

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ANALYSE DES BESOINS EN DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL  
DE MÉDECINS DE FAMILLE ET RÉSIDENTS EN MÉDECINE FAMILIALE  
RELATIVEMENT À LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ SEXUELLE  
DE LEURS PATIENTS

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ COMME  
EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR  
MARIE-JOËLLE CÔTÉ

OCTOBRE 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

*« Une personne déterminée ne trouve pas qu'il est difficile de réussir, mais qu'il est difficile d'arrêter d'essayer ».*

– Alain Stebler

## AVANT PROPOS

Le plan initial était d'effectuer une analyse qualitative et quantitative des besoins, puis d'élaborer, d'implanter et d'évaluer un programme-pilote de formation en santé sexuelle pour les médecins. On ne compte plus les efforts déployés pour espérer rencontrer ces objectifs, mais plusieurs circonstances ont fait en sorte que nos idéaux ambitieux ont été revus en cours de route, puis transformés en un objectif plus modeste, mais réaliste selon les contraintes de temps, de budget et d'énergie que nous impose le cadre universitaire pour produire un mémoire.

Cette mobilisation pour intégrer la cause de la santé sexuelle humaine à son juste titre parmi les soins de santé québécois a pris racine au fil des discussions informelles que j'ai eues avec différents professionnels de la santé, alors que j'étais réceptionniste en clinique médicale pendant mon baccalauréat en psychologie, avec des gens passionnés qui dédient leur carrière au service de la population et de leurs patients. Ces personnes sensibles, humbles et généreuses m'ont beaucoup inspirée. À vous qui vous reconnaissez, je vous dédie ce mémoire.

Ce chemin fut beaucoup plus profond que je ne l'aurais imaginé. Il s'agit d'une expérience au-delà des mots. Parallèlement à la rédaction de ce document, ce fut pour moi un véritable chantier de réaménagement de ma personnalité. Assumer nos choix. Terminer ce que l'on commence. Il n'existe pas de raccourci pour se rendre au bout de soi-même. J'ai constaté qu'un mémoire sous-tend l'investissement personnel de plusieurs personnes qui travaillent ensemble vers un but commun : cette solidarité pour une même cause en fait son essence même. En même temps, j'ai eu l'occasion de prendre la pleine mesure de cette solitude

propre à tout être humain, alors que je me suis retrouvée face à cette page blanche que moi seule devais remplir. J'ai appris qu'il suffit d'une simple idée pour nous retrouver dans des univers auparavant déserts et inexplorés. J'ai appris à m'approprier mon idée, à y croire malgré les embûches administratives et organisationnelles qui rendent plus souvent qu'autrement ce processus très lourd. J'ai appris à collaborer avec une directrice bien généreuse de son temps, qui ne compte pas ses heures de travail ni ses efforts pour atteindre un objectif. J'ai appris à ne jamais laisser des contraintes extérieures avoir raison de mon enthousiasme. C'est une véritable dévotion et une prise de position ferme qui doivent émerger de nous-mêmes si nous souhaitons espérer terminer un jour. Nous ne l'avons pas eu facile, mais je crois que nous aurons réussi à produire ensemble quelque chose de bien.

Par ailleurs, au-delà de ce mémoire, j'espère que cette contribution à la société, aussi mince soit-elle, fera son chemin.

La porte reste toujours ouverte, car je suis déterminée.

Je suis prête pour la suite.

Bonne lecture.

## REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'aurait jamais abouti sans la confiance inconditionnelle et le soutien constant de ma directrice Joanne Otis. Merci Joanne d'avoir cru en mon idée et en moi. Une femme vraie, avec une personnalité créative et colorée. Merci d'avoir pardonné mes angoisses et d'avoir respecté mon rythme. Merci d'avoir embarqué à pieds joints lorsque j'ai finalement décidé de tout donner pour de mener ce projet jusqu'au bout. Chanceux sont les étudiants qui croisent ta route.

Merci au personnel des Unités de Médecine Familiale Laval et Laurier qui avez su stimuler ma curiosité envers le bien-être des patients par votre exemple, pendant mes études premier cycle universitaire. Merci Charline et Nadia, pour le coup de pouce dans mes démarches. Merci à tous ceux qui ont pris le temps de participer au projet, malgré un emploi du temps si chargé. Votre geste a fait toute la différence.

Merci à ma famille de m'avoir appris les valeurs de faire les choses par passion, à écouter ma petite voix intérieure et à me faire confiance. Mes parents, mon frère Jordan, Gérard et Mado, Moe et Charlotte, parrain et marraine pour votre soutien inconditionnel. Serge, merci pour ta générosité et ton temps. Jessie, pour nos moments entre cousines. Claire et Claude, esprits voyageurs, devenus ma famille grâce à notre précieuse Kathleen que je remercie aussi.

Merci à mes amis et collègues d'études pour votre compassion et votre accompagnement. Josianne et Benoît, un immense merci de votre accueil généreux chaque semaine, pendant deux ans, alors que j'avais besoin d'un toit pour mes deux journées de cours à Montréal. J'y ai trouvé beaucoup plus : des amis extraordinaires et riches de leur personne. Mariève, merci pour ton aide inestimable et ta présence attentive. Mylène, ton humour, ta force et ta solidarité envers ce que c'est que de terminer un mémoire, m'ont grandement aidée du début à la fin. Tu as été mon exemple! Mariya, Anne, Estelle, Mélanie, Carl, Pete, Virginie, Alexandra, mes amies d'enfance Jessica, Anne-Marie et Marie-Hélène, vous m'avez inspirée chacun à votre façon. Marie-Nick, je n'aurai plus cette maîtrise comme prétexte pour venir te

voir à Laval, mais on pourra continuer de faire du cheval ensemble comme deux petites filles insouciantes et complètement libres, comme d'habitude. Olivier, merci pour tes précieux talents informatiques avec SPSS et pour ton positivisme à toute épreuve.

Merci à mes chers collègues de travail du 388, cet endroit unique qui n'a d'équivalent nulle part ailleurs, pour vos encouragements. Mon processus est devenu franchement plus difficile après vous avoir rencontrés, parce que j'aurais voulu avoir déjà terminé et faire de la clinique avec vous. Vous êtes des cordonniers bien chaussés. Je suis fière de faire partie de votre équipe. Merci particulièrement à Lucie Cantin d'avoir porté avec moi ce sac à dos trop lourd jusqu'à la ligne d'arrivée. Votre bienveillance et votre enthousiasme ont fait toute la différence pour moi. Merci aux usagers qui, par votre créativité et votre persévérance, m'inspirez au quotidien à toujours me dépasser.

Merci Ludivine et Jessica pour vos judicieux conseils en stat, qui ont simplifié de beaucoup mes analyses. Ludivine, tu devrais enseigner, tu as un talent fou pour vulgariser!

Merci à Mme Louise Aubertin qui m'a donné des repères pour penser un éventuel programme-pilote auprès des médecins de famille. Bien que ce programme n'ait pas vu le jour dans le cadre de ce mémoire, je vous remercie d'avoir pris le temps de m'aider ainsi.

Merci à mon cheval, Cortado, mon meilleur ami, mon coéquipier préféré. Tu es le principal déterminant de mon équilibre mental pendant ce processus exigeant. Tu as su me ramener dans l'importance du moment présent, ce qui m'a permis de me remettre au travail ensuite, chaque fois, l'esprit plus léger. Tu peux compter sur moi pour te rendre la pareille en t'offrant le plus beau bouquet de carottes et la vie paisible et heureuse que tu mérites.

Finalement, un merci bien spécial à mon partenaire de vie, Erick. Tu es formidable. Tu es beau à tous les égards. Merci d'avoir respecté mes silences et mes absences alors que je devais passer du temps sur ce document au lieu de t'accorder du temps à toi. Merci de m'avoir assurée que le meilleur est à venir. Je t'aime et j'ai hâte à cet avenir avec toi au-delà de mes études, une vie d'aventuriers un peu fous qui plongent tête première et avec passion.

J'aurai pour vous tous une pensée remplie de gratitude au moment du dépôt de ce mémoire. C'est grâce à vous tous s'il a vu le jour. Vous en faites tous partie. Mille mercis.

## TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS .....	III
REMERCIEMENTS.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	XI
LISTE DES FIGURES .....	XIII
RÉSUMÉ .....	XV
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE.....	2
1.1 La communication entre le médecin et son patient.....	2
1.2 Une prise en charge proactive et systématique de la santé sexuelle par le médecin de famille : un incontournable.....	3
1.3 Des pratiques professionnelles hétérogènes et une prise en charge non systématique de la santé sexuelle des patients .....	5
1.4 Obstacles et conditions facilitant une prise en charge efficace et systématique de la santé sexuelle.....	6
1.5 Objectif général de l'étude .....	6
1.6 Pertinence de l'étude .....	7
CHAPITRE II	
ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	10
2.1 Les pratiques professionnelles actuelles en matière de prise en charge de la santé sexuelle .....	10
2.2 Les attitudes, le sentiment de confort et l'efficacité personnelle des médecins de famille .....	12
2.3 Les caractéristiques des patients affectant les pratiques professionnelles.....	14
2.3.1 L'âge de la clientèle.....	14
2.3.2 Le sexe.....	14

