon, les troubles douloureux sont retrouvés chez 4,4% des femmes de 18 à 24 ans (13).

Dans une revue Cochrane, selon les études, le pourcentage de femme ayant un vaginisme apparaît très varié, estimé entre 5 et 17% (40). Si les critères utilisés étaient ceux du DSM-IV, ce qui est majoritairement le cas dans les études épidémiologiques, le pourcentage du nombre de femme ayant un vaginisme a été largement sous-estimé par rapport à la nouvelle définition du DSM-V.

1.2.4 Caractéristiques

Dans le DSM-V, il est rappelé qu'il existe plusieurs types de vaginisme :

- primaire : concerne les vaginismes présents dès le début de la vie sexuelle qui entraînent une virginité et une proportion importante de mariage non consommés. Ils représentent la majorité des vaginismes
- secondaire : à l'inverse des primaires, les vaginismes secondaires sont plus rares et on retrouve un facteur déclenchant le plus souvent (problème de couple, traumatisme...)
- total : rendant toute pénétration impossible y compris par les doigts, tampons, objet, pénis, spéculum
- partiel : certaines pénétrations sont possibles (par exemple la femme peut utiliser des tampons, mais la pénétration avec un pénis n'est pas possible)
- généralisé : peu importe le contexte
- situationnel : favorisé par certaines situations
- compliqué : association à d'autres troubles sexuels (trouble du désir ou de l'excitation, de l'orgasme, trouble sexuel du partenaire...)
- simple : les autres phases de l'acte sexuel ne sont pas touchées. Le désir, le plaisir et l'orgasme sont intacts et la sexualité peut rester satisfaisante (41)(42).

1.2.5 Echelle et questionnaire d'aide au diagnostic

L'échelle GRISS est une échelle simple de seulement 4 questions spécifiques au diagnostic du vaginisme. L'échelle FSFI est beaucoup complexe et s'intéresse à la sexualité globale féminine.

- Echelle GRISS : 4 items
 - « Trouvez-vous que votre vagin est tellement serré que le pénis de votre partenaire ne peut pas entrer ? »
 - « Est-il possible d'insérer votre doigt dans votre vagin sans gêne ? »
 - « Est-il possible pour le pénis de votre partenaire d'entrer dans votre vagin sans gêne ? »
 - « Trouvez-vous que votre vagin est assez serré pour que le pénis de votre partenaire ne puisse pas pénétrer très loin ? » (32)
- FSFI ANNEXE 1 (43)

1.2.6 Causes

Le vaginisme est une pathologie multifactorielle et comme dans toutes dysfonctions sexuelles, les causes psychologiques et physiques se mêlent, avec une majoration du trouble en cas de chronicisation.

- Facteurs étiologiques principaux :

- Vision péjorative de la sexualité (religieuse, éducationnelle) : croyance autour du danger de la pénétration, sexualité taboue ou image négative ou sale, apologie de la virginité, peur de la perte de contrôle, de l'intimité, dégoût du pénis
- Manque d'éducation sexuelle : méconnaissance de son anatomie, trouble du schéma corporel (vagin trop petit, dit en « allumette »)

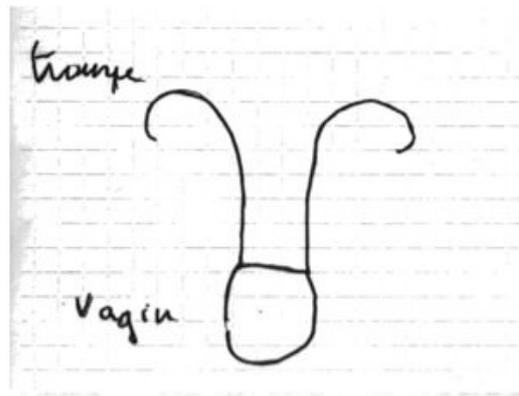


Figure 5. Représentation de son vagin par une femme souffrant de vaginisme.

- difficultés relationnelles même s'il est difficile d'évaluer si elles sont la cause ou la conséquence du trouble
- partenaire : problème sexuel en miroir fréquent chez le partenaire (dysfonction érectile, éjaculation précoce), personnalité souvent doux, timide, effacé, avec une homosexualité latente, peu d'intérêt pour la sexualité
- expériences sexuelles négatives : examen gynécologique traumatisant, expérience sexuelle traumatique, abus, viol (44)(45)

- Personnalités :

En 1962, le psychanalyste Friedman distingue 3 personnalités typiques chez les femmes souffrant de vaginisme :

- a) « la belle au bois dormant » : profil de femme enfant, jeux sexuels fraternels, pénis imaginé comme de taille disproportionnée par rapport au vagin
- b) « Brünhild la guerrière » : agressive et dominatrice, la sexualité est un combat, un affrontement, le partenaire est effacé, soumis
- c) « la reine des abeilles » : le désir d'être mère prime et la sexualité n'est qu'une nécessité pour tomber enceinte, le partenaire n'est perçu que pour son utilité d'inséminateur (46)

1.2.7 Retentissement

Chez les femmes ayant un vaginisme, initialement, il n'y a pas de trouble du désir ou de l'excitation surtout dans les actes sexuels où il n'y a pas pénétration. Cependant au fil des années, un cercle vicieux peut s'installer et entraîner une baisse du désir et du plaisir par anticipation et peur de la douleur ou de l'échec et peut mener à une phobie complète de tout acte sexuel. Chez certaines femmes, ces troubles entraînent une baisse de l'estime de soi, une culpabilité, un sentiment de honte qui peuvent entraîner des symptômes d'anxiété ou de dépression. Il peut entraîner un retentissement sur le couple avec des conflits conjugaux voir des ruptures. Une autre conséquence est l'absence de possibilité d'avoir un enfant même s'il est difficile de savoir si c'est la cause ou la conséquence du vaginisme. (47)(42)

1.2.8 Traitements

Les traitements ont beaucoup évolué au cours des siècles derniers depuis la première définition du vaginisme. Initialement, Sims prônait un traitement chirurgical et assurait une guérison quasi systématique du trouble. Les sexologues Masters et Johnson, avec leurs différents travaux, ont fortement amélioré la prise en charge des dysfonctions sexuelles en ayant une approche plus globale avec une prise en charge sexothérapique et affirmaient également un succès proche des 100% (2).

La prise en charge moderne s'inspire des précédentes. Cependant, en raison des causes multifactorielles du vaginisme, sa prise en charge est multiple, pluridisciplinaire et doit être

adaptée au cas par cas. Le volet principal est la prise en charge psychocorporelle. En fonction de chaque personne et de ses besoins, on intensifiera plutôt le volet corporel ou le volet psychologique. Des traitements médicamenteux peuvent aider à la prise en charge.

- Traitements pharmacologiques :

Ce sont des traitements qui ne doivent pas être proposés seuls ou en première ligne mais qui peuvent être utilisés en accompagnement des autres thérapies physiques et psychologiques.

anxiolytiques et antidépresseurs : qui peuvent être utiles en cas d'anxiété ou d'évitement phobique important

anesthésiants locaux en cas de douleur importante

injection de toxine botulique en cas d'hypertonie musculaire importante et en cas d'échec des autres thérapeutiques. (48)

- Kinésithérapie périnéale :

Le but est de permettre la relaxation des muscles pelviens à l'inverse de la rééducation du post-partum. Elle utilise plusieurs méthodes :

- technique de relaxation et de respiration
- technique de désensibilisation des tissus
- technique de dilatation vaginale à l'aide de dilateur de taille progressive
- rééducation des muscles pelviens par biofeedback ou en manuel

Figure 6. Dilatateur de taille progressive



- Sexothérapie cognitivo-comportementale :

- travail psychothérapeutique comportemental : travail sur la peur, le dégoût, la perte de confiance, le manque d'estime de soi, l'anxiété et le cercle vicieux de la phobie.

- travail cognitivo-corporel : rappeler les connaissances nécessaires sur le plan anatomique et physiologique, corriger les conceptions erronées, travail sur la rééducation pelvienne, encourager des exercices ludiques seul ou avec le partenaire (30)

- intégrer le partenaire à la prise en charge et traiter un éventuel symptôme sexuel en miroir

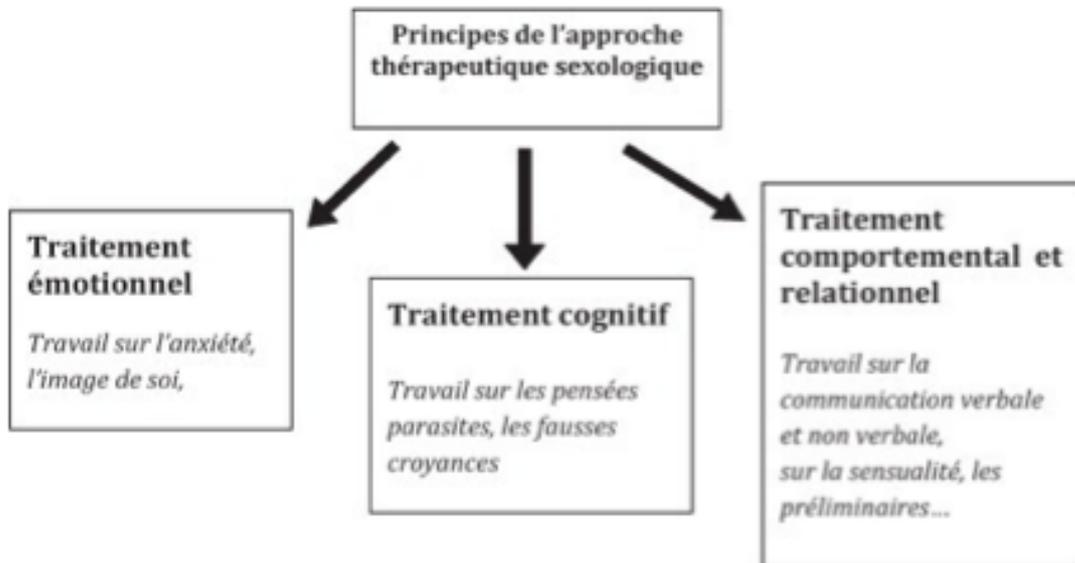
- Psychothérapie générale

Psychothérapie générale ou de couple en cas de problèmes conjugaux, anxiété ou troubles phobiques importants.

(35)(32)(49)(37)(44)(38)(50)

Figure 7. Ce qu'il faut savoir de la pratique sexologique pour l'exercice quotidien, par l'AFU

(51)



Cependant très peu d'études ont été faites pour comparer les différents traitements et sont d'une puissance faible. Une revue Cochrane, parue en 2012, souligne l'absence de preuve scientifique de l'efficacité des différents traitements et l'intérêt de faire de nouvelles études avec des protocoles plus standardisés. (40)

Il n'existe à l'état actuel, aucune recommandation officielle sur la prise en charge du vaginisme.

Une étude encourageante parue en 2017 dans le Journal of Sexual Medicine montrait que de très bons résultats étaient obtenus par un traitement multimodal du vaginisme prenant en charge les aspects physiques et psychologiques. Il s'agit d'un suivi de cohorte prospectif de 271 femmes ayant un vaginisme. Le protocole de traitement associait de la toxine botulique, des anesthésiants locaux, une dilatation progressive et une prise en charge sexothérapeutique. Au bout de 5 semaines, 71% des femmes réussissaient à avoir des rapports sexuels non douloureux et au bout d'un an le score FSFI s'améliorait de manière statistiquement significative. Le principal biais de cette étude est l'absence de comparaison versus placebo et le design de l'étude. Cependant elle donne de bons espoirs quant à la réussite d'un traitement multimodal. (45)

2 OBJECTIFS

L'objectif de notre étude est d'analyser la prise en charge d'un problème sexuel, et plus particulièrement du vaginisme, par les médecins généralistes lors de consultations simulées. Nous avons analysé leur consultation, leur manière d'interroger, les différents traitements proposés puis nous avons comparé les différences en fonction du sexe du patient et du médecin.

3 MATÉRIEL ET MÉTHODE

Pour répondre à cette question, nous avons choisi la méthode du patient standardisé : cette méthode permet d'accéder à la « boîte noire » d'une consultation en recueillant les données directement plutôt qu'en réalisant un questionnaire auprès des patients ou des médecins. Pour cela, j'ai consulté 20 médecins généralistes en jouant le rôle d'une patiente ayant un vaginisme. J'ai ainsi pu observer au plus près la prise en charge des médecins. Chaque médecin participant a donné son accord de façon préalable mais ne connaissait ni la date de la consultation, ni le thème, ni l'âge, ni le sexe du patient simulé qu'il allait recevoir. Pour enrichir mes résultats, cette thèse a été réalisée en binôme avec Jérémy Bertoncini. Il a également consulté 20 médecins généralistes en jouant le rôle d'un patient ayant une éjaculation précoce.

3.1 Type d'étude : méthode du patient standardisé

Il s'agit d'une étude descriptive, réalisée auprès de 40 médecins généralistes d'Île-de-France entre juin 2016 et juin 2017.