2.3.3	L'orientation sexuelle.....	15
2.3.4	L'appartenance ethnoculturelle.....	16
2.3.5	Autres facteurs associés au patient.....	17
2.4	Les obstacles de nature structurelle.....	17
2.5	Le manque de formation.....	18
<b>CHAPITRE III</b>		
	<b>CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>22</b>
3.1	Définition des concepts-clés.....	22
3.1.1	Besoin.....	22
3.1.2	Besoin ressenti.....	22
3.1.3	Analyse de besoins.....	23
3.1.4	Santé sexuelle.....	23
3.1.5	Prise en charge.....	23
3.1.6	Anamnèse de la santé sexuelle.....	24
3.1.7	Traiter.....	24
3.1.8	Référer.....	24
3.2	Le modèle intégrateur de changement de comportement.....	24
3.3	Définition des concepts liés au modèle de changement de comportement.....	27
3.3.1	Comportement lié à la santé.....	27
3.3.2	Intention.....	27
3.3.3	Attitudes.....	28
3.3.4	Normes.....	28
3.3.5	Contrôle perçu.....	29
3.3.6	Comportement passé.....	30
3.4	Questions de recherche.....	30
<b>CHAPITRE IV</b>		
	<b>MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>32</b>
4.1	Plan général de la recherche.....	32
4.2	Phase 1 : Volet qualitatif.....	33
4.2.1	Guide de discussion.....	33

4.2.2	Description du milieu, stratégies de recrutement et déroulement de la collecte de données.....	34
4.2.3	Considérations déontologiques et éthiques.....	36
4.2.4	Analyse de contenu thématique.....	36
4.2.5	Développement du questionnaire.....	37
4.2.6	Description de l'instrument.....	37
4.3	Phase 2 : Volet quantitatif.....	42
4.3.1	Stratégies de recrutement et déroulement de la collecte de données.....	42
CHAPITRE V		
	RÉSULTATS.....	46
5.1	Volet qualitatif.....	46
5.1.1	Attitude.....	46
5.1.2	Contrôle perçu.....	50
5.1.3	Résultats qualitatifs en lien avec le questionnaire.....	63
5.2	Volet quantitatif.....	66
5.2.1	Les comportements relatifs à l'anamnèse sexuelle.....	67
5.2.2	Les variables psychosociales.....	70
5.2.3	Les facteurs associés au comportement passé et à l'intention.....	81
5.2.4	Les besoins en outils et thèmes de formation relatifs à la prise en charge de la santé sexuelle.....	83
CHAPITRE VI		
	DISCUSSION.....	86
6.1	L'écart entre les pratiques professionnelles attendues du médecin de famille et les pratiques professionnelles réelles relativement à la santé sexuelle.....	86
6.1.1	Les variables psychosociales.....	89
6.2	Des besoins évidents en matière d'outils et de formations pour systématiser et uniformiser les pratiques professionnelles relatives à la santé sexuelle.....	96
6.3	Recommandations pour l'action et cibles de changement.....	98

6.3.1	La collaboration interdisciplinaire, le développement d'outils standardisés et les cibles de changement des futures formations initiales et continues en santé sexuelle .....	98
6.4	Forces et limites de l'étude.....	102
6.5	Pistes de recherches futures.....	105
	BIBLIOGRAPHIE.....	110
	APPENDICE A GUIDE DE DISCUSSION - PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE EN UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE.....	116
	APPENDICE B FORMULAIRES DE CONSENTEMENT .....	118
	APPENDICE C QUESTIONNAIRE ANALYSE DE BESOINS EN DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL EN SANTÉ SEXUELLE À L'INTENTION DE MÉDECINS ET RÉSIDENTS EN UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE .....	126
	APPENDICE D FICHE DE PRÉVENTION CLINIQUE.....	134
	APPENDICE E VOLET QUANTITATIF: INVITATION À COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE .....	136

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
Tableau 4.1 : Cohérence interne des échelles de mesure du questionnaire .....	42
Tableau 5.1 : Construction des échelles de mesure des attitudes des médecins et résidents, de l'efficacité personnelle, des conditions facilitantes et obstacles et de l'intention, relativement à la prise en charge de la santé sexuelle des patients .....	64
Tableau 5.2 : Réaction des patients lorsque le médecin questionne la santé sexuelle au cours des trois derniers mois selon le sexe du médecin, son âge, son titre et ses antécédents de formation .....	68
Tableau 5.3 : Comportement adopté par le médecin lorsque le patient aborde la santé sexuelle selon le titre du médecin.....	69
Tableau 5.4 : Comportement adopté par le médecin selon les antécédents de formation ....	70
Tableau 5.5 : Échelles psychosociales à l'étude.....	70
Tableau 5.6 : Score moyen des énoncés de l'échelle d'attitude .....	72
Tableau 5.7 : Score moyen à l'échelle de la norme comportementale selon le sexe, l'âge, le titre et le recours du médecin à une formation antérieure en santé sexuelle.....	75
Tableau 5.8 : Score moyen à l'échelle de la perception de contrôle comportemental selon le sexe, l'âge, le titre et le recours du médecin à une formation antérieure en santé sexuelle.....	76
Tableau 5.9 : Scores moyens des énoncés de l'échelle d'auto-efficacité (n = 23) .....	78
Tableau 5.10 : Conditions facilitantes et obstacles : Moyenne et écart type par énoncé.....	80
Tableau 5.11: Association entre les scores moyens des échelles globales du questionnaire.	83



## LISTE DES FIGURES

Figure		Page
Figure 3.1.	Modèle intégrateur du changement de comportement (Adapté de Godin, 2015).....	26
Figure 4.1	Intégration des données du devis séquentiel exploratoire.....	33

\*Le masculin englobe tous les genres et est utilisé dans l'ensemble du texte afin d'alléger celui-ci.



## RÉSUMÉ

En médecine familiale, la prise en charge de la santé sexuelle des patients, qui comprend l'anamnèse de la santé sexuelle, le traitement et la référence à une ressource spécialisée lorsque nécessaire, n'est pas systématique parmi les médecins de famille et résidents en médecine. Cela peut occasionner des conséquences importantes sur la santé des patients. Cette étude vise à décrire les besoins en développement professionnel des médecins de famille et résidents en médecine pratiquant en Groupe/Unité de Médecine Familiale (GMF-UMF) quant à la santé sexuelle de leurs patients, et à explorer comment ces besoins varient selon les caractéristiques des médecins et résidents impliqués. Cette étude se base sur le modèle intégrateur de Godin (2013) qui propose des variables associées à l'intention d'adopter ou non un comportement, ici de prendre en charge la santé sexuelle des patients, concept principalement abordé sous l'angle de l'anamnèse et moins sur le traitement et la référence. Ces variables se regroupent autour de concepts-clés : les attitudes, les normes sociales et le contrôle perçu. Ces déterminants psychosociaux servent à capter les besoins à cibler. Pour ce faire, une méthodologie mixte est privilégiée et s'appuie sur un devis séquentiel exploratoire. Cette étude comporte deux volets, qualitatif et quantitatif, dont les échantillons sont indépendants. Quatre groupes de discussion ont été animés de manière semi-structurée. L'échantillon se compose de 22 médecins de famille et résidents en médecine pratiquant en GMF-UMF au sein du Centre Intégré Universitaire en Santé et Services Sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS) dans la province de Québec, au Canada. Les unités de sens qui ont émergé d'une analyse de contenu des verbatims de ces groupes de discussion ont guidé l'élaboration d'un questionnaire quantitatif. Celui-ci a été distribué version web et papier à l'intention des médecins et résidents en médecine familiale dans des GMF-UMFs du CIUSSS-CN. Les groupes de discussion (N = 22) et le questionnaire (N = 23) ont permis de répondre aux questions de recherche. Les résultats mettent en lumière qu'il existe effectivement un écart entre les pratiques souhaitées relevées dans les travaux empiriques consultés, et les pratiques observées. Les médecins et résidents en médecine se sentent relativement efficaces pour aborder la santé sexuelle auprès de leurs patients, mais ne l'abordent pas de façon proactive ni systématique. Ils axent leurs pratiques sur la dimension biologique de la sexualité. Les participants soulèvent des besoins en formation initiale et continue pour perfectionner les connaissances, compétences, et attitudes. Ils requièrent le développement d'outils pouvant faciliter l'anamnèse de la santé sexuelle, et souhaitent mieux connaître les ressources disponibles pour référer le patient en santé sexuelle. Ils souhaitent également que l'accès à ces ressources soit facilité. Cette étude met en évidence la pertinence de réfléchir au développement d'outils et de formations initiales et continues pour soutenir les médecins de famille et résidents dans leurs efforts pour assurer une prise en charge efficace de la santé sexuelle et une continuité des services offerts à la population.

**MOTS-CLÉS :** analyse de besoins; santé sexuelle; médecine familiale; développement professionnel; anamnèse sexuelle; prise en charge; méthodologie mixte; sexual health; sexual history taking; assessment of needs ; family medicine; mixed methods; professional practice



## INTRODUCTION

*« La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend l'appartenance sexuelle, l'identité et les rôles sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. (...)»*

-Agence de la santé publique du Canada, 2008

Ce mémoire a pris racine à partir d'une préoccupation à l'égard de l'espace offert actuellement aux patients pour exprimer leurs besoins, leurs angoisses, leurs questions à propos de leur santé sexuelle, et d'un espoir que ces besoins soient accueillis et entendus. Nous croyons que les médecins de famille peuvent offrir cet espace d'écoute, de confiance et de protection des droits du patient quant à sa santé sexuelle, par leur position privilégiée au cœur de la vie du patient. De la même manière que le médecin est habilité à identifier, traiter et prévenir certains problèmes de santé en général, de même qu'à faire du counseling et promouvoir la santé, nous croyons qu'il peut étendre ce rôle jusqu'à la prise en charge de la santé sexuelle des patients.

Considérant cette nécessité, cette étude vise à évaluer les besoins de formation des médecins de famille et résidents en médecine familiale pour les supporter dans la prise en charge de la santé sexuelle des patients qui les consultent. Les résultats obtenus serviront de point d'ancrage pour élaborer des outils, et implanter des programmes de formation adaptés aux besoins et enjeux du milieu de pratique québécois actuel en médecine familiale et, par conséquent, contribueront à pallier une lacune au niveau des services offerts à la population relativement à la santé sexuelle.

Ce mémoire se compose de six chapitres. Le premier chapitre met en évidence l'importance d'effectuer une anamnèse de la santé sexuelle de manière proactive et systématique auprès des patients. Ce chapitre discute également de la pertinence de l'étude suite à la consultation

des travaux récents qui soulèvent l'hétérogénéité des pratiques professionnelles des médecins de famille en ce qui a trait à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients.

Le second chapitre fait état des travaux récents portant sur la prise en charge de la santé sexuelle des patients par les médecins de famille. Les pratiques actuelles relativement à la santé sexuelle y sont décrites, ainsi que les déterminants, facilitateurs ou obstacles qui peuvent catalyser ou nuire à une prise en charge efficace de la santé sexuelle. Cette section fait également un bref survol de ce qui est offert à ce jour au Québec pour soutenir les médecins dans leurs efforts de prendre en charge la santé sexuelle. Cette synthèse des travaux antérieurs permet de cibler les besoins à évaluer.

Le troisième chapitre présente le cadre conceptuel sur lequel le présent mémoire s'appuie. Il définit les concepts-clés reliés à cette étude et présente les ancrages théoriques associés au mémoire, soit le modèle intégrateur de changement de comportement. Les variables de ce modèle qui serviront à capter les besoins pour la présente étude y sont exposées. Puis, les objectifs, questions de recherche et hypothèses sont présentés.

Le quatrième chapitre présente la démarche méthodologique ainsi que les considérations éthiques du projet. Le devis séquentiel exploratoire de l'étude est illustré, puis la section détaille la méthodologie utilisée pour l'analyse des besoins selon un volet qualitatif et un volet quantitatif. Les stratégies de recherche, considérations déontologiques et éthiques, et les méthodes de collecte de données servant à répondre aux questions de recherche de chaque volet sont décrites. Une section décrit l'instrument de mesure. Finalement, les analyses effectuées pour valider le questionnaire et pour mettre en lumière les besoins en développement professionnel des répondants en matière de prise en charge de la santé sexuelle y sont discutées.

Le cinquième chapitre décrit, dans un premier temps, les résultats qualitatifs qui ont servi à élaborer le questionnaire. Les principaux thèmes ayant émergé de la codification des verbatims y sont exposés. En second lieu, une section explique l'élaboration des énoncés du questionnaire à partir du matériel qualitatif obtenu et de la recension des travaux empiriques. Puis, les résultats issus des analyses statistiques réalisées sur les données du questionnaire sont présentés.

Le sixième chapitre permet de répondre aux objectifs, questions de recherche et hypothèses en reliant les résultats qualitatifs et quantitatifs issus de cette étude. Dans un premier temps, l'écart entre les pratiques attendues et les pratiques observées des médecins de famille et résidents est mis de l'avant. Les forces, lacunes et besoins soulevés font l'objet d'une réflexion en regard des travaux antérieurs. Des recommandations pour orienter l'action sont ensuite émises quant à des pistes futures d'élaboration et d'implantation d'un éventuel programme de développement professionnel en matière de santé sexuelle. Les forces et les limites de l'étude sont discutées à la dernière section de ce chapitre.

Finalement, la conclusion offre une synthèse des besoins que cette étude soulève, et propose des pistes de réflexion quant aux implications futures des résultats de cette recherche.



## CHAPITRE I

### PROBLÉMATIQUE

Le mémoire proposé vise à décrire les besoins de formation des médecins en matière de prise en charge de la santé sexuelle des patients, afin d'y répondre dans le cadre de formations initiales ou continues. La présente section met en évidence l'importance d'une communication efficace entre le médecin et son patient, puis expose la position centrale de l'anamnèse de la santé sexuelle du patient par le médecin famille relativement à la prise en charge plus globale de la santé. En troisième lieu, cette section fait état de l'hétérogénéité des pratiques professionnelles actuelles des médecins de famille quant à la santé sexuelle de leurs patients, puis illustre les conséquences de ces variations de fréquence et de qualité de la prise en charge pour les patients. L'objectif principal et les objectifs spécifiques sont ensuite présentés. Finalement, la pertinence scientifique, sociale et sexologique de l'étude est étayée.

#### 1.1 La communication entre le médecin et son patient

Le médecin de famille représente le premier contact du patient et de sa famille avec le réseau de la santé (Gott, Hinchliff et Galena, 2004). Cela implique que le médecin sache installer un climat de confiance et de compassion, compétence qui relève à la fois d'un savoir-faire et d'un savoir-être en ce qui a trait à la prise en charge de la santé des patients. Pour ce faire, le médecin doit être conscient de ses caractéristiques personnelles qui entrent en jeu dans la compréhension de son patient (Libert et Reynaert, 2009). Les travaux antérieurs rapportent une multitude d'effets positifs d'une communication claire et réciproque entre le médecin et son patient : un diagnostic précis et juste, un climat de confiance contribuant à l'adhérence au traitement et une diminution du stress de part et d'autre de la relation entre le professionnel de première ligne et son patient (Libert et Reynaert, 2009). Les habiletés du médecin à recevoir les confidences du patient et à communiquer efficacement sont d'autant plus essentielles lorsque le patient se confie à propos de préoccupations de l'ordre de la santé

sexuelle. En effet, cette dimension de la santé de l'individu relève de la profonde intimité du patient, ce qui nécessite certaines compétences sur lesquelles il importe de se pencher. Or, ces habiletés communicationnelles varient d'un médecin à l'autre (Libert et Reynaert, 2009).

## 1.2 Une prise en charge proactive et systématique de la santé sexuelle par le médecin de famille : un incontournable

La consultation des travaux antérieurs permet de relever certaines recommandations quant au rôle attendu du médecin relativement à la prise en charge de la santé sexuelle de ses patients. D'abord, prendre la santé sexuelle en charge consiste à évaluer la santé sexuelle du patient afin d'en dresser le portrait clinique, à décider d'un plan de traitement approprié à une problématique d'ordre sexuel, et à référer à un professionnel ou une ressource spécialisée lorsque nécessaire. La prise en charge de la santé sexuelle englobe donc plusieurs comportements de prévention, de promotion de la santé, de traitement et de référence à une ressource professionnelle. L'anamnèse de la santé sexuelle constitue une étape au cœur d'une prise en charge efficace, puisqu'elle permet de dresser le portrait de la situation de santé sexuelle du patient, donc de ses besoins. Elle ne fait actuellement l'objet d'aucune ligne directrice explicite lors des consultations médicales au Québec en dehors de la prévention et du dépistage des Infections Transmises Sexuellement et par le Sang (ITSS), tel qu'illustré dans l'outil principal qui guide l'entrevue médicale au Québec, la fiche de prévention clinique (Appendice D) (Collège des médecins du Québec, 2015; Thivierge et al., 2015). De nombreux travaux antérieurs recommandent pourtant une anamnèse systématique de la santé sexuelle (Briedite et al., 2013; Gott et al., 2004; Holzapfel, 1998; Kim et al., 2008; Loehr et al., 1997; Serretti et Chiesa, 2011) puisque la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé globale de l'individu (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2012).

Il est donc attendu que le médecin de famille questionne la santé sexuelle de manière proactive, systématique et selon une approche holistique de la santé incluant la dimension sexuelle (Bellamy et al., 2013; Nusbaum et Hamilton, 2002). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2012), les médecins évaluent les besoins de leurs patients relativement à leur santé sexuelle et reproductive, observent leur comportement et leur santé. Au-delà du dépistage et de l'évaluation diagnostique des maladies, le médecin de famille est aussi appelé

à adopter des comportements de prévention et de promotion de la santé sexuelle : écouter, informer, faire du counseling, et discuter de l'aspect relationnel et de saines habitudes de vie en matière de sexualité (Jayasuriya et Dennick, 2011, OMS, 2012, Holman et al., 2013). En effet, le médecin constitue la première source d'information et d'éducation à propos des thématiques du cycle de la réponse sexuelle, de l'anatomie et de la physiologie, des mythes et réalités à propos des relations amoureuses et sexuelles, des changements de cycles au cours de la vie, des effets de la maladie et bien plus (Nusbaum et Hamilton, 2002). De plus, avec des connaissances sur les troubles sexuels de plus en plus étendues, et avec l'arrivée de traitements pharmacologiques comme possibilité pour gérer des troubles sexuels, l'un des rôles attendus du médecin de famille est aussi qu'il discute avec son patient des implications variées des facteurs médicaux, psychologiques et interpersonnels qui peuvent causer, renforcer ou accompagner les difficultés sexuelles (Basson et al., 2010; Holzapfel, 1998). Parmi ces facteurs, on retrouve, entre autres, des effets secondaires de certains médicaments sur la fonction sexuelle (Serretti et Chiesa, 2011; Williams et al., 2010), la prescription d'un traitement pharmacologique pour contrer un trouble sexuel (Ahrold et Meston, 2009), ainsi que le choix d'un traitement hormonal pour contrer une condition organique (Zarrouf et al., 2009). Il est toutefois possible de constater, à la lumière des travaux empiriques consultés, que les pratiques professionnelles relativement à ces comportements de prise en charge de la santé sexuelle diffèrent d'un médecin à l'autre dans la réalité de la pratique clinique.