- Description de la méthode du patient standardisé

L'utilisation du patient standardisé débute en 1963, aux États-Unis, en Californie du sud. Elle est créée par le Dr Howard Barrows, neurologue, à des fins d'enseignement. Depuis, cette méthode est utilisée plus largement pour la formation des étudiants et des professionnels de santé (52).

Elle a pour but :

- le transfert de compétence,
- l'évaluation de l'impact de la simulation sur la formation *versus* la formation classique,
- l'amélioration de la sécurité des soins et la validation de protocoles standardisés de prise en charge (53)

Cette méthode trouve aussi une application dans la recherche (54)(55).

Le patient standardisé simule l'histoire d'un patient, reproduit les signes cliniques, la personnalité et les réactions d'après un scénario travaillé en amont. Il consulte plusieurs médecins en présentant toujours le même motif de consultation et la même situation standardisée.

- Justification du choix de cette méthode

Cette méthode est innovante. Elle n'a pas encore été utilisée pour traiter notre sujet de thèse. Elle a comme principal avantage de garder une image intacte de la consultation. En effet, les enquêtes utilisées de façon classique, par exemple les études transversales à base de questionnaires, présentent souvent comme principales limites des biais de réponse de la part des médecins tels que le biais de désirabilité sociale et les artefacts de questionnement, en surestimant les "bonnes pratiques" par rapport à la réalité effective du terrain. Très souvent le médecin sait répondre à toutes les interrogations des patients. La difficulté est de choisir d'apporter une réponse et de la formuler. Il existe encore des freins socioculturels. Notre objectif est de mettre en évidence les thèmes importants qui sont abordés lorsqu'un patient vient consulter pour une dysfonction sexuelle. Cette méthode nous a donc paru idéale pour répondre à notre problématique.

- Les investigateurs

Cette étude a été réalisée en binôme avec Jérémy Bertoncini. L'intérêt est d'avoir un investigateur de sexe masculin et un de sexe féminin. Jérémy a exploré le versant masculin d'une dysfonction sexuelle avec l'exemple de l'éjaculation précoce et je me suis intéressée au versant féminin avec l'exemple du vaginisme. Cette dualité a également pour but l'observation d'une différence de prise en charge si le médecin est homme ou femme face à une patiente ou un patient.

- Le financement de l'étude

Après le refus de nombreux organismes de subventionner notre thèse, nous l'avons autofinancée.

- L'écriture du scénario

Nous avons créé deux scénarii proche pour Jérémy Bertoncini et moi-même. Après une analyse de la littérature, nous avons dégagé les thèmes importants à aborder dans une consultation pour prendre en charge un patient consultant pour une dysfonction sexuelle. Nous nous sommes également inspirés d'histoires de patients recueillies en consultations ou sur des forums Internet pour la construction des personnages.

- Première phase pilote

- création d'un scénario (ANNEXE 2) avec un ensemble de dialogues prédéfinis.
- scénario joué entre investigateurs et directeurs de thèse.
- les limites du scénario constatées lors de la première phase :
 - le patient mène la consultation
 - absence de spontanéité des 2 parties
 - non adapté à la multitude de prises en charge possibles proposées par les médecins.
 - non reproductible

- Seconde phase pilote

- création d'un scénario évolutif en fonction des questions du médecin. Il est composé d'une trame directrice identique à chaque consultation :
 - pour le vaginisme : « je viens vous voir pour un problème qui dure depuis pas mal de temps, et pour lequel je n'ai jamais osé consulter, mais en fait j'ai des difficultés à avoir des rapports sexuels avec mon compagnon ».
 - pour l'éjaculation précoce : « ben en fait c'est un peu compliqué, avec mon épouse en ce moment ça ne se passe pas très bien, parce que je... craque trop vite ».
- écriture de réponses et relances standardisées pour nourrir la consultation

L'ensemble a été écrit pour permettre un maximum d'anticipation et de reproductibilité. Il a été nourri par les nombreuses répétitions du scénario entre investigateurs et directeurs de thèse, toujours dans un souci d'anticipation, de reproductibilité et d'adaptabilité en fonction du médecin.

La situation standardisée évolutive présentée à chaque consultation est la suivante :

- jeune homme de 29 ans travaillant dans un supermarché ou jeune femme de 31 ans travaillant dans la banque.
- sans antécédents médicaux, chirurgicaux ou familiaux particuliers
- sans traitement sauf une contraception par pilule œstroprogestative de 3^{ème} génération type Mélodia® (Gestodène + Éthinylestradiol 60µg/15µg) pour Chloé Cloppet arrêtée il y a 6 mois.
- sans suivi gynécologique et sans antécédent de grossesse pour Chloé Cloppet.
- sans prise de toxique de façon régulière.
- en couple depuis 3 ans
- consulte pour une difficulté sexuelle ancienne type vaginisme pour Chloé et une éjaculation précoce pour Jérémie Bertoncini.
- au besoin utilisation de relances standardisées :
 - « je suis inquiet(e), j'ai peur pour mon couple. »
 - « avez-vous quelques conseils avant le rendez-vous avec le spécialiste. »
 - « j'ai vu sur internet qu'il existait des traitements médicamenteux ou même des opérations pour ce problème, qu'en pensez vous ? »
- carte vitale perdue, en cours de régularisation
- médecin traitant exerçant à côté du domicile de leurs parents

3.2 Population de l'étude

Les critères d'inclusions sont :

- médecin généraliste secteur 1 ou 2
- hors orientation (acupuncture, homéopathie, angiologie, SOS médecin, médecin du sport...)
- exerçant Île-de-France
- ayant donné leur consentement pour participer à la thèse

Les critères d'exclusions sont :

- le refus de participer à la thèse

- la pratique d'une médecine générale avec orientation (acupuncture, homéopathie, allergologie)

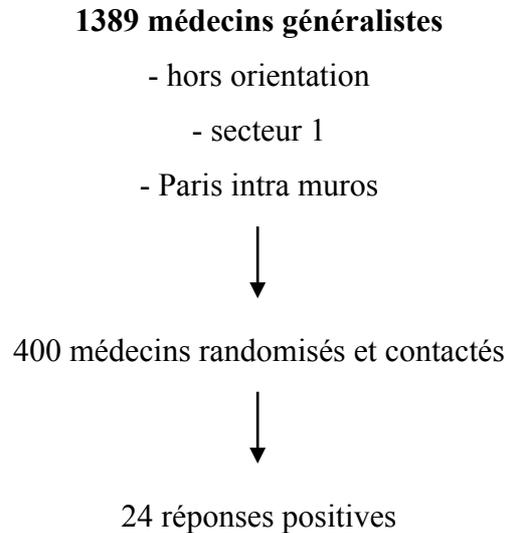
L'inclusion uniquement des médecins généralistes hors orientation est justifiée car leur prise en charge n'est pas l'objet de notre thèse.

3.3 Mode de recrutement

Nous avons réalisé le recrutement des médecins avec un autre binôme (Charlotte LEMELLE et François CHERPIN) utilisant la même méthode du patient standardisé et s'intéressant à la prise de risque sexuel. Nous étions donc 4 investigateurs, Jérémy, Charlotte, François et moi-même.

Phase de recrutement n°1 :

Nous avons initialement décidé d'inclure des médecins généralistes exerçant à Paris en secteur 1. Nous avons effectué un tirage au sort à partir du site amélie.fr de l'Assurance Maladie :



N'ayant pas recruté suffisamment de médecins nous avons décidé de passer à la phase de recrutement 2.

Phase de recrutement n°2 :

Nous avons obtenus, grâce à l'intermédiaire de la SFTG d'Ile de France, la mailing liste de leurs adhérents. Les médecins de cette liste étaient des médecins secteur 1 ou 2 et exerçant à Paris ou en Ile de France. Nous avons donc décidé d'élargir nos critères d'inclusion avec des médecins de secteur 2 exerçant en Ile de France.

1227 e-mails envoyés

- secteur 1 ou 2
- Île-de-France
- hors orientation



72 réponses positives

Le mail envoyé (ANNEXE 3) comportait les informations nécessaires sur notre étude :

- Des explications sur la méthode utilisée
- L'anonymisation des données
- La proposition de participer à une soirée pour échanger sur les résultats

Il permettait aux médecins de donner leur accord pour la participation de notre thèse et l'enregistrement de la consultation.

Il ne les renseignait pas ni sur le thème, ni sur le sujet de la thèse, ni sur la date de la consultation simulée.

Grâce à ces deux phases de recrutement successif, nous avons recruté 40 médecins. Charlotte LEMELLE et François CHERPIN ont également recruté 40 médecins pour leur thèse sur le thème de la prise de risque sexuel.

3.4 La SFTG, Société de formation thérapeutique du généraliste

Nous sommes venus présenter notre projet de thèse lors d'une soirée de travail fin 2015, dans les locaux de la SFTG d'Ile de France. Cette séance de travail a apporté un nouveau regard sur notre thèse et soulevé de nouvelles questions : principalement la place de l'échange des

pratiques plutôt que l'évaluation de celles-ci et la confrontation des recommandations avec ce qui est fait et possible de faire lors d'une consultation. Cette séance a débouché sur notre participation au séminaire de la SFTG sur les dysfonctions sexuelles pour Jérémie Bertoncini et moi. Elle nous a permis d'échanger avec des intervenants de qualité et les participants sur leurs pratiques et leurs expériences. La SFTG nous a aussi permis d'augmenter notre recrutement en diffusant notre projet de thèse sur sa mailing liste d'Ile de France.

3.5 La consultation

Les consultations étaient sur rendez-vous ou libres. Elles se sont déroulées entre juin 2016 et juin 2017, chez les médecins qui ont donné leur accord préalable pour recevoir un(e) patient(e) standardisé(e). Ils n'avaient pas connaissance de la date de la consultation.

La consultation se déroule selon le scénario préétabli. Si le médecin avait donné son accord, la consultation était enregistrée grâce à la fonction dictaphone de nos téléphones. Nous avons convenu de refuser tous les examens cliniques intrusifs de type gynécologique ou urologique prétextant pour Jérémie qu'il avait déjà été examiné précédemment et pour moi, que j'étais en période de menstruation. Nous avons décidé d'accepter la mesure de la tension artérielle, le poids, la taille.

La consultation a été réglée, sans présentation de la carte vitale. Les feuilles de soins ont été détruites.

3.6 Analyse du contenu des consultations

- Données recueillies

Après chaque consultation et grâce à l'enregistrement nous avons retranscrit chacune d'elles. Elles ont été anonymisées après retranscription. L'ensemble des données des consultations a été retranscrite dans un tableau d'indicateurs.

Chaque consultation a été analysée par 2 investigateurs de façon indépendante (Jérémie et moi). Si une trop grande différence de retranscription était perçue, chaque partie discutait de sa cotation, et nous trouvions un consensus. Le but est que le recueil des données des 40 consultations soit effectué de façon similaire pour permettre de comparer l'ensemble des données.

Seule l'échelle CARE n'a pas été modifiée par la double lecture car c'est une échelle d'empathie que nous avons complétée au sortir de la consultation, et qu'il n'est pas possible de remplir avec simplement l'enregistrement de la consultation sans le vécu émotionnel.

Nous avons choisi d'utiliser, pour mesurer l'empathie des médecins, l'échelle CARE (Consultation and Relational Empathy Measure) qui est une échelle hétéro-évaluative de très bonne validité (26), centrée sur le patient et adaptée au praticien et à l'étudiant. Elle a été créée par le Dr Mercer et son équipe du DMG d'Edimbourg en anglais. Nous avons utilisé sa version traduite en français par le DMG de la faculté de Grenoble. Il est disponible en ANNEXE 4.

- Retours téléphoniques, électronique ou par courrier

Après chaque consultation, nous avons contacté le médecin soit par téléphone, mail (ANNEXE 5) ou courrier pour le remercier de sa participation à notre travail. Cela nous a également permis de nous présenter et de lui rappeler que la consultation a été anonymisée et la feuille de soins détruite.

3.7 Description des variables

- Éléments recueillis par les médecins lors de l'entretien médical :
 - Histoire sexuelle
 - Sexualité actuelle
 - Sexualité dans le couple
 - Caractéristique du symptôme sexuel
 - Exploration de l'environnement

- Comment les recueillent-ils ?
 - Echelle CARE
 - Nombre de questions ouvertes
 - Valorisation
 - Vocabulaire du médecin
 - Temps de parole laissé au patient
 - Recherche de ce que sait le patient

- Examen clinique réalisé :
 - o Général
 - o Gynécologique/urologique

- Prise en charge proposée par les médecins :
 - o Examen complémentaire
 - o Conseils, banalisation
 - o Traitement médicamenteux
 - o Adressage : psychologue/psychiatre, sexologue, kinésithérapeute, gynécologue/urologue...

3.8 Analyse statistique

Nous allons présenter les résultats pour l'ensemble des médecins consultés pour dysfonctions sexuelles avec 40 médecins puis je vais présenter les résultats pour les 20 médecins consultés pour vaginisme. Les variables quantitatives telles que l'âge ou la durée des consultations seront décrites en moyenne (et écart type) ou en médiane (et interquartile). Les variables qualitatives telles que par exemple le sexe ou le mode d'exercice seront décrites en effectifs et pourcentages. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Excel pour Mac version 2011. Dans un second temps, nous allons comparer les données en fonction du sexe du patient, du sexe du médecin ou encore lorsque le patient et le médecin ont le même sexe. Pour comparer les variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Chi². Pour comparer les valeurs quantitatives, nous avons utilisé le test de Wilcoxon ou le test de Student.

3.9 Les considérations éthiques

Dans les études étrangères utilisant la méthode du patient simulé, le consentement préalable des médecins évalués n'était pas requis (56)(57). La première thèse française ayant utilisé cette méthode (J. Dougados-2008) prévoit le recueil systématique du consentement des praticiens avant la visite de la patiente standardisée (58). L'inclusion exclusive de médecins acceptant un regard extérieur sur leur pratique induit un biais de sélection que nous n'avons pu éviter pour 2 raisons :

- le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Paris avait fortement déconseillé de réaliser une étude avec la méthode du patient standardisé sans recueillir

le consentement des médecins, une demande a été effectuée en 2015 par Jennifer Soussan et Anne-Élisabeth Mazel lors de la réalisation de leurs thèses (59)

- il ne nous paraissait pas acceptable éthiquement d'imposer la participation à notre étude à des médecins sans leur demander leur consentement

Dans ce contexte nous avons recueilli l'ensemble des consentements des médecins de notre étude par mails.

Nous avons réglé chaque consultation sans présenter notre carte vitale et en détruisant les feuilles de soins pour éviter le financement de notre étude par la sécurité sociale et nos mutuelles, à leur insu.

4 RÉSULTATS

4.1 Description de la population

Au total, notre groupe de 4 internes a contacté 1627 médecins. 400 ont été appelés directement par nous et 1227 ont été contacté par mail via la mailing liste d'Ile de France de la SFTG.

Un total de 96 médecins a finalement accepté, 24 par téléphone et 72 par mail. Nous avons donc recruté 24 médecins par interne. Nous avons décidé de faire 40 consultations simulées par thématique (dysfonctions sexuelles et prises de risques) et donc 20 consultations par interne. Nous avons donc exclu chacun 4 médecins trop éloigné géographiquement. Le taux de réponse a été d'environ 6% quel que soit le mode de recrutement.

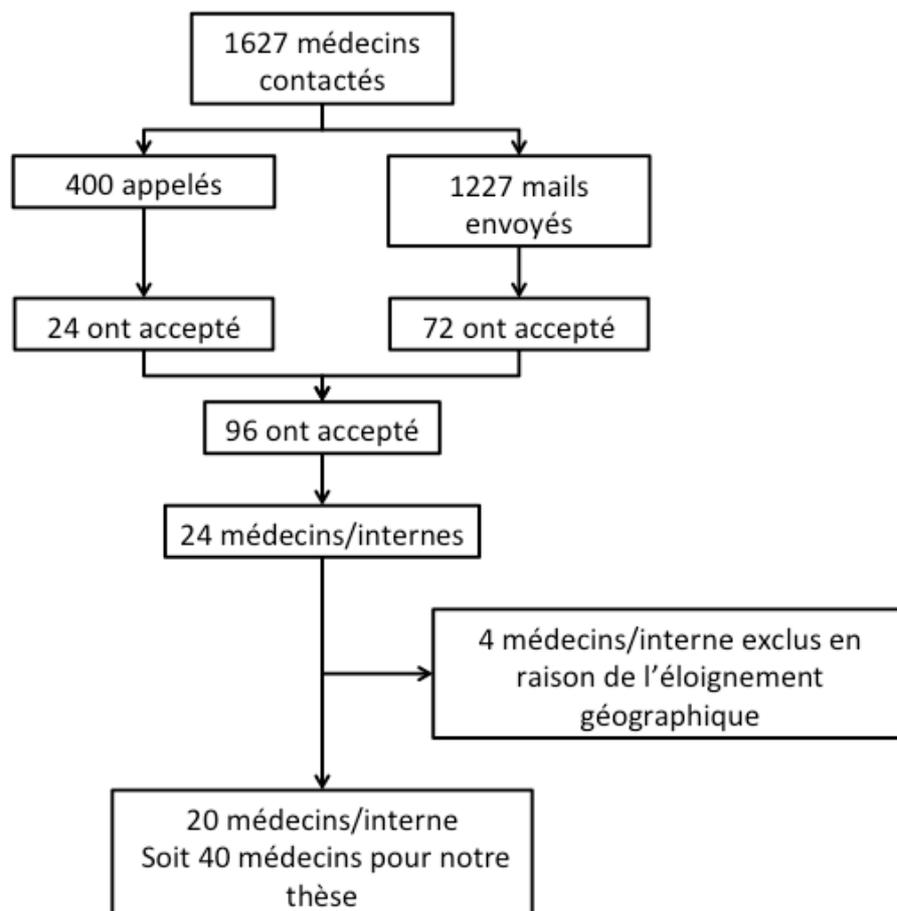


Figure 8. Diagramme de flux

Dans le tableau 2 sont présentées les caractéristiques de l'ensemble des 40 médecins consultés par Jérémy et moi pour dysfonction sexuelle (groupe D) et des 20 médecins consultés uniquement pour vaginisme (groupe V). Les médecins consultés sont jeunes (40 ans d'âge médian) et plus souvent des femmes (58% dans le groupe D et 60% dans le groupe V). Les deux groupes sont relativement comparables à l'exception du nombre de médecins ayant un rôle de formation (33% dans le groupe D et 60% dans le groupe V). Une grande majorité de médecins ont été enregistrés (92% du groupe D et 85% du groupe V). Seuls 2 médecins avaient refusé l'enregistrement et il y a eu un problème technique lors d'une consultation.

Tableau 2. Caractéristique des médecins (n= 40 groupe D, n= 20 groupe V)

	Groupe Dysfonction sexuelle (groupe D) n = 40	Groupe Vaginisme (groupe V) n = 20
Age-médiane (Q1-Q3)	40 (30-50)	40 (37,5-50)
Sexe féminin n (%)	23 (58)	12 (60)
Paris n (%)	23 (58)	13 (65)
Mode d'exercice :		
- cabinet seul n (%)	13 (33)	7 (35)
- cabinet de groupe n (%)	14 (35)	5 (25)
- maison de santé n (%)	6 (15)	3 (15)
- centre de santé n (%)	7 (18)	5 (25)
Secteur 1 n (%)	38 (95)	19 (95)
Formation n (%)	13 (33)	12 (60)
- MSU	4 (10)	3
- SFTG	12 (30)	12
- CNGE	1 (2,5)	1
Recrutement SFTG n (%)		
- SFTG	28 (70)	14 (70)
- internes	12 (30)	6 (30)
Enregistrement n (%)	37 (92)	17 (85)

4.2 Déroulement des consultations

La chronologie de la consultation est présentée dans le tableau 3.

Tableau 3. Déroulement de la consultation

	Groupe Dysfonction sexuelle (groupe D) N = 40	Groupe Vaginisme (groupe V) N = 20
Durée de la consultation- moyenne en minutes (écart type)	19,9 (8,9)	16,25 (3,6)
Durée d'ouverture du dossier- moyenne en minutes (écart type)	1,044 (1)	1,044 (1)
Motif de consultation : numéro de la question- moyenne (écart type)	5,53 (6,3)	5,11 (7,7)

4.3 Entretien des médecins

Le mode d'interrogatoire des médecins est présenté dans le tableau 4.

Tableau 4. Entretien des médecins

	Groupe Dysfonction sexuelle (groupe D) N = 40	Groupe Vaginisme (groupe V) N = 20
Nombre de mots patient/médecin-moyenne (écart type)	34,9 (0,1)	32,8 (0,1)
Nombre de questions ouvertes-moyenne (écart type)	2,9 (1,7)	3,1 (1,4)
Echelle CARE-moyenne (écart type)	32,6 (6,3)	36,7 (9,7)
Valorisation n (%)	24 (60)	12 (60)
Vocabulaire n (%)		
courant	37 (92)	18 (90)
familier	3 (8)	2 (10)
scientifique	0 (0)	0 (0)
Recherche de ce que sait le patient n (%)	14 (35)	6 (30)

On retrouvait des phrases de valorisation dans 60% des cas. Par exemple, beaucoup de médecins valorisaient le fait d'oser en parler :

« Mais bon si vous arrivez déjà à en discuter, c'est déjà un bon départ »

« En tout cas c'est courageux d'être venu »

« Je pense que c'est très positif que vous puissiez prendre ça en main, C'est une façon de prendre votre vie en main. ».

D'autres médecins valorisaient la possibilité d'avoir du plaisir autrement :

« Il trouve du plaisir avec vous je suis sûre ».

« Il n'y a pas de raison que vous ne puissiez pas accéder au plaisir ».

Seuls 3 médecins dans le groupe D et 2 dans le groupe V ont utilisé un vocabulaire familier.

Par exemple :

« Un peu à l'arrache, en tout cas il ne faut pas aller au pif »

« Vous lui dites tais-toi t'es qu'une bite et c'est moi qui vais faire »

« Un ami ou un connard qui vous aurez agressé sexuellement ».

Dans la phrase de conclusion, « la phrase de porte », les médecins se sont montrés très disponibles pour une prochaine consultation :

« *En tout cas n'hésitez pas à revenir, même si c'est juste pour parler* »

« *Et du coup, si vous avez besoin de quoi que ce soit, vous n'hésitez pas* »

« *Et puis vous revenez quand vous voulez* ».

A plusieurs reprises, lors de cette dernière phrase, les médecins nous souhaitaient bon courage :

« *Bon courage Monsieur* »

« *Et bon courage pour cette démarche qui n'est pas simple mais très courageuse* ».

4.4 Histoire sexuelle

Les données concernant l'histoire sexuelle recherchées au cours de la consultation sont présentées dans le tableau 5.

Tableau 5. Histoire sexuelle

	Groupe Dysfonction sexuelle (groupe D) N = 40	Groupe Vaginisme (groupe V) N = 20
Education n (%)	3 (8)	2 (10)
Rapports aux parents n (%)	1 (3)	0 (0)
Premier rapport n (%)	9 (23)	7 (35)
Pratiques sexuelles n (%)	6 (15)	1 (5)
Expériences sexuelles n (%)	29 (73)	10 (50)
Orientation sexuelle n (%)	1 (3)	1 (5)
Violences n (%)	14 (35)	14 (70)
- systématique n (%)	0 (0)	0 (0)
- orientée n (%)	14 (35)	14 (70)
- N° de la question-moyenne (écart type)	11,8 (12,4)	11,8 (12,4)

La question des violences a été posée par 14 médecins sur 40 (14 médecins sur 20 dans le groupe vaginisme et par 0 médecins sur 20 dans le groupe éjaculation prématurée). Elle a été posée dans 100% des cas de manière orientée par le motif de consultation. Elle est arrivée en moyenne au moment de la question n°11. Voilà quelques exemples d'abord de la violence en consultation :

« Bon sinon, la question que je suis obligé de vous poser, vous avez déjà subi des attouchements ou des violences quand vous étiez plus jeune, d'ordre sexuel ? »

« Je me permets de vous poser une question, si vous ne voulez pas y répondre vous n'y répondez pas, est-ce que vous avez déjà subi des violences physiques sexuelles ou psychologiques ? »

« Des antécédents d'agression physique ou sexuelle par exemple, c'est un peu systématique ? »

4.5 Sexualité actuelle

Les données concernant la sexualité actuelle recherchées au cours de la consultation sont présentées dans le tableau 6.

Tableau 6. Sexualité actuelle

	Groupe Dysfonction sexuelle (groupe D) N = 40	Groupe Vaginisme (groupe V) N = 20
Désir n (%)	14 (35)	9 (45)
Plaisir n (%)	17 (43)	9 (45)
Orgasme n (%)	5 (13)	1 (5)
Préliminaire n (%)	7 (18)	3 (15)
Masturbation n (%)	14 (35)	4 (20)
Imaginaire érotique et fantasme n (%)	2 (5)	1 (5)
Perception de la sexualité n (%)	7 (18)	5 (25)

4.6 Sexualité dans le couple

Les données concernant la sexualité dans le couple recherchées au cours de la consultation sont présentées dans le tableau 7.