Ainsi, lorsque la prise en charge n'est pas uniforme, ni proactive parmi le personnel de soins de santé de première ligne, les problèmes sexuels risquent de demeurer sous diagnostiqués et non traités, ce qui peut placer le patient à risque (Temple-Smith et al., 1999); Hollander, 2002; (Morand et al., 2009). Par ailleurs, une prise en charge efficace et proactive de la santé sexuelle des patients comporte plusieurs avantages pour le système de santé comme pour la population. Consacrer du temps à l'investigation de la santé sexuelle pendant les consultations médicales aide à prévenir, entre autres, les grossesses non désirées, les comportements sexuels à risque et les décisions qui compromettent la santé (Nusbaum et Hamilton, 2002). Questionner de façon systématique et proactive son patient sur sa sexualité peut aussi aider à réduire la prévalence de certaines maladies et la mortalité et, conséquemment, augmenter le bien-être et la longévité des patients (Nusbaum et Hamilton, 2002). Questionner plus souvent la santé sexuelle améliore les soins de santé en matière de

sexualité. En effet, cela permet d'identifier plus rapidement certains problèmes de santé sexuelle et, conséquemment, permet d'intervenir pour traiter le problème. Une anamnèse plus systématique de la santé sexuelle rend possible d'agir à titre préventif (Nusbaum et Hamilton, 2002). En effet, certains auteurs soulèvent l'utilité du dépistage précoce d'un trouble sexuel comme indicateur d'une maladie organique sous-jacente (Nusbaum et Hamilton, 2002), par exemple, dans le cas d'une maladie cardiovasculaire (Stein et al., 2016; Vlachopoulos et al., 2013), du diabète (Bargiota et al., 2011) ou d'un cancer (Basson et al., 2010). À l'inverse, une maladie chronique peut également affecter négativement la fonction sexuelle (Basson et al., 2010; Mollaoglu et al., 2013; Stein et al., 2016). Somme toute, aborder la santé sexuelle comporte plusieurs avantages pour le médecin et son patient. Parmi ceux-ci, la santé sexuelle peut servir de levier pour aborder d'autres enjeux de santé plus graves ou être une source de motivation du patient pour observer son traitement (Balami, 2011).

### 1.3 Des pratiques professionnelles hétérogènes et une prise en charge non systématique de la santé sexuelle des patients

La motivation et la mise en action du comportement d'effectuer une anamnèse de la santé sexuelle des patients dépendent des compétences du professionnel de la santé que le patient rencontre (OMS, 2012). Il n'est donc pas garanti que la situation de santé sexuelle du patient soit systématiquement questionnée par le médecin lors d'une consultation et ce, même si le patient est ouvert à discuter de ses préoccupations d'ordre sexuel avec son médecin de famille (Briedite et al., 2013). Malgré que 48% des médecins rapportent avoir eu à gérer une dysfonction sexuelle au cours de leur carrière (Tsimtsiou et al., 2006), il existe une hétérogénéité des pratiques professionnelles quant à la fréquence de l'anamnèse de la santé sexuelle par le médecin, ainsi que dans la manière de l'effectuer (Balami, 2011; Haley et al., 1999; Morand et al., 2009; Rele et Wylie, 2007). Selon Nusbaum et Hamilton (2002), le déficit le plus crucial dans les soins de santé en matière de sexualité est l'absence d'une approche préventive et proactive dans l'organisation des soins de santé.

#### 1.4 Obstacles et conditions facilitant une prise en charge efficace et systématique de la santé sexuelle

Considérant cet écart constaté dans les écrits scientifiques entre le rôle attendu du médecin de famille et les pratiques professionnelles réelles observées relativement à la prise en charge de la santé sexuelle, les travaux antérieurs ont été consultés afin d'identifier les facteurs pouvant faciliter ou faire obstacle à une prise en charge proactive et efficace de la santé sexuelle des patients (Abdolrasulnia et al., 2010; Burd et al., 2006; Gott et al., 2004; Humphery et Nazareth, 2001; Kitts, 2010; Shabsigh, 2006; Temple-Smith et al., 1999). Certaines caractéristiques socio-professionnelles du médecin comme son sentiment d'auto-efficacité pour prendre la santé sexuelle en charge, son attitude, les normes sociales auxquelles le médecin se réfère pour juger de sa propension ou non à prendre la santé sexuelle en charge, sa motivation et son recours à une formation antérieure en santé sexuelle sont autant de variables que les travaux scientifiques décrivent comme pouvant affecter la propension du médecin à questionner et, dans une plus large mesure, prendre en charge la santé sexuelle des patients. Certains facteurs associés à la relation thérapeutique comme le degré de communication et de confiance entre le médecin et son patient, sont également identifiés dans les travaux récents comme facteurs associés à la prise en charge de la santé sexuelle. D'autre part, certaines caractéristiques du patient peuvent faciliter ou compromettre la prise en charge de la santé sexuelle: le genre du patient, la catégorie d'âge à laquelle il appartient, sa culture, son orientation sexuelle et une gêne ou un inconfort du patient à discuter de santé sexuelle. Finalement, les travaux antérieurs relèvent des obstacles organisationnels et structurels tels un contexte de surcharge des médecins, une quantité de temps limitée à consacrer à la dimension sexuelle de la santé lors d'une consultation médicale, la présence d'autres conditions médicales plus prioritaires à gérer, et l'accès difficile à une ressource professionnelle spécialisée (Balami, 2011; Rele et Wylie, 2007).

#### 1.5 Objectif général de l'étude

À la lumière des travaux récents, il est possible de saisir l'importance que les médecins de famille prennent la santé sexuelle de leurs patients en charge, ce qui implique qu'en premier lieu, ils effectuent une anamnèse proactive et systématique de la santé sexuelle des patients.

Or, il existe un écart entre ce qui serait souhaité et observé, selon les travaux scientifiques et la réalité des pratiques professionnelles.

Afin de tenter de répondre à l'écart qui existe entre les recommandations présentes dans la recension des écrits et les pratiques professionnelles réelles relativement à la prise en charge de la santé sexuelle, cette étude vise, dans un premier temps, à évaluer les besoins en développement professionnel des médecins de famille et résidents en médecine familiale quant à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients, en particulier l'anamnèse sexuelle. En second lieu, cette étude tente d'explorer comment ces besoins varient selon les caractéristiques des médecins et résidents impliqués, et quels sont les facteurs associés à l'intention du médecin de famille de prendre en charge la santé sexuelle des patients.

#### 1.6 Pertinence de l'étude

Cette étude contribue à l'avancement des connaissances scientifiques en documentant les forces et lacunes des médecins de famille et résidents en médecine familiale, au Québec et à Québec, quant à leurs connaissances, attitudes et compétences pour prendre en charge la santé sexuelle. Ces données permettront d'orienter l'action pour améliorer les services de santé offerts à la population, et donc, d'orienter les formations initiales et continues des médecins de famille et résidents en médecine. La pertinence sociale de l'étude permettra de cibler et, éventuellement par le biais du développement de formations, d'améliorer les compétences des médecins et résidents pour effectuer l'anamnèse de la santé sexuelle et prendre la santé sexuelle en charge. Cette meilleure prise en charge aura des conséquences sur la santé sexuelle des patients, à savoir une prévention, un dépistage et un traitement améliorés. Ultiment, les constats émergents de cette étude contribueront à identifier des cibles de changements visés par d'éventuels programmes de développement professionnel pour les médecins de famille et futurs médecins. En effet, il est important de mieux comprendre les besoins de formation des médecins pour éventuellement les combler dans le cadre du développement d'outils et d'éventuelles formations initiales ou continues. De cette manière, il sera possible d'observer une meilleure adéquation entre les pratiques professionnelles visées et réelles. La pertinence sexologique de l'étude est transversale à la pertinence scientifique, sociale et opérationnelle, en ce sens que cette étude intègre la

dimension sexuelle de l'individu parmi les soins de santé, et diminue les conséquences sur la santé sexuelle des patients.



## CHAPITRE II

### ÉTAT DES CONNAISSANCES

Les travaux antérieurs ont été consultés afin de décrire les besoins de formation des médecins et résidents en médecine relativement à prendre en charge la santé sexuelle de leurs patients. Dans un premier temps, cette section décrit les pratiques actuelles ainsi que les déterminants d'une prise en charge systématique de la santé sexuelle. Puis, elle décrit les caractéristiques socio-professionnelles et psychosociales des médecins de famille et résidents en médecine, de la relation médecin-patient, du patient et structurelles qui facilitent ou qui font obstacle à cette prise en charge. Les lacunes en regard des compétences, connaissances et formation y sont exposées.

#### 2.1 Les pratiques professionnelles actuelles en matière de prise en charge de la santé sexuelle

La consultation des travaux permet de constater que les pratiques professionnelles relativement à la prise en charge des patients diffèrent selon les médecins. Une étude nord-américaine réalisée par Wimberly et al. (2006) mesure la fréquence de l'anamnèse de la santé sexuelle auprès de 416 médecins provenant de quatre spécialités : obstétrique/gynécologie, médecine interne, médecine familiale et pédiatrie. Les répondants indiquent s'ils discutent ou non de santé sexuelle avec leurs patients, incluant certaines composantes plus spécifiques d'une anamnèse de la santé sexuelle comme l'orientation sexuelle, le nombre de partenaires sexuels et le type d'activité sexuelle et ce, pendant les examens de routine, lors du premier rendez-vous de suivi, lors des visites où le patient a un motif de consultation, ou jamais. Les résultats révèlent que 60% d'entre eux questionnent l'activité sexuelle. Parmi ceux-ci, 76 % se disent confortables pour effectuer l'anamnèse. Une plus faible proportion d'entre eux (12 % à 34 %) approfondit le questionnement sur la santé sexuelle. En effet, les trois quarts

des répondants rapportent questionner la santé sexuelle lorsqu'ils la considèrent pertinente en regard du motif de consultation principal du patient. Selon ces auteurs, bien que la majorité des médecins se sent confortable et que la plupart questionne la santé sexuelle des patients, il existe des lacunes au niveau de l'approfondissement de cette anamnèse, c'est-à-dire que les médecins omettent de poser certaines questions qui mèneraient à une compréhension globale de la situation de santé sexuelle du patient. De plus, les trois quarts des 416 participants affirment questionner la santé sexuelle, si le motif de consultation du patient est directement ou indirectement lié à la santé sexuelle. Toutefois, l'anamnèse de la santé sexuelle dans un contexte de routine ou de médecine préventive est moins commune, selon ces auteurs. Cette hétérogénéité des pratiques professionnelles en santé sexuelle est également présente auprès des médecins spécialistes. Balami (2011) rapporte que parmi 120 gériatres questionnés, près de 43 % admettent ne jamais effectuer d'anamnèse de la santé sexuelle. Près de 58 % l'effectuent occasionnellement et aucun ne l'effectue systématiquement lors de l'examen de routine. En regard des travaux antérieurs, les urologues, les gynécologues et les psychiatres sont les spécialistes les plus susceptibles de procéder à l'anamnèse de la santé sexuelle des patients. Cela dit, seulement le tiers des patientes en gynécologie rapportent avoir déjà été questionnées sur leur vie sexuelle par leur gynécologue. L'évaluation de la santé sexuelle demeure insuffisante en regard des besoins des patientes en gynécologie (Briedite et al., 2013).