Tableau 7. Sexualité dans le couple

	Groupe Dysfonction sexuelle (groupe D) N = 40	Groupe Vaginisme (groupe V) N = 20
Fréquence n (%)	8 (20)	2 (10)
Initiative n (%)	1 (3)	0 (0)
Désir d'enfant n (%)	13 (33)	10 (50)
Place du partenaire dans la démarche n (%)	13 (33)	4 (20)

Le désir d'enfant a été abordé dans 50% des consultations pour vaginisme et dans 15% pour éjaculation précoce. Certains médecins ont abordé la possibilité de tomber enceinte avec un vaginisme :

«Après, j'ai déjà vu des femmes, je n'en ai pas vu beaucoup mais, qui étaient tombées enceintes sans pénétration, elles étaient vierges »

« Ca limite surtout la possibilité d'avoir des bébés en tout cas sinon il faut vous inséminer avec le sperme du monsieur, C'est faisable mais pas très... »

« Alors après il y a des gens qui ont des grossesses mais sans pénétration, ça existe hein, Ah oui, parce qu'en fait, l'éjaculation juste à l'entrée et les spermatozoïdes hop ils remontent »

4.7 Caractéristiques des symptômes

Les données concernant les caractéristiques du symptôme recherchées au cours de la consultation sont présentées dans le tableau 8.

Tableau 8. Caractéristique du symptôme

	Groupe Dysfonction sexuelle (groupe D) N = 40	Groupe Vaginisme (groupe V) N = 20
Primaire n (%)	39 (98)	20 (100)
Total n (%)	12 (31)	10 (50)
Généralisé n (%)	14 (35)	11 (55)
Douleur n (%)	13 (33)	12 (60)
Intensité n (%)	15 (38)	9 (45)

4.8 Exploration environnementale

Les données concernant l'exploration environnementale recherchées au cours de la consultation sont présentées dans le tableau 9.

Tableau 9. Exploration environnementale

	Groupe Dysfonction sexuelle (groupe D) N = 40	Groupe Vaginisme (groupe V) N = 20
Couple n (%)	29 (73)	11 (55)
Famille n (%)	2 (5)	0
Travail n (%)	8 (20)	6 (30)
Co morbidité psychiatriques n (%)	9 (23)	3 (15)
Consommation de toxiques n (%)	18 (45)	11 (55)

4.9 Examen clinique

Les données concernant l'examen clinique au cours de la consultation sont présentées dans le tableau 10.

Tableau 10. Examen clinique

	Groupe Dysfonction sexuelle (groupe D) N = 40	Groupe Vaginisme (groupe V) N = 20
Examen clinique n (%)	17 (43)	10 (50)
Tension artérielle n (%)	15 (38)	6 (30)
Poids, Taille n (%)	7 (18)	3 (15)
Proposition d'examen gynécologique/urologique n (%)	11 (28)	6 (30)
Autres n (%)	2 (5)	1 (5)

4.10 Prise en charge

Les modalités de prise en charge du vaginisme proposées sont décrites dans le tableau 11.

Tableau 11. Prise en charge

	Groupe Dysfonction sexuelle (groupe D) N = 40	Groupe Vaginisme (groupe V) N = 20
Adressage premier temps n (%)*		
- urologue/gynécologue	11 (27,5)	7 (35)
- psychologue/psychiatre	1 (2,5)	1 (5)
- sexologue	11 (28)	8 (40)
- généraliste	1 (2,5)	1 (5)
- kinésithérapeute	2 (5)	2 (10)
Adressage second temps n (%)**		
- urologue/gynécologue	7 (18)	2 (10)
- psychologue/psychiatre	2 (5)	1 (5)
- sexologue	8 (20)	3 (15)
- généraliste	0 (0)	0 (0)
- autres	0 (0)	0 (0)
Examens complémentaires n (%)	11 (27,5)	4 (20)
Traitements médicamenteux n (%)	10 (25)	6 (30)
Petits conseils n (%)	16 (40)	7 (35)
Banalisation n (%)	4 (10)	3 (15)
2 ^{ème} consultation n (%)	19 (49)	8 (40)

* adressage immédiat à l'issue de la consultation

** adressage proposé par le médecin dans un second temps en cas d'échec des thérapeutiques proposées

Une consultation a été proposée :

- avec un gynécologue par 7 médecins (35%); principalement pour éliminer dans un 1^{er} temps une cause organique :
« Mais déjà voir un gynéco en ville, elle vous examinera comme elle pourra et puis il faut qu'elle vous oriente dans un second temps si c'est difficile vers un autre ».
« Après il faut que vous alliez voire un gynéco, il va vérifier pour voir pourquoi vous avez un blocage, si c'est psychologique ou organique ».
- avec un sexologue par 8 médecins (40%) :
« Moi je ne vais pas vous soigner ce n'est pas ma spécialité, mais je vais vous orienter vers quelqu'un qui s'y connaît, qui est un sexothérapeute, ça ne veut pas dire que c'est une psychanalyse, mais c'est parce que c'est une problématique qui est complexe ».
« Je pense que vous avez besoin d'un sexologue, on vous en a déjà parlé ? ».
- avec un kinésithérapeute par 2 médecins (10%) :
« Un des meilleurs traitements c'est la rééducation périnéale, c'est reprendre contact avec ses sensations intimes et apprendre à décontracter et relâcher son vagin »
- avec un psychologue par 1 médecin (5%) :
« Et il faut que vous voyiez une psychologue pour que vous puissiez comprendre car il y a probablement une origine psychologique, ça c'est clair »
« Et je pense que à côté de ça vous pouvez démarrer la prise en charge psychologique »
- avec un autre généraliste par 1 médecin (5%) :
« J'ai une consœur et amie avec qui j'ai déjeuné hier, qui fait beaucoup de gynéco, c'est une femme, peut être que ce serait bien pour vous aussi »

Des examens complémentaires ont été prescrits par 4 médecins (20%).

- Deux ont prescrit une échographie :
« Ce qu'on peut commencer à faire, c'est une échographie ».

- Trois ont prescrit un bilan biologique :
« Après ce qu'on peut faire déjà c'est éliminer une infection que je pense qu'il n'y aura pas ».
« C'est bien d'avoir une prise de sang de base parce que si vous avez un petit soucis, c'est bien d'avoir une antériorité ».

Un traitement médicamenteux m'a été proposé par 6 médecins (30%).

- Deux médecins ont prescrit un décontractant musculaire :
« Je peux toujours vous donner un décontractant musculaire, vous pouvez toujours essayer ça fera pas de mal sans forcer ».
- Deux médecins ont prescrit des œstrogènes par voie locale :
« Donc moi ce que je propose c'est ça en fait, essayer un traitement, c'est une crème c'est de l'estrogène, c'est la même chose que ce qui se passe pendant la grossesse c'est à dire que la muqueuse elle s'assouplit, c'est des toutes petites gélules ça donne de la muqueuse, comme des bactéries et ça réhydrate »
- Un médecin m'a prescrit un antispasmodique associé à de l'homéopathie
- Un médecin m'a prescrit de l'acide folique :
« Et quand on essaye de tomber enceinte on mange une vitamine ».

Il m'a été proposé une deuxième consultation par 8 médecins (40%) des cas pour approfondir le sujet :

« Vous reviendrez avec les résultats, on essaiera l'examen mais ça peut être juste l'inspection pour débiter, et lors d'une prochaine consultation on pourra essayer d'aller un peu plus loin ».

« J'essaierai de vous examiner lors d'une prochaine consultation si ça ne vous dérange pas ».

Des propos banalisants ont été utilisés par 3 médecins (15%) :

- *« il ne faut pas trop médicaliser la chose, c'est le temps qui va améliorer les choses et comme on dit, connaît toi toi-même, c'est vraiment la base »*
- *« Et vraiment essayez de vous rassurer parce que c'est des choses qui existent, qui sont fréquentes malheureusement mais qui passent avec le temps ».*

Enfin 7 médecins (35%) m'ont donné des petits conseils :

- favoriser les préliminaires :

« Il vous faut beaucoup de relaxation c'est à dire que le monsieur il doit faire beaucoup de préliminaires. Il faut pensez à votre plaisir, jamais au plaisir de l'autre ».

- utiliser des lubrifiants :

« On a tout une gamme sur le marché de lubrifiants ».

- commencer par explorer mon corps avec mes doigts et celui de mon partenaire :

« Dans un premier temps vous essayiez de vous pénétrer avec vos propres doigts, ensuite vous demandez à votre partenaire de vous pénétrer avec ses doigts, vous verrez c'est très jouissif ».

- Un autre médecin m'a conseillé un contrat de non pénétration pendant 1 mois :

« Je pense qu'il est important que vous ayez du plaisir en étant détendu, pas en appréhendant le moment où on va passer à la pénétration. Donc pénétration interdite pendant 1 mois, je vous conseille ».

- Et enfin le « petit » verre de rouge m'a été proposé par un médecin :

« Vous pouvez toujours essayer de boire une petit verre de rouge pour vous relaxer avant l'acte »

4.11 Diagnostic

Un total de 60% des médecins a posé le bon diagnostic dans le groupe D et 45% dans le groupe V.

Pour le vaginisme :

- Neuf médecins ont posé le bon diagnostic :
« Ce que vous me décrivez ça porte un nom simple, ça s'appelle du vaginisme ».
« Mais ça c'est en tout cas c'est une entité en médecine, il faut pas s'inquiéter, ça arrive à beaucoup de femmes, c'est pas grave, c'est pas une maladie, on appelle ça le vaginisme ».
« C'est embêtant en effet, vous êtes en train de me raconter ce qu'on appelle un vaginisme, le vaginisme c'est dans la tête ».
- Neuf n'en ont donné aucun :
« Ca peut être une minime anomalie anatomique qui fait que, je peux pas vous en dire plus sans savoir hein ».
- Un a donné endométriose :
« Il faut d'abord éliminer une endométriose ».
- Un a donné dyspareunie :
« Voilà, j'ai mis, elle présente des dyspareunies anciennes (dyspareunie ça veut dire douleur pendant les rapports sexuels) ».

4.12 Différences homme femme

- différences entre patient homme et patient femme :

La comparaison des données intéressantes entre le patient homme et le patient femme est présentée dans le tableau 12.

Tableau 12. Comparaison des données intéressantes en fonction du sexe du patient

	Patient de sexe féminin (n = 20)	Patient de sexe masculin (n = 20)	p value *
Expériences sexuelles n (%)	10 (50)	19 (95)	0,01
Violences n (%)	14 (70)	0 (0)	<0,001
Masturbation n (%)	4 (20)	10 (50)	0,047
Désir de grossesse n (%)	10 (50)	3 (15)	0,02
Total/Partiel n (%)	10 (50)	2 (11)	0,008
Généralisé/situationnel n (%)	11 (55)	3 (15)	0,008
Douleur n (%)	12 (60)	1 (5)	<0,001
Couple n (%)	11 (55)	18 (90)	0,01
Examen gynécologique/urologique n (%)	10 (50)	1 (5)	0,01
Echelle CARE médiane (Q1-Q3)	38 (29,5-43,5)	29 (23-35,5)	0,01

* Pour comparer les variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Chi2. Pour comparer les valeurs quantitatives, nous avons utilisé le test de Wilcoxon ou le test de Student.

- différences entre médecin homme et médecin femme :

La comparaison des données intéressantes entre médecin homme et femme est présentée dans le tableau 13.

Tableau 13. Comparaison des données intéressantes en fonction du sexe du médecin

	Médecin femme (n = 23)	Médecin homme (n = 17)	p value *
Pratiques sexuelles n (%)	1 (4)	5 (29)	0,03
Violences n (%)	9 (39)	5 (29)	0,5
Préliminaires n (%)	1 (4)	6 (35)	0,01
Masturbation n (%)	5 (22)	9 (53)	0,04
Examen clinique n (%)	13 (57)	4 (24)	0,04
Echelle CARE médiane (Q1-Q3)	36 (25,5-41)	31 (25-37)	0,04

* Pour comparer les variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Chi2. Pour comparer les valeurs quantitatives, nous avons utilisé le test de Wilcoxon ou le test de Student.

- lorsque le praticien est du même sexe que le patient :

La comparaison des données intéressantes entre les groupes patients/médecins de même sexe et de sexes différents est présentée dans le tableau 14.

Les seuls éléments recueillis de manière différente significativement sont :

- o le caractère généralisé ou situationnel du symptôme
- o la présence d'une douleur

Tableau 14. Comparaison des données lorsque le praticien et le patient ont le même sexe

	Médecin et patient de même sexe (n = 21)	Médecin et patient de sexe différent (n = 19)	p value *
Violences n (%)	9 (43)	5 (26)	0,27
Désir de grossesse n (%)	9 (43)	4 (21)	0,21
Caractère généralisé/situationnel n (%)	11 (52)	3 (16)	0,02
Douleur n (%)	10 (48)	3 (16)	0,03
CARE médiane (Q1-Q3)	37 (24-42)	31 (25,5-37)	0,78
Examen gynécologique/urologique n (%)	8 (38)	3 (16)	0,11
Valorisation n (%)	15 (71)	9 (47)	0,12

* Pour comparer les variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Chi2. Pour comparer les valeurs quantitatives, nous avons utilisé le test de Wilcoxon ou le test de Student.

5 DISCUSSION

5.1 Principaux résultats

- Attitude des médecins

La plupart des médecins se sont montrés empathiques et valorisants. En effet, 24 médecins (60%) ont eu une attitude valorisante et la médiane de l'échelle CARE était de 32 dans le groupe D et 36 dans le groupe V avec un score maximal de 40. Nous n'avons malheureusement pas pu comparer ces données aux données de la littérature car, très peu d'études évaluent par exemple le score d'empathie des médecins généralistes en consultation. Les consultations ont duré en moyenne 19 minutes ce qui est plus long que la moyenne des consultations des généralistes qui est de 16 minutes (60). Cela semble plutôt adapté à un motif de consultation comme le nôtre, complexe et multifactoriel.

Le temps de parole accordé au patient était supérieur à 30%, ce qui est largement supérieur à un temps de parole accordé aux patients par les médecins généralistes, estimé à 10% dans un thèse de médecins générale (61).

- Abord de la sexualité :

Certains aspects de la sexualité ont été abordés par une grande partie des médecins, comme la notion de plaisir (17 médecins soit 43%), l'expérience sexuelle (29 médecins soit 73%) ou la caractérisation du symptôme (39 médecins ont interrogé le caractère primaire du symptôme soit 98%). Mais d'autres volets de la sexualité semblent encore difficiles à aborder par les médecins, par exemple, très peu ont interrogé l'orientation sexuelle (1 médecin soit 3%), la masturbation (14 médecins soit 35%), les préliminaire (7 médecins soit 18%) et l'orgasme (5 médecins soit 13%) qui sont pourtant des éléments essentiels de l'histoire sexuelle du patient. Cela confirme les différentes études concernant la difficulté des médecins à aborder la sexualité de leurs patients en consultation de médecine générale (15)(24).

Donc, malgré un motif de consultation unique, d'une plainte sexuelle clairement identifiée, associé à des conditions de consultation favorisant à l'abord de la sexualité (une attitude empathique et un temps de consultation long avec un temps de parole important), très peu de médecins ont recueilli de manière complète l'histoire sexuelle du patient.

Il existe, selon une enquête qualitative observant les représentations de la sexualité par les médecins généralistes, trois approches médicales de l'abord de la sexualité en consultation par les praticiens (17). L'approche d'évitement, l'approche biomédicale pure et l'approche globale et holistique. La préoccupation principale de la dernière attitude est centrée sur le patient et les médecins ne s'intéressent plus seulement à sa seule pathologie. Le médecin prend en considération les dimensions relationnelles culturelles sociales et existentielles du patient (62). Pour arriver à intégrer cette approche dans notre pratique, il existe des stratégies concrètes à mettre en place.

Tout d'abord, la majeure partie des études (63)(64) préconisent aux médecins une attitude proactive quant à l'approche de la sexualité des patients. On peut par exemple commencer par questionner la qualité de vie globale (tout va bien dans votre vie en ce moment ?) puis interroger la qualité de vie de couple (dans votre couple, tout se passe bien ?) pour enfin aborder la qualité des relations sexuelles (vos rapports sexuels sont-ils satisfaisants ?) (63).

De plus, pour faciliter l'abord d'un sujet aussi intime que la sexualité, il semble essentiel d'établir un climat de confiance entre le patient et le médecin. Pour arriver à instaurer ce climat le médecin peut utiliser des techniques de savoir être :

- établir une relation de confiance
 - cadre professionnel
 - environnement chaleureux
 - accueil personnalisé
 - prise en charge globale
- s'adapter au patient : interrompre le dialogue en cas de refus ou de gêne, dédramatiser l'organe sexuel
- support visuel : brochures
- savoir être : décontracté, bienveillant, à l'écoute, rassurant
- amorcer le dialogue : avec l'accord du patient, questions simples et directes avec un vocabulaire adapté au patient, humour, posture active
- être vigilant jusqu'à la fermeture de la porte (65)(66).

A ces techniques de savoir-être, peuvent s'ajouter des techniques de savoir-faire toujours dans le but de favoriser l'abord de la sexualité en consultation :

- Stratégie d'investigation :
 - questionner de façon systématique
 - faciliter la verbalisation

- proposer des signes que le patient pourrait ressentir
- Saisir l'opportunité
 - demande du patient : problème sexuel, interrogation
 - en consultation : patient seul, motif de consultation réglée, pendant l'examen clinique
 - situation clinique opportune : dépistage IST, contraception, ménopause, grossesse, maladie chronique et renouvellement de traitement, certificats médicaux, symptômes psychiatriques (dépression, anxiété)
- Se donner du temps :
 - attendre d'établir une relation de confiance
 - ouvrir une porte et réitérer le dialogue
 - proposer une consultation dédiée (29).

Enfin les médecins peuvent également utiliser des questions systématisées afin d'aider l'abord de la sexualité :

Êtes vous actuellement sexuellement actif?

Êtes vous satisfait de votre vie sexuelle?

Y a t-il des problèmes sexuels dont vous souhaiteriez me parler?

Certains patients présentant certaines pathologies telles l'hypertension artérielle, le diabète ou prenant certains traitements peuvent présenter des difficultés sexuelles. Avez-vous des soucis particuliers dont vous aimeriez parler? (66)(65)

- Différences en fonction du sexe :

○ *sexe du patient :*

Chez le patient femme certains indicateurs ont été plus recherchés par les médecins que chez le patient homme avec $p < 0,05$:

- violence : 14 médecins (70%) *versus* 0 (0%).
- désir de grossesse : 10 (50%) *versus* 3 (15%)
- caractérisation du symptôme :
 - généralisé ou situationnel : 11 médecins (55%) *versus* 3 (15%)
 - total ou partiel : 10 médecins (50%) *versus* 2 (11%)

Chez le patient de sexe masculin, ce sont les indicateurs suivants qui ont été les plus recherchés avec $p < 0,05$:

- masturbation : 4 médecins (20%) *versus* 10 (50%)
- expérience sexuelle : 10 médecins (50%) *versus* 19 (95%)

Les médecins ont été plus empathiques avec le patient de sexe féminin (échelle CARE de 38 *versus* 29) avec $p < 0,05$.

L'examen clinique a été plus proposé au patient de sexe féminin (10 médecins (50%) *versus* 1 (5%)) avec $p < 0,05$.

Concernant le problème des violences, les études récentes ont montré l'importance de leurs dépistages en consultation et les différentes enquêtes (ENVEFF 2000 (67) et CSF 2006 (13)) ont montré une amélioration de leurs dépistages par les professionnels de santé. Les médecins de notre étude, sont tout à fait en accord avec les préconisations sur ce point, bien qu'il existe un biais de recrutement possible. Par contre, cette même question n'a été posée par aucun médecin pour les consultations du patient simulé de sexe masculin. Pourtant il semble plutôt adapté et recommandé par les sexologues, d'aborder la question des violences dans une consultation concernant un problème sexuel, que ce soit chez l'homme ou la femme (68). Certes, les femmes sont trois fois plus souvent victimes de violences sexuelles que les hommes, mais 16% des femmes et 5% des hommes âgés de 18 à 69 ans déclarent avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie (13). Il reste encore à faire un travail de sensibilisation au dépistage des violences faites aux hommes. Et dépister les violences, c'est aussi l'occasion de parler de ceux qui les causent.

On sait que les violences peuvent entraîner, entre autre, des difficultés sexuelles et que seuls 24% des femmes consultent leurs médecins (67). Pour mieux dépister ces violences, il faut à la fois poser la question de manière orientée, mais aussi de manière systématique car ce mode d'interrogatoire s'est avéré efficace (64). Les questions proposées dans une étude réalisée auprès de 51 médecins et 2 sages femmes, interrogeant 557 femmes de manière systématique étaient :

- *au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, propos sexistes, humiliants, dévalorisants, injures, menaces?*
- *au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences physiques? Avez-vous reçu des coups, des gifles? Avez-vous été battue, bousculée par un homme?*
- *au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences sexuelles : attouchements, viol, rapports forcés? (64).*

Concernant la pratique de la masturbation, elle a été plus recherchée par les médecins chez le patient homme que chez la patiente femme. Pourtant 68% des femmes et 87% des hommes déclarent pratiquer la masturbation. La masturbation féminine semble encore plus difficile à aborder que la masturbation masculine.

○ *sexe du médecin :*

Les indicateurs suivants ont été plus recherchés par les médecin homme avec $p < 0,05$:

- pratiques sexuelles : 5 médecins (29%) *versus* 1 (4%)
- préliminaires : 6 médecin (35%) *versus* 1 (4%)
- masturbation : 9 médecins (53%) *versus* 5 (29%)

Les médecins femmes sont plus empathiques (36 *versus* 31) et elles ont proposé plus souvent un examen clinique (13 médecins (57%) *versus* 4 (24%)) avec $p < 0,05$.

○ *médecin et patient de même sexe :*

Dans notre étude, nous n'avons pas observé de grosses différences entre les consultations réalisées par un médecin du même sexe que le patient et ceux de sexes différents.

Seule la caractéristique généralisée ou situationnelle du symptôme (11 médecins (52%) *versus* 3 (16%)) et la présence de douleur (10 médecins (48%) *versus* 3 (16%)) étaient plus interrogés par les médecins de même sexe avec $p < 0,05$.

Les patients, malgré ce que l'on pourrait penser, ne portent pas d'importance au sexe du médecin qu'ils consultent, quand il s'agit d'un motif classique de médecine générale. C'est ce qui est retrouvé dans plusieurs travaux de médecine générale. Par exemple, dans une première thèse, 68,9% des patients interrogés n'avaient pas de préférence concernant le sexe du médecin (69), et, dans une seconde, pour 85% des patients, le sexe du médecin n'avait pas d'importance pour une consultation concernant une affection aiguë banale ou un renouvellement de traitement (70). Cependant dans cette dernière thèse, pour des motifs plus « psychologiques » ou « un besoin de discuter », les patients préféraient en majorité s'adresser à un médecin femme. Enfin, pour des sujets considérés intimes comme la sexualité, les patients préféraient consulter un médecin du même sexe qu'eux (70) .

Du côté des médecins, il semble également que la différence de sexe soit un frein à l'abord de la sexualité en consultation. Dans une étude qui s'intéresse à la place de la sexualité en médecine générale, interrogeant des praticiens, on retrouve que la différence de sexe entre le médecin et le patient contribue à l'évitement du sujet (12). Au contraire, l'appartenance au

même genre, semble faciliter pour les médecins, et d'autant plus pour les femmes, le dialogue autour de la sexualité. (17)

Une des principales craintes des médecins, concernant la différence de sexe avec leurs patients, est l'érotisation de la relation. Un travail fait par des psychologues interrogeant des médecins sur la sexualité en consultation, confirme cette crainte (71). La principale solution trouvée par les médecins, est de mettre des distances avec les patients du sexe opposé ce qui peut entraîner l'évitement de certains sujets à risque comme la sexualité.

- Examen clinique :

Un examen clinique a été effectué dans 50% des consultations. On peut s'interroger sur l'intérêt d'un examen clinique pour ce type de problème d'autant plus que nous avons fait en sorte que le diagnostic soit clair. On peut supposer qu'il y a tout de même, toujours un intérêt à examiner un patient, même si le diagnostic est déjà fait avec l'interrogatoire :

- un rapprochement physique peut faciliter le dialogue en limitant les barrières physiques et en créant une forme d'intimité entre le médecin et son patient.

- un examen gynécologique ou urologique peut permettre de confirmer le diagnostic et d'éliminer un diagnostic différentiel, il peut également avoir une visée pédagogique (expliquer l'anatomie, rassurer sur la normalité, dédramatiser). Cependant, il n'est pas forcément nécessaire lors de la première consultation pour un problème sexuel d'autant plus que le patient n'est pas forcément à l'aise. Peut-être a-t-il plus sa place dans un second temps ou à la demande du patient quand il se sent prêt, sans jamais forcer. Il pourra également être proposé à la femme, comme il a été suggéré lors d'une consultation, de poser elle-même son speculum. Une autre option est d'utiliser un spéculum de vierge de petite taille avec un bon lubrifiant pour faciliter l'examen clinique (72)(73).

- Prise en charge :

- proposition du praticien : 8 nouvelles consultations m'ont été proposées pour approfondir le sujet, 7 médecins m'ont donné des conseils pratiques pour améliorer ma vie sexuelle (exploration corporelle, utilisation de lubrifiants, augmentation des préliminaires, contrat de non pénétration, alcool pour se relaxer) et enfin 3 médecins ont eu des propos banalisants.