#### 2.1.1.1 La fiche de prévention clinique

Les modifications récentes du réseau québécois de la santé ont fait en sorte que l'Examen Médical Périodique (EMP) a été retiré du site web du collège des médecins du Québec en 2015, et a été remplacé par la fiche de prévention clinique (Thivierge et al., 2015). À cet effet, le Collège des médecins abonde dans le sens d'une approche préventive : il affirme qu'il « ne juge plus nécessaire de conserver l'examen périodique ou annuel traditionnel, mais préconise plutôt une approche préventive plus globale qui n'est pas limitée à la seule intervention du médecin. Les médecins doivent saisir les opportunités avec le patient [...]» (Collège des médecins du Québec, 2015). Selon les nouvelles recommandations, le médecin devra, au lieu de recommander des examens périodiques planifiés, saisir l'occasion de visites

ponctuelles de ses patients pour aborder, à ce moment, les questions de prévention. La fiche de prévention clinique expose les recommandations sur la santé sexuelle : « Infections Transmissibles Sexuellement et par le Sang : évaluer les facteurs de risque chez tout adulte actif sexuellement, offrir un counseling préventif et dépister les facteurs de risque décelés ». Aucune autre recommandation sur la dimension sexuelle de la santé ne figure actuellement sur la fiche de prévention clinique. Celle-ci figure en appendice D.

## 2.2 Les attitudes, le sentiment de confort et l'efficacité personnelle des médecins de famille

La consultation des travaux antérieurs met en lumière plusieurs variables psychosociales associées au manque d'uniformité des pratiques relatives à l'anamnèse sexuelle et, plus globalement, la prise en charge de la santé sexuelle des patients. Parmi ces variables, les attitudes, le sentiment de confort et d'efficacité personnelle des médecins à l'égard de la santé sexuelle font l'objet de plusieurs études empiriques. Les attitudes et croyances des médecins prendraient racine dans leurs perceptions quant à différents enjeux de nature sexuelle, plutôt qu'à travers leur expérience réelle vécue avec des patients (Gott et al., 2004; Morand et al., 2009). Certains travaux soulèvent des attitudes des médecins à l'égard de la santé sexuelle en général. Une attitude à l'égard de la santé sexuelle est considérée réductrice lorsqu'elle est reliée exclusivement à la santé physique, ne prenant pas en compte les dimensions affectives, psychologiques et relationnelles de la sexualité. D'autre part, les travaux identifient des attitudes plus spécifiques à l'égard de la prise en charge de la santé sexuelle des patients. Par exemple, l'étude de Stott (2013) soulève que lorsque questionnés, les médecins définissent la santé sexuelle comme étant davantage liée à la santé physique, avec peu de répondants qui mentionnent des aspects de santé mentale, émotionnelle et de bien-être social comme faisant partie de la santé sexuelle.

Alors que de questionner le patient sur sa santé sexuelle devrait être aussi naturel pour le médecin de famille que de le questionner sur sa fonction intestinale (Nusbaum et Hamilton, 2002), les travaux consultés révèlent que ce n'est pas le cas dans la réalité des pratiques professionnelles. Certaines études observent un sentiment d'inconfort spécifique à l'anamnèse de la santé sexuelle (Gott et al., 2004; Morand et al., 2009; Skelton et Matthews,

2001). En effet, certains médecins ont une difficulté à aborder et questionner adéquatement leurs patients à ce sujet (Haley et al., 1999), ce qui en compromet la prise en charge systématique. La moitié des médecins interrogés dans les travaux de Merrill et al. (1990) se sentent démunis relativement à leur habileté à effectuer ce questionnement.; certains rapportent même craindre l'échec s'ils effectuaient une anamnèse de la santé sexuelle du patient (Wimberly et al., 2006). D'une part, Balami (2011) rapporte que 63 % des 120 médecins en gériatrie questionnés croient que l'anamnèse de la santé sexuelle ne devrait pas faire partie de l'examen de routine, la croyant de faible importance. Cette donnée est associée à un plus faible risque que le médecin l'aborde au cours d'une consultation. Une attitude négative envers les problèmes psychosociaux des patients est la variable la plus fortement reliée à la croyance que l'anamnèse de la santé sexuelle soit de faible importance dans la compréhension globale des problèmes de santé d'un patient (Merrill et al., 1990). Les étudiants qui croient le plus fortement à cette idée sont les mêmes que ceux les plus homophobes, autoritaires et qui ont la plus grande peur des ITSS. La gêne et l'anxiété sociale comme trait de personnalité prédisent quel étudiant démontrera davantage d'embarras pour effectuer une anamnèse de la santé sexuelle (Merrill et al., 1990). Dans cette étude, le quart des répondants se sent embarrassé de poser les questions à leur patient. Entretenir des stéréotypes et des croyances erronées à l'égard de la sexualité est aussi associé à une anamnèse sexuelle incomplète ou absente (Gott et al., 2004).

D'autre part, croire en l'importance d'aborder la santé sexuelle est associé à une plus grande propension à sa prise en charge. Être proactif et attentif à la santé sexuelle serait également considéré comme un facteur qui facilite la prise en charge de la santé sexuelle (Humphery et Nazareth, 2001). Les médecins qui évaluent les préoccupations du patient sous un angle biopsychosocial seraient davantage portés à investiguer spontanément la dimension sexuelle de la santé. Ils considéreraient la gestion des problèmes sexuels comme moins difficile (Tsimtsiou et al., 2006). Dans leur étude, Merrill et al. (1990) observent que sur 350 étudiants seniors en médecine, 93 % d'entre eux croient que documenter les pratiques sexuelles du patient est une part importante de l'examen médical. Ces auteurs soulignent que les étudiants en médecine qui n'ont pas accès à une orientation psychosociale rapportent davantage de difficultés à effectuer l'anamnèse de la santé sexuelle. Par ailleurs, des attitudes dites plus

libérales face à la sexualité, comme démontrer de l'ouverture (Tsimtsiou et al., 2006), sont associées à davantage de confort pour aborder la sexualité avec le patient.

### 2.3 Les caractéristiques des patients affectant les pratiques professionnelles

Les travaux antérieurs consultés relèvent certaines caractéristiques associées au patient qui peuvent être associées à une variation dans la prise en charge de la santé sexuelle. La prochaine section détaille ces caractéristiques à la lumière des écrits scientifiques récents.

#### 2.3.1 L'âge de la clientèle

Il existe un inconfort, provenant autant du médecin que du patient, à aborder la santé sexuelle lorsque le médecin questionne la santé sexuelle des patients plus âgés (Balami, 2011; Burd et al., 2006; Gott et al., 2004; Loehr et al., 1997). Cet inconfort est aussi présent chez le médecin auprès d'une clientèle adolescente (Balami, 2011; Morand et al., 2009). Malgré la reconnaissance de l'importance d'effectuer l'anamnèse sexuelle dès l'âge de 12 à 14 ans, la majorité des médecins questionnés se sent inconfortable pour le faire.

#### 2.3.2 Le sexe

Le sexe du médecin et celui du patient sont également un facteur à considérer dans la dynamique relationnelle entre eux. D'abord, le sexe du médecin est une variable plus importante pour déterminer l'adoption de l'anamnèse de la santé sexuelle, davantage que la spécialité (Haley et al., 1999). Selon Temple-Smith et al. (1999), les femmes médecins seraient davantage portées à effectuer l'anamnèse sexuelle dans le cas où la patiente est une femme. Les femmes médecins questionnent davantage que les hommes à propos des méthodes de contraception, de l'utilisation du condom (incluant les attitudes à l'égard de l'usage du condom), du sexe et du nombre des partenaires sexuels et du degré de risque d'ITSS pour les partenaires sexuels (Haley et al., 1999). Les hommes médecins rapportent un plus grand inconfort en général pour aborder la sexualité (Tsimtsiou et al., 2006). D'autres auteurs (Burd et al., 2006) rapportent un inconfort chez certains médecins pour aborder la

sexualité avec le sexe opposé. Les médecins de sexe féminin, par exemple, se sentiraient moins à l'aise pour aborder la dysfonction érectile avec un patient de sexe masculin (Tsimtsiou et al., 2006). Le fait que le patient soit une femme plus jeune (< 38 ans) serait aussi associé à des attitudes plus négatives de la part des femmes médecins à l'égard de certains thèmes liés à la sexualité (Kim et al. 2008). D'autre part, en ce qui concerne les patients, 60,4 % des femmes rapportent être plus à l'aise avec un médecin de sexe féminin, alors que des patients hommes (66,4 %) n'ont pas de préférence quant au sexe de leur médecin de famille. Par ailleurs, les patientes auraient des préoccupations de santé sexuelle particulières (Studd et Schwenkhagen, 2009; Abdolrasulnia et al., 2010; Briedite et al, 2013; Jaafarpour et al., 2013) alors que les hommes ont d'autres besoins spécifiques au fait d'être un homme (Athanasiadis et al, 2006; Loehr, Verma et Seguin, 2007; Holman et al, 2013; Vlachopoulos et al., 2013), élément important dont le médecin doit tenir compte dans son anamnèse de la santé sexuelle mais qui peut, par le fait même, lui occasionner un certain inconfort en raison de ces besoins plus spécifiques à investiguer.

### 2.3.3 L'orientation sexuelle

L'orientation sexuelle du patient serait également à prendre en compte, puisque les préoccupations d'ordre sexuel d'une clientèle hétérosexuelle en comparaison avec une clientèle appartenant aux minorités sexuelles lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres ou *queer* (LGBTQ) diffèrent (Bonvicini et Perlin, 2003; Mravcak, 2006; Kitts, 2010). Lorsqu'il existe une différence d'orientation sexuelle entre le patient et le médecin, celui-ci peut se sentir malhabile à l'égard des questions à poser sur la vie sexuelle (Bonvicini et Perlin, 2003). Le médecin faisant preuve d'une vision hétéronormative et d'un modèle de la santé sexuelle basé principalement sur des valeurs telles que la reproduction, n'effectuera pas sa collecte d'informations sur la santé sexuelle de la même manière (Holzapfel, 1998) et, ainsi, ne risque pas d'obtenir un portrait exhaustif et honnête des pratiques sexuelles de son patient. Dans son étude, Stott (2013) identifie les besoins de formation de médecins de famille relativement à l'exploration de la santé sexuelle et les services de soins de santé spécifiques aux patients gais, lesbiennes et bisexuels (LGB). Cette étude est basée sur des groupes de discussion ainsi qu'une entrevue téléphonique semi structurée avec 14 médecins de famille et des patients

LGB. De plus, des étudiants en dernière année de médecine ont complété un questionnaire. Selon cet auteur, il existe une bonne cohésion des réponses aux entrevues avec les médecins généralistes et les groupes de patients, avec davantage de précisions apportées par les groupes de discussion composés de patients LGB. Les résultats démontrent que les médecins abordent rarement des sujets de santé sexuelle et qu'ils ignorent l'orientation sexuelle de certains de leurs patients ainsi que les besoins de santé sexuelle spécifiques à la population de patients gais, lesbiennes et bisexuels. Plusieurs répondants indiquent que les médecins généralistes occupent un rôle central dans la prise en charge de la santé sexuelle, percevant leur rôle comme holistique, et s'identifient comme se préoccupant des personnes.

#### 2.3.4 L'appartenance ethnoculturelle

L'écart ethnoculturel entre le médecin et son patient serait également associé à davantage d'inhibition et de difficultés de communication entre le médecin et son patient, ce qui est souvent considéré comme un obstacle (Schouten et Meeuwesen, 2005) et ce, de part et d'autre de la relation thérapeutique. En effet, la revue de la littérature de Schouten et Meeuwesen (2005) révèle que le médecin réagirait avec moins d'affectivité avec des patients appartenant à une minorité ethnique qu'avec des patients caucasiens. À l'inverse, selon ces auteurs, les patients qui appartiennent à une minorité culturelle seraient moins expressifs, ce qui rendrait la communication plus difficile. Cinq prédicteurs de difficultés liées à l'écart de cultures entre le médecin et son patient sont relevés par ces auteurs : une différence dans la conception des modèles de santé et de maladie entre les cultures; une différence de valeurs véhiculées au sein des différentes cultures; des critères différents dans ce que le patient s'attendrait de sa relation thérapeutique avec son médecin selon sa culture; des biais de perception ou de racisme; finalement, une barrière liée à la langue. Ces éléments peuvent constituer une piste de réflexion pour le médecin de famille sur les enjeux à cibler afin d'être en mesure d'écouter, d'accueillir et de bien saisir, avec délicatesse et objectivité, les préoccupations de son patient en regard de sa santé sexuelle en tenant compte des normes et valeurs spécifiques à la culture de ce dernier.

### 2.3.5 Autres facteurs associés au patient

Le patient serait souvent ouvert et même, s'attendrait à discuter de ses préoccupations d'ordre sexuel avec son médecin (Briedite et al., 2013; Gott et al., 2004; Kim et al., 2008; Meystre-Agustoni et al., 2011). Le patient peut toutefois ressentir de la honte ou de la gêne face au fait de se confier à son médecin quant à ses préoccupations d'ordre sexuel (Briedite et al., 2013). Il peut également avoir des idées préconçues qui l'empêchent de discuter de sexualité (Jayasuriya et Dennick, 2011), d'où l'importance que le médecin l'aborde de façon proactive. Des exemples de thèmes plus inconfortables à aborder pour le patient concerneraient la question des pratiques sexuelles, de la satisfaction sexuelle et des relations sexuelles non-conjugales ou extra-conjugales (Kim et al., 2008). Suite à la mise en évidence de ces enjeux entre le patient et le professionnel, l'habileté de celui-ci à communiquer efficacement avec le patient, ainsi qu'à évaluer de façon proactive la santé sexuelle selon une approche holistique prend toute son importance.

### 2.4 Les obstacles de nature structurelle

Malgré la capacité et l'intention du médecin et de son patient à discuter de santé sexuelle, certains obstacles structurels demeurent. En premier lieu, une contrainte de temps est fréquemment rapportée (Haley et al., 1999; Shabsigh, 2006; Wimberly et al., 2006), ainsi qu'un manque de liberté pour prescrire et les attitudes générales de la société envers la sexualité (Humphery et Nazareth, 2001). Des solutions proposées à ces obstacles consistent à augmenter le temps de consultation en augmentant le nombre de médecins de famille disponibles (Balami, 2011), à diminuer le prix des médicaments ou à augmenter la liberté de prescription (Balami, 2011) et à bénéficier de latitude clinique (Humphery et Nazareth, 2001). En second lieu, lorsque le médecin doit gérer une problématique de santé sexuelle et qu'il considère qu'il est pertinent de référer (Rele et Wylie, 2007), il peut se sentir dépourvu de ressources à qui référer le patient. En effet, près de 45% ne savent pas à qui référer le patient pour des préoccupations d'ordre sexuel (Balami, 2011).

## 2.5 Le manque de formation

Il existe des normes floues quant aux modalités de formation initiale et continue en santé sexuelle des médecins et des résidents au Québec. En ce sens, la prochaine section aborde les besoins de formation pré-graduée et continue chez les médecins et résidents en médecine.

À moins d'avoir reçu une formation spécifique pour développer les compétences nécessaires à une anamnèse sexuelle complète et efficace, le médecin peut se sentir moins confiant pour l'effectuer (Haley et al., 1999; Tsimtsiou et al., 2006). L'impression de ne pas se sentir formé adéquatement pour effectuer une anamnèse de la santé sexuelle serait le facteur le plus fortement associé à une faible estime de soi (Merrill et al., 1990). La nécessité d'intégrer des outils de développement professionnel en santé sexuelle autant sous la forme d'enseignement continu que dans le cursus universitaire est largement soulignée dans les travaux antérieurs (Athanasiadis et al., 2006; Bonvicini et Perlin, 2003; Coverdale et al., 2011; Gott et al., 2004; Macdowall et al., 2010; Skelton et Matthews, 2001; Temple-Smith et al., 1999; Tsimtsiou et al., 2006; Wimberly et al., 2006). Dans l'étude de Bellamy et al (2013), les résultats du sondage courriel auprès de médecins révèlent que la moitié d'entre eux (56 %) se sent adéquatement formée pour effectuer l'anamnèse de la santé sexuelle. Dans l'étude de Stott (2013) portant sur la prise en charge spécifique aux besoins d'une communauté de patients LGB, les résidents mentionnent un manque de formation adéquate comme obstacle de taille à cette prise en charge. Malgré que 60 % rapportent avoir reçu une formation liée à la santé sexuelle, la majorité indique que cette formation n'était pas spécifiquement liée à la sexualité et que les milieux d'éducation n'ont pas augmenté la sensibilisation aux préoccupations de santé sexuelle spécifiquement liées à la population LGB. Même des médecins impliqués ou qui souhaitent s'impliquer dans la gestion de la dysfonction érectile mentionnent avoir des lacunes dans leurs habiletés à la communication et dans la gestion de problèmes de santé sexuelle (Tsimtsiou et al., 2006). Près de 62% des participants rapportent un manque d'éducation/de connaissances comme principal obstacle à la prise en charge de la santé sexuelle (Rele et Wylie, 2007). Les travaux de Tsimtsiou et ses collègues (2006) rapportent qu'un manque d'expérience explique un pourcentage important de la variance du modèle prédictif de la difficulté perçue à composer avec des préoccupations d'ordre sexuel. Les urologues qui ont participé à l'étude sont ceux qui ont rapporté la moins grande difficulté à

l'aborder. En effet, ces spécialistes sont ceux ayant le plus de formation relativement à la fonction sexuelle depuis les 20 dernières années. Quant à d'autres spécialités, on observe également des lacunes au niveau de l'entraînement à la prise en charge de la santé sexuelle d'une clientèle plus âgée en gériatrie (Balami, 2011) et des lacunes au niveau de la formation pré-graduée quant à la gestion des troubles psychosexuels chez les étudiants en psychiatrie (Rele et Wylie, 2007). Coverdale et al. (2011) identifient, dans leur revue systématique portant sur les différentes stratégies de formation des professionnels de la santé en santé sexuelle, que les patients de participants qui ont reçu cinq formations d'une heure pour effectuer une anamnèse de la santé sexuelle présentent une plus grande propension à affirmer qu'ils ont été questionnés à propos de leur santé sexuelle que des patients qui ont été vus par un médecin du groupe témoin qui n'a pas reçu une telle formation. Cette conclusion soulève l'importance d'une formation en matière d'anamnèse de la santé sexuelle et, plus largement, d'étendre cette formation à la prise en charge globale de la santé sexuelle.