Les conseils, à l'exception de la prise d'alcool, semblent adaptés car ils font partie de la prise en charge des difficultés à la pénétration (connaissance de son corps, retrouver du plaisir avec les préliminaires, stopper le cercle vicieux de la phobie avec le contrat de non pénétration, faciliter la pénétration avec des lubrifiants). Il en va de même pour la proposition de nouvelle consultation, car il est difficile de tout aborder lors d'une première consultation, d'autant plus lorsque l'on est confronté à un nouveau patient. Cela s'inscrit dans l'instauration d'une relation de confiance, où, petit à petit, une alliance thérapeutique se forme entre le praticien et le patient, afin de trouver, ensemble, des solutions pour régler ses problèmes. Enfin, les propos de banalisation ont été utilisés par assez peu de médecins, et il ne s'agit pas, bien-sûr, de tous les propos de la consultation mais uniquement d'une ou quelques phrases. Cependant les professionnels doivent rester vigilants, et ne pas banaliser les problèmes sexuels de leurs patients, car il est déjà difficile pour eux d'oser en parler, d'autant plus lorsque ce sont des problèmes chroniques ayant un impact important sur leurs vies quotidiennes comme dans notre cas (49) (44).

- adressage : j'ai été adressée à un autre professionnel de santé par 19 des 20 médecins (8 médecins à un sexologue, 7 à un gynécologue, 2 à un kinésithérapeute, 1 à un psychologue et 1 à un autre médecin généraliste). Dans un mémoire réalisé par une gynécologue auprès de 275 de ses confrères, 86 % d'entre eux déclaraient ressentir un manque de compétences pour prendre en charge un trouble sexuel et 62% d'entre eux orientaient vers un autre spécialiste les patientes atteintes de vaginisme (18). A moins que le gynécologue soit spécialement formé en sexologie, il semble plus adapté d'adresser directement à un sexologue sauf en cas de doute diagnostique pour éliminer une pathologie organique. La prise en charge chez des kinésithérapeutes formés à ce type de pathologie semble intéressante en parallèle de la sexothérapie (50) (45).

- un traitement médicamenteux a été prescrit par 6 médecins : 2 médecins ont prescrit des décontractants musculaires, 2 des œstrogènes, 1 un antispasmodique et de l'homéopathie et 1 de l'acide folique. Les traitements médicamenteux, même s'ils peuvent faire partie de la prise en charge du vaginisme, ne doivent pas être en première ligne du traitement et doivent bien sûr s'accompagner de la sexothérapie. Cependant aucun des traitements proposés ne fait partie des traitements du vaginisme (48)(40).

- des examens complémentaires ont été prescrits par 4 médecins : 2 ont prescrit une échographie (un par voie endovaginale et un par voie sus pubienne) et 3 ont prescrit un bilan biologique (un des médecins a prescrit une échographie et un bilan biologique). En dehors d'un doute diagnostique, aucun examen complémentaire ne semble recommandé dans les différentes études s'intéressant à la prise en charge du vaginisme (49).

5.2 Forces de l'étude

- Originalité de la méthode :

Le principal intérêt de cette étude est l'observation directe de la pratique des médecins en consultation grâce à l'utilisation de la méthode du patient standardisé. En effet, la plupart des enquêtes s'intéressant à la pratique des médecins généralistes sont des enquêtes déclaratives ce qui entraîne une subjectivité de la part du déclarant et un biais de désirabilité sociale. Dans notre étude, les médecins pensent qu'il s'agit d'un vrai patient et les données recueillies sont donc le reflet de la pratique de chaque médecin.

- Double lecture :

Le fait d'avoir enregistré, puis retranscrit et enfin d'ajouter une double lecture des consultations renforcent l'objectivité de l'interprétation des données recueillies au cours des consultations.

- Exploration du versant féminin et masculin :

La réalisation de cette étude en binôme a permis d'explorer à la fois le versant féminin et masculin des dysfonctions sexuelles. Elle nous a permis de rechercher des différences de prise en charge en fonction du sexe du patient.

5.3 Limites de l'étude

- Taille de l'échantillon :

Nous avons vu 20 médecins chacun soit 40 au total, ce qui limite la généralisabilité de l'étude. Il aurait été difficile pour nous de faire plus de consultations pour différentes raisons de faisabilité :

- les difficultés de recrutement : avec un taux de réponse de seulement 6% nous n'avions pas assez de réponses pour augmenter le nombre de consultations
- le coût de l'étude : en effet n'ayant pas trouvé de financement extérieur, les consultations ont été autofinancées
- le temps nécessaire pour réaliser les consultations

- Représentativité de la population :

Les médecins consultés, pour des raisons logistiques, étaient pour la majorité de Paris et de région Parisienne. Notre population de médecin comportait plus de femmes que d'hommes (23 femmes (58%) contre 17 hommes (43%)), alors que 44% des médecins généralistes sont des femmes (74). La moyenne d'âge des médecins de notre étude (41,95) était inférieure à l'âge moyen des médecins généralistes français (âge moyen des médecins 51,5 an) (75). La majorité des médecins consultés étaient des médecins secteur 1 (95%), ce qui est représentatif de la population des médecins généralistes (seuls 6% exercent en secteur 2) (76).

Enfin, nous avons recruté, pour des raisons éthiques, uniquement des médecins ayant donné leur accord ce qui crée le principal biais de notre étude ; car l'on peut supposer que les médecins ayant accepté de recevoir un patient simulé en consultation, sont plus motivés, plus ouverts à la recherche et se forment plus.

En passant par la mailing liste de la SFTG, nous avons recrutés des médecins adhérents à une société savante à 70%, ce qui représente une population de médecins qui participent à la formation médicale continue. En comparaison, la population médicale se forme assez peu, car seulement 7% des médecins généralistes participent à la FMC (77).

- Biais lié au nouveau patient :

Le fait d'être un nouveau patient est considéré par la plupart des médecins comme chronophage, car il faut consacrer un temps dédié à l'ouverture du dossier et au relevé des antécédents. De plus, pour des sujets aussi intimes, le fait d'avoir déjà établie une relation de confiance avec son médecin traitant facilite le dialogue.

5.4 Perspectives

Il serait tout d'abord nécessaire de conduire des études plus vastes des différents traitements du vaginisme, ou du syndrome de douleur pelvienne et/ou de difficultés à la pénétration, afin d'établir des consensus pour améliorer sa prise en charge. Ainsi, il serait plus facile pour les médecins généralistes de proposer la meilleure prise en charge de cette dysfonction sexuelle.

En parallèle, il serait utile et profitable d'améliorer la formation des médecins généralistes, tant la formation initiale que continue, concernant la prise en charge des dysfonctions sexuelles, ou tout simplement à l'abord de la sexualité en consultation.

Pendant ce temps, il faut bien entendu encourager les médecins généralistes à parler de sexualité, sans brusquer les patients, en laissant toujours la porte ouverte en cas de besoin. Car même en l'absence de formation, le simple fait d'écouter, de recueillir la plainte avec bienveillance et d'orienter vers les personnes qualifiées, peut être réellement bénéfique pour les patients.

Enfin pour approfondir ce projet, il serait intéressant de réitérer ce type d'étude avec un plus grand nombre de consultations standardisées.

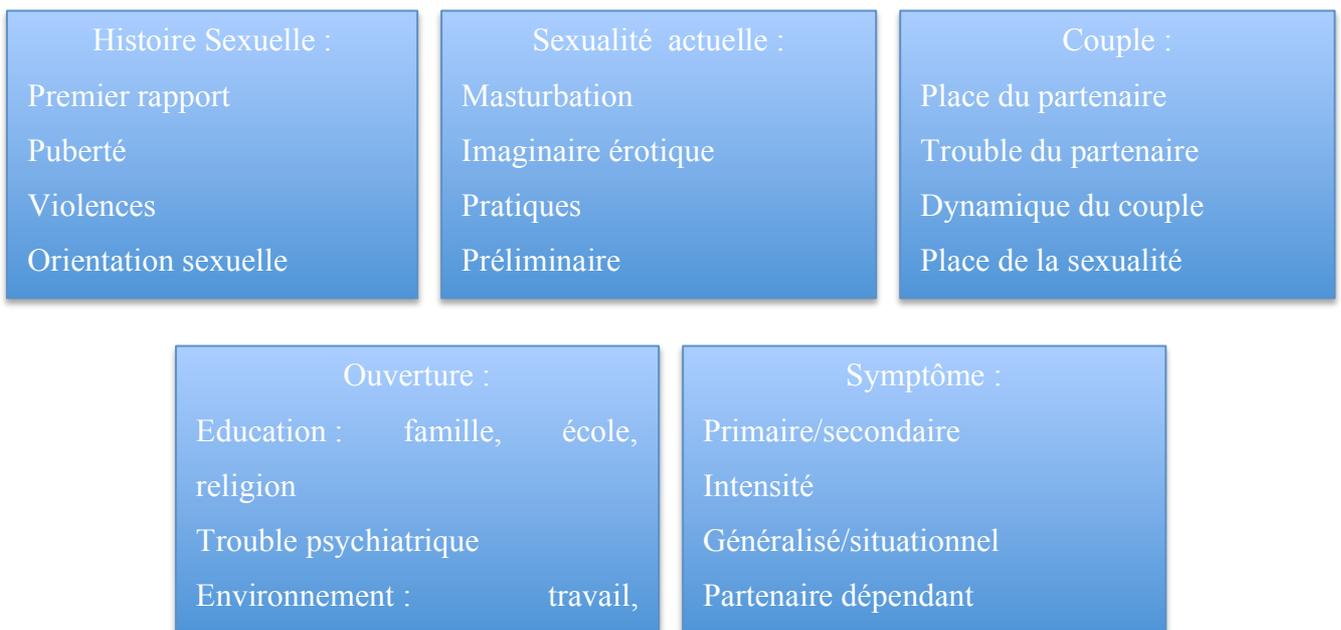
5.5 Proposition d'interrogatoire

Outil d'aide à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale :

1) Savoir être

- Etablir une relation de confiance avec empathie, bienveillance et absence de jugement
- Privilégier un mode d'entretien type motivationnel versus directif
- S'adapter au patient : interrompre le dialogue en cas de refus ou de gêne, questions simples et directes, vocabulaire adapté
- Support visuel : brochures
- Repérer des situations cliniques opportunes : dépistage IST, contraception, ménopause, grossesse, maladie chronique et renouvellement de traitement, certificats médicaux, symptômes psychiatriques (dépression, anxiété)
- Interroger de manière systématique quand les circonstances le permettent
- Se donner du temps :
 - Ouvrir une porte et réitérer le dialogue
 - Proposer une consultation dédiée

2) Savoir Faire : Entretien type en sexologie (68)(51)



3) Prise en charge du vaginisme (51)

Thérapie sexo-corporelle :

- Psychologique :
 - approche cognitive : apporter les connaissances nécessaires en matière d'anatomie et de physiologie, corriger les conceptions erronées, rassurer sur la normalité.
 - approche émotionnel : travail sur l'anxiété et l'estime de soi, gestion du stress par relaxation, hypnose ou méthode cognitive.
 - approche conjugale : encourager la communication verbale et non verbale, la redécouverte de la sensualité, des préliminaires, des jeux érotiques.

- Corporelle : apprentissage de l'anatomie, kinésithérapie de relaxation, utilisation de dilataeur de taille progressive.

Lien utile pour trouver des sexologues formés : AIUS (association interdisciplinaire universitaire de sexologie)

6 CONCLUSION

Ce travail nous a permis d'observer la prise en charge d'un problème sexuel par les médecins généralistes en se rapprochant au plus près de leurs pratiques, grâce à la méthode du patient standardisé. Il confirme les données de la littérature sur la difficulté des médecins généralistes à traiter un problème lié à la sexualité, notamment, lorsque ce sont des questions qui touchent à l'intimité des patients, comme la question des pratiques sexuelles, de l'orientation sexuelle ou de l'orgasme. Cependant, certains aspects de la sexualité ont été plutôt bien explorés par les médecins généralistes, comme la notion de plaisir, les expériences sexuelles passées ou l'exploration du symptôme sexuel.

Ce travail nous a également permis de constater des différences de prise en charge en fonction du sexe du patient notamment concernant les violences et du sexe du médecin.

Enfin, malgré des difficultés à explorer ce sujet, il a permis d'observer chez la plupart des médecins consultés, une attitude empathique, valorisante, des consultations longues ainsi qu'un temps de parole important accordé au patient.