#### 2.6.1 L'unité de sexualité humaine

Au Canada, la moitié des facultés de médecine intègrent un programme de formation en sexualité humaine dans le cadre obligatoire des études de leurs futurs médecins (Barrett et McKay, 1998, cité dans Raymond, 2008). Il existe tout de même des efforts qui ont été faits au Québec et au Canada pour intégrer la santé sexuelle aux services de soins de santé. En voici deux exemples. L'évaluation du programme de l'Unité de Sexualité Humaine par Raymond (2008), offert aux résidents en médecine à l'université de Sherbrooke, dans la province de Québec, offre des pistes de réflexion adaptées à la réalité de la pratique professionnelle québécoise de la médecine. Le programme met l'accent sur la prise de conscience des attitudes à l'égard de sa sexualité et celle des autres par une approche expérientielle, ainsi que sur la clarification des valeurs et le développement du sentiment de confort. À court terme, des scores plus élevés sur les quatre dimensions du Questionnaire d'Évaluation des Attitudes des Professionnels de la santé à l'égard de la Sexualité (QEAPS) sont observés, soit l'intention d'aborder ce thème avec les patients, leur sentiment de confort et d'auto-efficacité pour questionner les patients sur leur santé sexuelle, ainsi que l'utilité perçue d'aborder la sexualité dans le cadre de leur pratique professionnelle. Ce programme s'avère efficace pour susciter un questionnement de valeurs chez le professionnel.

La consultation des travaux antérieurs a donc permis, dans un premier temps, de soulever l'écart entre les pratiques souhaitées et les pratiques réelles relativement à divers comportements de prise en charge de la santé sexuelle des patients. Puis, elle a permis de cibler certains facteurs facilitant ou faisant obstacle à la prise en charge de la santé sexuelle des patients. Par ailleurs, les travaux récents mettent en évidence des besoins clairs de formation chez les médecins de famille, formation ayant pour cibles de changement les attitudes et le sentiment d'efficacité personnelle, ainsi que certaines connaissances et compétences liées à certaines caractéristiques spécifiques des patients. Afin de vérifier si les éléments soulevés par les travaux antérieurs s'appliquent à la réalité de la pratique de la médecine familiale au Québec, et afin de mieux comprendre ces besoins, cette étude vise à évaluer les besoins en développement professionnel des médecins de famille et résidents en médecine familiale quant à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients.



## CHAPITRE III

### CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre vise à définir les concepts-clés qui font l'objet du présent mémoire, ainsi qu'à présenter les ancrages théoriques sur lesquels cette étude repose. L'analyse de besoins s'inscrit dans le modèle intégrateur de changement de comportement de Godin (2013). Les composantes du modèle qui permettent de définir les besoins à cibler dans la présente étude sont ensuite exposées. Enfin, ce chapitre présente les objectifs de l'étude, ainsi que ses questions de recherche et hypothèses de travail.

#### 3.1 Définition des concepts-clés

Puisque cette étude tente d'évaluer les besoins en développement professionnel des médecins de famille et résidents en médecine familiale quant à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients, il faut définir le concept de besoin. Pour ce faire, le modèle intégrateur de changement de comportement de Godin (2013) est utilisé. Il s'avère donc pertinent de définir les concepts-clés et les composantes du modèle faisant l'objet de cette étude.

##### 3.1.1 Besoin

Un **besoin** constitue l'écart entre ce qui est souhaité et ce qui est observé dans la réalité (Labesse, 2008).

##### 3.1.2 Besoin ressenti

La présente étude s'intéresse au concept de **besoin ressenti** en formation des médecins de famille et résidents en médecine. Selon Labesse (2008), un besoin ressenti représente l'écart

entre les compétences qu'un professionnel estime qu'il possède relativement à un comportement, ici la prise en charge de la santé sexuelle des patients, et les compétences qu'il souhaiterait acquérir. En ce sens, cette étude vise à étudier cet écart selon l'évaluation subjective que le médecin de famille en fait.

### 3.1.3 Analyse de besoins

**L'analyse de besoins** consiste à étudier l'écart qui existe entre une réalité observée et ce qui est souhaité (Labesse, 2008), par exemple, en matière de formation relative à l'anamnèse sexuelle de ses patients. Le manque de connaissances des médecins sur certains thèmes, leur malaise à l'écart de certaines tâches, etc. font partie de la réalité observée, ces lacunes n'étant pas optimales dans le contexte où pour faire l'anamnèse sexuelle, les médecins doivent avoir des connaissances et se sentir à l'aise.

### 3.1.4 Santé sexuelle

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (Organisation mondiale de la Santé, 2012), la **santé sexuelle** représente « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en rapport avec la sexualité, qui ne se borne pas seulement à l'absence de maladies, dysfonctionnements ou infirmités. » Il est donc possible de constater que cette définition, au-delà de l'absence de maladie ou d'une condition organique, inclut aussi les facteurs psychosociaux et une dimension positive de la santé, ce que favorisent des comportements de prévention et de promotion entre autres.

### 3.1.5 Prise en charge

La **prise en charge** de la santé sexuelle englobe les actions relativement à l'évaluation de la santé sexuelle du patient, aux décisions à prendre en terme de plan de traitement approprié à une problématique d'ordre sexuel, et à la référence à une ressource professionnelle spécialisée lorsque jugé nécessaire.

### 3.1.6 Anamnèse de la santé sexuelle

L'**anamnèse de la santé sexuelle** consiste en l'évaluation et la collecte d'information entourant les antécédents et les informations sur la santé sexuelle du patient afin d'en dresser le portrait clinique le plus exhaustif et le plus juste possible. À titre d'exemple, tel que mentionné dans les sections précédentes, les pratiques sexuelles antérieures, actuelles ainsi que le genre des partenaires sexuels antérieurs et actuels du patient peuvent faire partie des questions posées par le médecin pour dresser le portrait de santé sexuelle. Ce comportement est privilégié dans l'analyse de besoins du présent mémoire.

### 3.1.7 Traiter

Le concept de **traiter** une condition de santé sexuelle, dans le cadre du présent mémoire, englobe l'action associée à « l'ensemble des méthodes diagnostiques et thérapeutiques validées, considérées comme les normes courantes dans le but d'améliorer le bien-être [sexuel] d'un patient » (Baudouin et Parizeau, 1987). Dans le cadre de ce mémoire, cette dimension est peu investie afin de privilégier l'anamnèse de la santé sexuelle.

### 3.1.8 Référer

Lorsque la problématique de santé sexuelle soulevée dépasse le rôle, l'expertise ou le cadre de l'exercice de ses fonctions, le médecin de famille peut **référer**, c'est-à-dire guider le patient vers soit une ressource professionnelle spécialisée (un sexologue, un médecin spécialiste, etc.) ou encore, à un livre ou une ressource électronique qui offrira une solution optimale et adaptée à la situation de santé sexuelle du patient. Dans le cadre de ce mémoire, cette dimension est moins investie au profit de l'anamnèse de la santé sexuelle par les médecins de famille.

## 3.2 Le modèle intégrateur de changement de comportement

Pour procéder à une analyse de besoins, il existe une multitude de méthodologies. La planification d'interventions dans le domaine de la santé, incluant le domaine sexologique, a

toujours comme première étape une analyse de besoins de la population ciblée, par exemple, en utilisant le modèle PROCEDE-PRECEDE et l'intervention ciblée de Bartholomew (2010). L'analyse des besoins implique une compréhension fine des facteurs comportementaux qui affectent le problème de santé et pour chaque comportement impliqué, une compréhension fine de ses déterminants de tous ordres.

Dans le contexte de ce mémoire, le comportement impliqué concerne la prise en charge de la santé sexuelle des patients par le médecin de famille, centrée de façon plus spécifique sur l'anamnèse de la santé sexuelle. Pour cerner les déterminants de ce comportement, le modèle intégrateur proposé par Godin semblait tout à fait approprié.

Godin, qui a beaucoup travaillé avec les modèles sociocognitifs, a développé un modèle intégrateur qui permet de bien saisir les concepts sur lesquels on doit aller chercher de l'information, des concepts qui seront à la base des objectifs de l'intervention future. Ce modèle intégrateur s'inspire, dans un premier temps, de la théorie de l'action raisonnée, Fishbein et Ajzen (1977). Ces auteurs rapportent que le comportement est prédit par l'intention. L'intention elle-même est prédite par l'attitude de la personne à l'égard de ce comportement et par les normes subjectives qu'elle ressent. Avec le temps, les chercheurs ont observé certaines limites de ce modèle. C'est alors qu'Ajzen (1985) ajoute à la théorie de l'action raisonnée un autre prédicteur, soit la perception de contrôle comportemental, pour proposer la théorie du comportement planifié. Cet ajout permet d'étendre la théorie au postulat que selon le contrôle que les gens perçoivent relativement à un comportement, cela peut jouer à la fois sur leur motivation ou leur intention, ou même s'ils ont une forte intention, interférer entre l'intention et le comportement. Donc, la notion de perception de contrôle ajoute au modèle initial et permet aussi de tenir compte de comportements qui ne sont pas toujours exclusivement sous le contrôle volontaire de quelqu'un. En même temps, d'autres modèles ont été développés, entre autres celui de Triandis (1977) sur les comportements interpersonnels. Ce modèle propose d'autres concepts tels la norme morale personnelle et la croyance liée au rôle social, concepts qui seront décrits plus loin.