Ce projet constitue un premier travail exploratoire, et il serait intéressant de l'approfondir en réalisant d'autres études avec un plus grand nombre de consultations standardisés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kinsey a. Sexual behavior in human male. Indiana university press. 1948.
2. Masters wh. Human sexual response. London: j. § a. Churchill; 1966.
3. Colson m-h. La sexualité féminine - marie-hélène colson - cavalier bleu éditions
4. Histoire de la médecine sexuelle | urofrance [internet]. [cité 22 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/histoire-de-la-medecine-sexuelle.html>
5. F. Cour. Evolution sociétale de la sexualité | urofrance [internet]. [cité 22 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/evolution-societale-de-la-sexualite.html>
6. Mettre fin à la discrimination contre les hommes et les femmes homosexuels [internet]. 2011 [cité 22 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/news/news/2011/5/stop-discrimination-against-homosexual-men-and-women>
7. Kinsey a. Sexual behavior in human female. Indiana university press. 1953.
8. Giami a. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. J psychol. 1 janv 2011;n° 250(7):56-60.
9. Organization wh. Education and treatment in human sexuality : the training of health professionals, report of a who meeting [held in geneva from 6 to 12 february 1974]. 1975 [cité 20 juin 2017]; disponible sur: <http://www.who.int/iris/handle/10665/38247>
10. World health organization. Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health 28–31 january 2002, geneva [internet]. [cité 20 juin 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf
11. INPES, une approche positive et respectueuse de la sexualité. 30/12/2012 [internet]. [cité 20 juin 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp
12. Giami a. Le médecin, principale composante non-médicale dans le champ de la médecine : représentations de la sexualité chez les médecins généralistes. [cité 20 juin 2017]; disponible sur: http://www.academia.edu/4781226/le_m%C3%A9decin_principale_composante_non-m%C3%A9dicale_dans_le_champ_de_la_m%C3%A9decine_repr%C3%A9sentations_de_la_sexualit%C3%A9_chez_les_m%C3%A9decins_g%C3%A9n%C3%A9ralistes

13. Chaperon s. Nathalie bajos & michel bozon (dir.), Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris, la découverte, 2008, 609 p. *Clio femmes genre hist.* 1 mai 2010;(31):324-6.
14. Brenot p. Les femmes, le sexe et l'amour - Les arènes.
15. Macdowall w, parker r, nanchahal k, ford c, lowbury r, robinson a, et al. « talking of sex »: developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient educ couns.* Déc 2010;81(3):332-7.
16. Smith lj, mulhall jp, deveci s, monaghan n, reid mc. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. *J sex med.* Sept 2007;4(5):1247-53.
17. Macdowall w, wellings k, mercer ch, nanchahal k, copas aj, mcmanus s, et al. Learning about sex: results from natsal 2000. *Health educ behav off publ soc public health educ.* Déc 2006;33(6):802-11.
18. Gicquel a. Le gynécologue face à la plainte sexuelle enquête auprès de 275 gynécologues [internet]. 2012 [cité 22 juin 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_tele/gyneco_plainte_sexuelle.pdf
19. Epidémiologie des IST en France et en Europe [internet]. Veille sexualité / contraception / ist vih sida / relations de genre. [cité 20 juin 2017]. Disponible sur: <http://resodochn.typepad.fr/sexualite/2015/04/epid%c3%a9miologie-des-ist-en-france-et-en-europe.html>
20. Vilain a. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 », études et résultats, n°968, DREES, juin. [internet]. [cité 20 juin 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/img/pdf/er968.pdf>
21. Jugnon formentin l. Anatomie du sexe féminin : evaluation du niveau de connaissance des femmes majeures consultant en medecine generale en region rhone-alpes. Etude transversale descriptive à partir de 262 questionnaires. 2015.
22. Giami a. Sexual health: the emergence, development, and diversity of a concept. *Annu rev sex res.* 2002;13:1-35.
23. Abdolrasulnia m, shewchuk rm, roepke n, granstaff us, dean j, foster ja, et al. Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. *J sex med.* Juill 2010;7(7):2499-508.
24. Meystre-agustoni g, jeannin a, de heller k, péroud a, bodenmann p, dubois-arber f. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss med wkly.* 8 mars 2011;141:w13178.

25. Hojat m, gonnella js, nasca tj, mangione s, vergare m, magee m. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am j psychiatry*. Sept 2002;159(9):1563-9.
26. Zipper a-c. The consultation and relational empathy (care) measure: questionnaire pilote en langue française des de médecine général, ujf grenoble. 2012.
27. Kelley jm, kraft-todd g, schapira l, kossowsky j, riess h. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Plos one*. 2014;9(4):e94207.
28. Marvel mk, epstein rm, flowers k, beckman hb. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *Jama*. 20 janv 1999;281(3):283-7.
29. Guide de ressources health canada santé. Outils de communication : la communication efficace ... A votre service, guide de ressources à l'usage des praticiens [internet]. 1999 [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: http://publications.gc.ca/collections/collection/h88-3-30-2001/pdfs/com/tt2res_f.pdf
30. Guillebaud j-c. La tyrannie du plaisir, édition seuil
31. Les hommes, le sexe et l'amour. Les arènes.
32. Binik ym. The dsm diagnostic criteria for vaginismus. *Arch sex behav*. Avr 2010;39(2):278-91.
33. Promotion of sexual health: recommendations for action proceedings of a regional consultation convened by pan american health organization (paho) world health organization (who) in collaboration with the world association for sexology (was) in antigua guatemala, guatemala may 19-22, 2000 [internet]. [cité 20 juin 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf
34. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.. 2000.
35. Reissing ed, binik ym, khalifé s. Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *J nerv ment dis*. Mai 1999;187(5):261-74.
36. Reissing ed, binik ym, khalifé s, cohen d, amsel r. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch sex behav*. Févr 2004;33(1):5-17.
37. Van lankveld jjdm, granot m, weijmar schultz wcm, binik ym, wesselmann u, pukall cf, et al. Women's sexual pain disorders. *J sex med*. Janv 2010;7(1 pt 2):615-31.

38. Crowley t, goldmeier d, hillier j. Diagnosing and managing vaginismus. *Bmj*. 18 juin 2009;338:b2284.
39. Rosen rc, taylor jf, leiblum sr, bachmann ga. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J sex marital ther*. 1993;19(3):171-88.
40. Melnik t, hawton k, mcguire h. Interventions for vaginismus. *Cochrane database syst rev*. 12 déc 2012;12:cd001760.
41. Wijma b, engman m, wijma k. A model for critical review of literature - with vaginismus as an example. *J psychosom obstet gynaecol*. Mars 2007;28(1):21-36.
42. Association ap. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition: dsm-5. 5 edition. Washington, d.c: american psychiatric publishing; 2013. 991 p.
43. Giuliano f. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. [/data/revues/11667087/v23i9/s1166708713000110/](#) [internet]. 7 mars 2013 [cité 20 juin 2017]; disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/818833>
44. Reissing ed. Consultation and treatment history and causal attributions in an online sample of women with lifelong and acquired vaginismus. *J sex med*. Janv 2012;9(1):251-8.
45. Pacik pt, geletta s. Vaginismus treatment: clinical trials follow up 241 patients. *Sex med*. Juin 2017;5(2):e114-23.
46. Friedman lj. *Virgin wives : a study of unconsummated marriages* [internet]. [london] : tavistock publications [distributed by barnes & noble; 1971 [cité 20 juin 2017]. Disponible sur: <http://trove.nla.gov.au/work/11858640>
47. Jarrousse n, poudat f-x. *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. 2e éd. Paris; milan: editions masson; 1992. 272 p.
48. Pacik pt. Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia. *Aesthetic plast surg*. Déc 2011;35(6):1160-4.
49. Lahaie m-a, boyer sc, amsel r, khalifé s, binik ym. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Womens health lond engl*. Sept 2010;6(5):705-19.
50. Pacik pt. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *Int urogynecology j*. Déc 2014;25(12):1613-20.
51. Hedon f, cour f. Ce qu'il faut savoir de la pratique sexologique pour l'exercice quotidien. *Prog en urol*. 1 juill 2013;23(9):822-31.

52. Barrows hs. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Aamc. Acad med j assoc am med coll.* Juin 1993;68(6):443-451-453.
53. Quenon j-l, gaudel m. Evaluation des pratiques des professionnels de santé avec des patients standardisés incognito: une méthode à développer en France ? *Risques qual en milieu soins.* 2014;11(3):71-8.
54. Lorenzo a, schildt p, lorenzo m, falcoff h, noel f. Acute low back pain management in primary care: a simulated patient approach. *Fam pract.* Août 2015;32(4):436-41.
55. Alte d, weitschies w, ritter ca. Evaluation of consultation in community pharmacies with mystery shoppers. *Ann pharmacother.* Juin 2007;41(6):1023-30.
56. Rethans jj, van boven cp. Simulated patients in general practice: a different look at the consultation. *Br med j clin res ed.* 28 mars 1987;294(6575):809-12.
57. Rethans jj, sturmans f, drop r, van der vleuten c. Assessment of the performance of general practitioners by the use of standardized (simulated) patients. *Br j gen pract j r coll gen pract.* Mars 1991;41(344):97-9.
58. Catrice m. Elaboration of a standard design for studies based on the standardized patient method [internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5214_173-82_exercer126_catrice_1.pdf
59. Mazel a-e. Evaluation de l'accès à l'IVG en médecine de ville par la méthode du patient standardisé - document [internet]. 2015 [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01152545/document>
60. La durée des séances des médecins généralistes - études et résultats - ministère des solidarités et de la santé [internet]. [cité 10 juill 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
61. Stephan h. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale. A propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes. [internet]. 2012 [cité 10 juill 2017]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/413/1/2012tou31076.pdf>
62. Barais m, cadier s, chiron b, barraine p, nabbe p, le reste jy., e. Ejaculation prématurée : stratégies pour aborder le sujet en médecine générale. [internet]. *Exercer, la revue francophone de médecine générale.* 2011 [cité 22 août 2017]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>

63. Nusbaum mrh, hamilton c. The proactive sexual health history: key to effective sexual health care. *Am fam physician*. 1 nov 2002;66(9):1705.
64. Lazimi g. 2. Lazimi g. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace, intéressant ? Etude réalisée par 51 médecins, 2 sages-femmes. 557 patientes interrogées. [mémoire dans le cadre du diplôme universitaire « stress, traumatisme et pathologies »]. 2007.
65. Bartoli s. Aborder la sexualité en médecine générale : attentes, opinions et représentations des hommes. Enquête qualitative menée par seize entretiens semi-directifs en Charente-Maritime et en Côtes d'Armor - 3a04ff49-a1fb-4e72-a1c6-826c48923514 [internet]. 2004 [cité 22 août 2017]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/3a04ff49-a1fb-4e72-a1c6-826c48923514>
66. Fivet c. Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale ? Enquête qualitative auprès de patientes à la Réunion. [internet]. 2015 [cité 22 août 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01133386/document>
67. Jaspard m. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France [internet]. 2000 [cité 4 sept 2017]. Disponible sur: http://www.unece.org/fileadmin/dam/stats/gender/vaw/surveys/france/publicat_france.pdf
68. L'anamnèse DIU de sexologie 28 janvier 2005 Dr Marie Hélène Colson directeur d'enseignement DIU sexologie Marseille et Montpellier [internet]. [cité 20 juin 2017]. Disponible sur: <http://sfms.free.fr/cube/2008-sfms-colson01.pdf>
69. Brispot l. Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre ? [internet]. 2013 [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/253/1/2013tou31097.pdf>
70. Benhayoun f. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique [internet]. 2014 [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/img/pdf/benhayoun-these.pdf>
71. Moulin p. La construction de la sexualité chez les professionnels de santé et du travail social ou la normalisation des conduites profanes, abstract. *Nouv rev psychosociologie*. 20 nov 2007;(4):59-88.
72. Soulat c. L'examen gynécologique par l'équipe du centre d'ivg et de contraception de l'hôpital Louis-Mourier de Colombes (92) [internet]. Disponible sur: dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/cours/civg/exagyn.doc

73. Soulat c. L'examen clinique en gynécologie - cours.pdf [internet]. 2011 [cité 4 sept 2017]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/ue-gynecologie/examen_gynecologique/site/html/cours.pdf
74. Repères statistiques - Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes [internet]. [cité 4 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/reperes-statistiques-79/>
75. Cristofari. Démographie médicale : généralistes en baisse, spécialistes en hausse [internet]. Syndicat MGFrance. [cité 4 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/545-demographie-medicale-generaliste-en-baisse-specialistes-en-hausse>
76. CISS pratique sécurité sociale l'exercice libéral de la médecine honoraires médicaux et taux de prise en charge par l'assurance maladie [internet]. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: <http://www.leciss.org/sites/default/files/44-exercice%20liberal%20medecine-fiche-ciss.pdf>
77. Duhamel a. Formation Médicale Continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins [internet]. 2008 [cité 10 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000751.pdf>

ANNEXE 1 Female sexual function Index (FSFI)

Instructions : Les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos réactions sur le plan sexuel au cours des 4 dernières semaines. Veuillez répondre à ces questions aussi sincèrement et clairement que possible. Vos réponses resteront strictement confidentielles. Lorsque vous répondrez aux questions, tenez compte des définitions suivantes :

L'activité sexuelle peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation et la pénétration vaginale.

Le rapport sexuel se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.

La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.

Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel.

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

5 = Presque toujours ou toujours

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

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

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

1 = Presque jamais ou jamais

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

5 = Très élevé

4 = Élevé

3 = Moyen

2 = Faible

1 = Très faible ou inexistant

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

Q3 Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant

une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Presque toujours ou toujours

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

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

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

1 = Presque jamais ou jamais

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

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Très élevé

4 = Élevé

3 = Moyen

2 = Faible

1 = Très faible ou inexistant

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

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Extrêmement sûre

4 = Très sûre

3 = Moyennement sûre

2 = Peu sûre

1 = Très peu sûre ou pas sûre du tout

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

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Presque toujours ou toujours

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

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

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

1 = Presque jamais ou jamais

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

5 = Presque toujours ou toujours

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

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

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

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

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

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible

2 = Très difficile

3 = Difficile

4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

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

5 = Presque toujours ou toujours

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

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

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

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

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

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 1 = Extrêmement difficile ou impossible
- 2 = Très difficile
- 3 = Difficile
- 4 = Légèrement difficile
- 5 = Pas difficile

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

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

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

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 1 = Extrêmement difficile ou impossible
- 2 = Très difficile
- 3 = Difficile
- 4 = Légèrement difficile
- 5 = Pas difficile

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

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

0 = Aucune activité sexuelle

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

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

0 = Aucune activité sexuelle

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

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

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

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

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

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Presque toujours ou toujours

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

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

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

5 = Presque jamais ou jamais

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

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Presque toujours ou toujours

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

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

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

5 = Presque jamais ou jamais

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

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Très élevé

2 = Élevé

3 = Moyen

4 = Faible

5 = Très faible ou inexistant

ANNEXE 2 Scénario

- Identité :

Mlle Chloé C, née le 08/05/1986, 30 ans, 111 rue de Crimée à Paris, 0609617752

1^{ère} consultation

MT : Dr B Courbevoie (près de chez mes parents)

Pourquoi consulter ce médecin : car il est plus proche de mon travail et que c'est un sujet délicat et je n'ose pas en parler à mon médecin traitant.

Profession : conseillère bancaire

Pas de carte vitale car perdue, en cours de renouvellement

- Antécédents :

- Personnel : Aucun antécédent, pas d'allergie
- Familiaux : IDM chez mon grand père à l'âge de 70 ans
- Chirurgicaux : aucun
- Mode de vie : tabac et alcool occasionnel, pas d'autres toxiques, absence de violence subie.
- Gynécologique : Contraception orale : mélodia depuis le début de la sexualité soit 24 ans, arrêtée il y a 6 mois en raison d'un projet de grossesse, aucun FCV réalisé jusqu'à maintenant car examen gynécologique impossible, non vaccinée contre l'HPV.

- Motif de consultation : Difficultés à avoir des relations sexuelles avec mon compagnon.

- Histoire de la maladie :

Description du symptôme :

Difficulté existant depuis le début de ma vie sexuelle (autour de 24 ans).

Pénétration impossible avec contraction musculaire et douleur.

Avec tous les partenaires.

Dans toutes les situations y compris l'examen gynécologique.

Tampons et pénétration digitale possible.

Peur et anticipation de la pénétration.

Aggravation des symptômes au cours du temps.

Donc vaginisme primaire, partiel, généralisé non compliqué.

Relation de couple :

En couple depuis 3 ans, relation stable.

Désir d'enfant.

3^{ème} partenaire, relation longue, symptôme présent avec chaque partenaire.

Partenaire à l'écoute et compréhensif.

Espacement des rapports sexuels.

Légère tension au sein du couple.

Communication très présente.

Sexualité :

Hétérosexuelle

Pratique de la masturbation clitoridienne avec plaisir et orgasme.

Sexualité satisfaisante.

Existence d'imaginaire érotique et fantasmes.

Pas de pornographie.

Pratique des préliminaires (masturbation, fellation, cunnilingus).

Partenaire sexuel :

Peu d'appétit sexuel.

Partenaire doux.

Légère frustration.

Absence de dysfonction sexuelle.

Solutions tentées :

Augmenter les préliminaires.

Changer de situation.

Lubrifiant.

Vie professionnelle :

Conseillère bancaire (choix de la compagnie en fonction du lieu).

Bonne ambiance.

Un peu de stress.

Famille :

Issue d'une famille bourgeoise (mère Infirmière, père cadre chez Total).

Éducation catholique.

Relation fusionnelle avec sa mère.

Père plutôt absent avec éducation stricte.

1 sœur qui vient d'accoucher.

Examen gynécologique :

1 tentative échouée d'examen au début de la vie sexuelle à 25 ans, jamais de FCV.

Signe de fragilité :

Absence de violence.

Absence d'abus sexuel.

Pas de consommation de toxique.

Pas de pathologie psychiatrique.

ANNEXE 3 Mail de recrutement envoyé aux médecins

Chère consœur, cher confrère,

Nous sommes 4 internes du Département de Médecine Générale de Paris V qui allons étudier, sous la direction de Stéphanie Sidorkiewicz (Chef de clinique, stephanie.sidorkiewicz@gmail.com) et François Bloede (MCA, francois.bloede@orange.fr) la prise en charge d'un thème spécifique à la médecine générale.

Nous avons choisi la méthode du patient simulé, méthode de référence qui garantit la plus grande objectivité. L'objectif n'est pas de juger nos pratiques généralistes mais de les comparer aux recommandations actuelles, de repérer ce qui est pertinent et réalisable dans le temps d'une consultation.

Il s'agira pour vous, si vous acceptez, de recevoir ce patient simulé. La consultation vous sera réglée, et la feuille de soins détruite. La consultation sera enregistrée pour permettre une double lecture et les informations seront anonymisées.

Nous vous contacterons dès la fin de l'étude pour vous informer de l'identité du patient simulé et du sujet de la thèse et vous convierons à une réunion d'échange sur le sujet au cours de laquelle nous vous présenterons les résultats de notre travail.

Merci, si vous acceptez de recevoir un patient « simulé-standardisé » de donner votre accord via ce lien en quelques clics:

<http://app.evalandgo.com/s/?id=JTIDbCU5QW0IOUI=&a=JTICbyU5NW8IOTY=>

Merci d'avance de votre réponse

Bien cordialement,

ANNEXE 4 Échelle CARE en français

The CARE Measure

© Stewart W Mercer 2004

1. S'il vous plaît, veuillez remplir le questionnaire concernant la consultation que vous venez de passer. Veuillez cocher au moins une case pour chaque question et remplir chaque question.

	insuffisant	moyen	bon	Très bon	excellent	Sans objet
le médecin stagiaire :						
1. Vous a mis à l'aise..... <i>(chaleureux vis à vis de vous , avec respect Ni froid, ni cassant)</i>	ū	ū	ū	ū	ū	ū
2. Vous a laissé exposer votre problème <i>(laissé du temps pour décrire vos maux avec votre vocabulaire, Sans vous interrompre ou vous perturber)</i>	ū	ū	ū	ū	ū	ū
3. Etait à votre écoute ... <i>(Attentif à ce que vous dites, sans regarder ses notes ou l'ordinateur pendant que vous parliez)</i>	ū	ū	ū	ū	ū	ū
4. S'est intéressé à vous dans votre globalité. <i>(a demandé et cherché à connaître les détails pertinents de votre vie, votre situation,</i>	ū	ū	ū	ū	ū	ū

<i>sans vous prendre pour un "numéro »)</i>						
5. A pleinement compris vos problèmes	ü	ü	ü	ü	ü	ü
<i>(montré qu'il avait pleinement compris vos problèmes sans en écarter aucun)</i>						
6 A montré de l'attention et de la compassion.	ü	ü	ü	ü	ü	ü
<i>(a semblé personnellement concerné par vous, humain, sans être indifférent ou détaché)</i>						
7. A été positif.....	ü	ü	ü	ü	ü	ü
<i>(avoir une approche et une attitude positive; Être honnête et objectif sur vos problèmes)</i>						
8. A expliqué clairement les choses...	ü	ü	ü	ü	ü	ü
<i>(répondu à toutes vos questions expliqué clairement donné une information claire sans être flou),</i>						
9. Vous a aidé à l'autonomie.....	ü	ü	ü	ü	ü	ü
<i>(exploré avec vous ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé plutôt que vous faire la leçon)</i>						
10. A élaboré un plan d'action avec vous	ü	ü	ü	ü	ü	ü
<i>(discuté les choix possibles, vous a impliqué dans les décisions sans négliger votre point de vue)</i>						

ANNEXE 5 Lettre de révélation de l'identité

Bonjour,

Suite à votre accord pour recevoir un patient simulé, je suis venu vous consulter. Je tenais à vous remercier sincèrement pour votre participation. Nous avons réussi à recruter 80 médecins (soit 40 médecins par sujet de thèse, les 2 sujets sont les dysfonctions sexuelles et la prise de risque sexuel). Jeremy Bertoncini et moi travaillons sur les dysfonctions sexuelles. Je me charge de l'exemple du vaginisme et Jérémy de l'éjaculation précoce. Les 2 autres internes travaillent sur la prise de risque sexuel. Vous faites partie des médecins que j'ai consulté dans le cadre de ma thèse et je tenais à vous remercier une nouvelle fois pour votre accueil, votre écoute, votre bienveillance. Il nous reste encore beaucoup de consultations à faire mais nous devrions pouvoir finaliser nos thèses fin 2016/début 2017. Nous vous convierons à une réunion d'échange sur le sujet au cours de laquelle nous vous présenterons les résultats de notre travail. Si vous avez des remarques concernant la consultation, au niveau de mon jeu de rôle ou si vous aviez deviné que je n'étais pas une vraie patiente ou si vous avez eu des doutes, n'hésitez pas à m'en faire part pour que je puisse prendre en compte vos conseils pour les consultations qu'il me reste à réaliser. N'hésitez pas non plus si vous avez des questions ou remarques par rapport au projet de thèse. Pour finir, merci de ne pas ébruiter le sujet de notre thèse avant que nous ayons fini les consultations simulées pour éviter que nous soyons découverts. Et vous pouvez bien entendu détruire mon dossier.

Bien cordialement,

Mlle Chloe Cloppet

Interne médecine générale Paris Descartes

PRISE EN CHARGE D'UN SYMPTOME SEXUEL PAR LES MEDECINS GENERALISTES : LE VAGINISME :

RÉSUMÉ :

CONTEXTE : La sexualité fait partie intégrante de la vie des patients et les médecins généralistes sont en première ligne pour promouvoir une bonne santé sexuelle. Cependant les médecins trouvent souvent difficile d'aborder la sexualité de leurs patients.

OBJECTIFS : Ce travail a pour objectif la description de la prise en charge d'un problème sexuel par les généralistes avec l'exemple du vaginisme, et de l'éjaculation prématurée.

METHODE : La méthode utilisée est celle du patient standardisé. Deux internes ont effectués chacun 20 consultations simulées. Les médecin recrutés étaient des généralistes d'Ile de France, secteur 1 et 2, sans orientation, et ayant donné leur accord.

RESULTATS : Nous avons analysé 40 consultations. Certains aspects de la sexualité ont été bien abordés, comme la notion de plaisir, l'expérience sexuelle et la caractérisation du symptôme. La médiane de l'échelle CARE était de 32,6, les consultations ont duré en moyenne 19,9 minutes, 60% des médecins ont eu une attitude valorisante et le temps de parole accordé au patient était de 34,86%. D'autres aspects ont été moins bien abordés, comme les pratiques sexuelles, l'orientation sexuelle ou l'orgasme. Nous avons mis en évidence certaines différences de prise en charge en fonction du sexe du patient et sexe du médecin.

CONCLUSION : Ce travail a donc permis d'observer la prise en charge des généralistes concernant un problème sexuel. Il serait bénéfique d'augmenter leur formation sur ces sujets, en les sensibilisant sur leur légitimité à aborder la sexualité de manière orientée ou systématique, en s'appuyant sur l'attente des patients et sur leurs rôles de promotion d'une bonne santé sexuelle.

Mots-Clés : vaginisme, médecin généraliste, dysfonction sexuelle, patient standardisé.

ABSTRACT:

BACKGROUND: Sexuality is an integral part of patient's life and general practitioners are on the frontline to promote a good sexual health. However doctors often find it difficult to approach the sexuality of their patients.

OBJECTIVES: This work aims to describe the management of a sexual problem by general practitioners with the example of vaginismus and premature ejaculation.

METHOD: We use the methodology of the standardized patient. Two interns each have conducted 20 simulated consultations. Recruited physicians comes from Île de France region, sector 1 or 2, with no particular orientation, and have agreed to the study.

RESULTS: We analyzed 40 consultations. Some aspects of sexuality have been well covered, such as the notion of pleasure, sexual experience and the characterization of the symptom. The median of the CARE scale was 32.6, consultations lasted 19.9 minutes on average, 60% of doctors had a rewarding attitude and the time allocated to the patient was 34.86%. Other aspects were less well addressed, such as sexual practices, sexual orientation or orgasm. We have highlighted some differences in management depending on the sex of the patient and the gender of the physician.

CONCLUSION: This work allowed us to observe the management of general practitioners regarding a sexual problem. It would be beneficial to increase their training on these subjects, by sensitizing them on their legitimacy to approach sexuality in an oriented or systematic way, based on patient expectations and their roles to promote sexual health.

Keywords: sexual dysfunction, vaginismus, general practitioner, standardized patient

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06**