Le but de Godin n'était pas de recréer un nouveau modèle théorique, mais plutôt de mettre ensemble tous les concepts de ces théories qui seraient utiles pour procéder à une analyse de besoins. Cette logique explique le choix d'utiliser ce modèle intégrateur pour le présent

mémoire. Ce modèle justifie la structure de l'analyse des besoins auprès des médecins et résidents en médecine, il précise la nature des besoins à capter. Il suggère les procédures de collectes de données et oriente les variables à mesurer par le questionnaire quantitatif. Ultimement, les choix conceptuels s'orientent vers trois grands blocs de changements visés par une éventuelle formation en santé sexuelle, à savoir le contrôle perçu, les attitudes et les normes, dans la mesure où ces groupes de variables peuvent influencer l'intention du médecin de prendre ou non en charge la santé sexuelle des patients de manière systématique, ou interférer entre l'intention et le comportement visé. Ces variables peuvent être influencées par des variables externes regroupant les caractéristiques individuelles (âge, genre, statut socioéconomique, niveau d'éducation, traits de personnalité, etc.) et environnementales (de nature sociale ou physique). Le schéma suivant illustre ce modèle intégrateur.

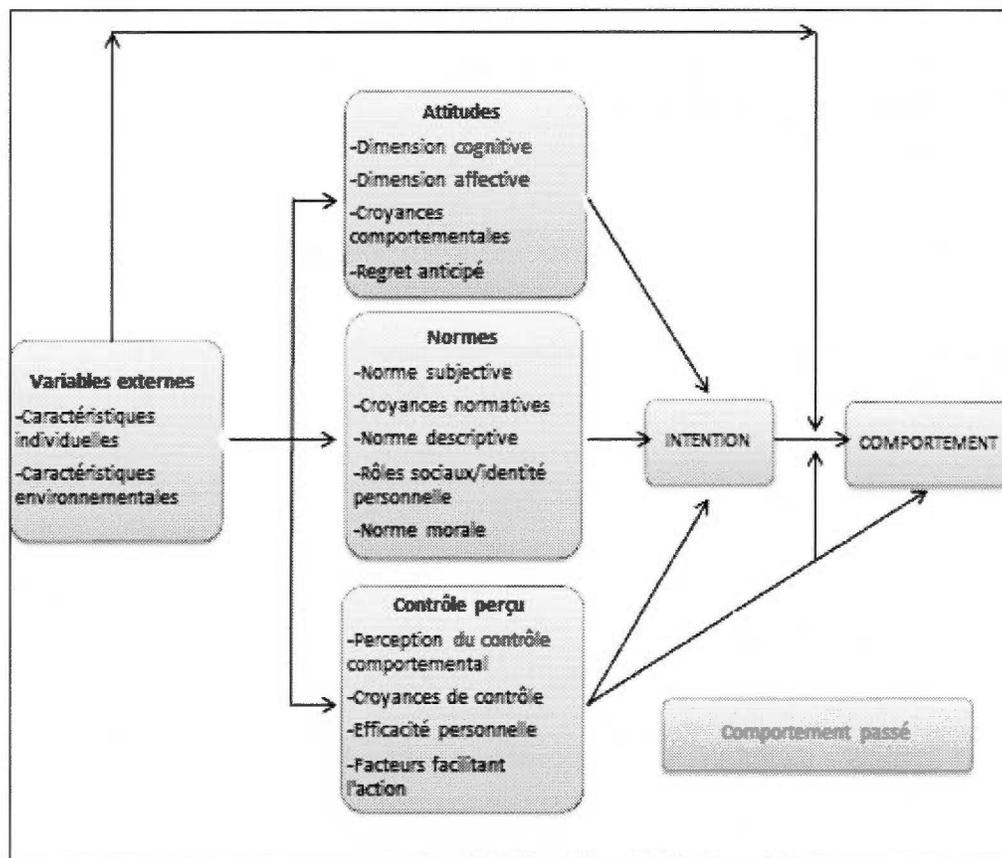


Figure 3.1 Modèle intégrateur du changement de comportement (Adapté de Godin, 2015).

Selon Godin (2013), définir la population cible et identifier les facteurs explicatifs du domaine d'intérêt permettra de développer une méthode d'intervention appropriée pour changer un comportement lié à la santé. Il précise que le contenu de cette intervention sera d'autant plus adapté aux caractéristiques de la population d'intérêt et au contexte ciblé. Ainsi, relativement à la présente étude, des travaux récents pointent vers certaines lacunes au niveau de l'auto-efficacité, des attitudes, des antécédents de formation chez les médecins et résidents en médecine, concepts proposés par ce modèle intégrateur et permettant de préciser d'éventuels besoins de formation.

### 3.3 Définition des concepts liés au modèle de changement de comportement

#### 3.3.1 Comportement lié à la santé

Un **comportement lié à la santé** est une action observable qui influence la santé de manière positive ou négative (Godin, 2015). Le comportement d'intérêt et lié à la santé, dans le cas de la présente étude, est l'action posée par le médecin ou le résident de prendre en charge la santé sexuelle des patients. Ce comportement peut se manifester, entre autres, par des actions de questionner le patient relativement à sa santé sexuelle, proposer un plan de traitement lié à la santé sexuelle, ou encore référer le patient, lorsque le médecin le juge nécessaire, à une ressource spécialisée afin d'en assurer le suivi au-delà de la consultation médicale.

#### 3.3.2 Intention

L'**intention** correspond à la motivation de l'individu à produire ou adopter un comportement. Cette variable est fonction de deux déterminants : l'attitude, décrite ici-bas et, d'autre part, la **norme subjective**, qui représente les pressions sociales que la personne perçoit si elle adoptait ou non un comportement, ici prendre en charge la santé sexuelle des patients (Fishbein et Ajzen, 1977).

### 3.3.3 Attitudes

Le concept d'**attitude** englobe les variables qui relèvent du calcul subjectif qu'une personne fait des conséquences positives ou négatives possibles qui découleraient de son comportement (Godin, 2015). Elles regroupent, d'une part, les pensées qui viennent à l'esprit de la personne à l'idée d'adopter un comportement et, d'autre part, l'appréhension des conséquences possibles. Parmi ces conséquences, la variable de **regret anticipé** se définit comme étant le regret que l'individu s'imagine avoir lorsqu'il se projette dans le futur, s'il n'adoptait pas le comportement en question. Par exemple, un élément attitudinal du médecin pourrait être de sentir qu'il accomplit pleinement son rôle s'il prenait la santé sexuelle de ses patients en charge et, ultimement, il regretterait s'il ne questionnait pas cette dimension de la santé. Il serait donc possible de conclure que ce médecin présente une attitude positive envers la prise en charge de la santé sexuelle.

### 3.3.4 Normes

Les normes incluent les perceptions de ce que les gens dans l'environnement social de l'individu font et penseraient d'un comportement (Godin, 2015). Les normes ne sont pas les mêmes dépendamment de la société dans laquelle on se trouve, elles relèvent donc de la culture. Les normes subjectives informent sur l'importance que l'individu accorde à l'opinion des gens qui sont significatifs pour lui quant à l'adoption d'un comportement donné. Ces normes incluent son désir de se conformer ou non à l'opinion de ces personnes. La **norme morale personnelle** traduit le sentiment d'obligation ressentie par la personne d'adopter ou non le comportement (Godin, 1991). La **norme comportementale** traduit à quel point la personne s'imagine qu'un comportement, ici la prise en charge de la santé sexuelle, est adopté par la plupart de ses pairs ou non. Autrement dit, si le comportement est la norme ou non. Par exemple, il est possible pour un médecin de famille de se questionner à savoir si la plupart de ses collègues prennent en charge ou non la santé sexuelle de leurs patients. S'il croit que la majorité d'entre eux adoptent le comportement, il aura une plus grande propension à l'adopter lui-même. Quant à la **croissance liée au rôle social**, elle est liée à la croyance que d'adopter un comportement est un comportement attendu en regard du rôle social en question. Ici, c'est la croyance du médecin que la prise en charge de la santé

sexuelle est un comportement attendu d'un médecin de famille, que tout médecin de famille devrait adopter ce comportement envers ses patients.

### 3.3.5 Contrôle perçu

Le **contrôle perçu** regroupe les indicateurs de la capacité d'adopter un comportement (Godin, 2015) dans ce cas-ci la perception de contrôle comportemental, le sentiment d'efficacité personnelle, les obstacles et les conditions qui facilitent la prise en charge de la santé sexuelle. Le **sentiment d'efficacité personnelle** (Bandura, 1977) constitue donc un sous-ensemble du contrôle perçu. Il se définit comme la perception de sa propre capacité à adopter un comportement, ici de se sentir confiant ou non de prendre en charge la santé sexuelle des patients. Plus élevé est le sentiment d'auto-efficacité, plus les efforts d'adoption et de maintien d'un comportement seront élevés. Pour la présente étude, un **obstacle** est défini comme une condition qui, empêche ou nuit à la prise en charge de la santé sexuelle malgré que le médecin de famille ait l'intention de le faire. Par exemple, même si un médecin de famille a l'intention de questionner et discuter systématiquement de santé sexuelle avec ses patients, une contrainte de temps pourrait y faire obstacle. Une **condition facilitante**, au contraire, renforce l'intention et catalyse l'adoption d'un comportement. Par exemple, si le médecin ne disposait d'aucune limite de temps pour effectuer ses entrevues médicales et que le patient posait lui-même des questions sur sa santé sexuelle, cela pourrait faciliter la prise en charge systématique de la santé sexuelle par le médecin. Quant à la **perception du contrôle comportemental**, elle peut également influencer l'intention. Elle représente la capacité d'un individu à adopter un comportement, dans un contexte général ou lorsque le comportement ne relève pas seulement de la volonté. Ici, c'est le degré auquel le médecin de famille se sent capable d'effectuer l'anamnèse de la santé sexuelle de ses patients malgré certains obstacles ou qu'il se sent capable de surmonter ces obstacles. La perception du contrôle comportemental repose sur les croyances de contrôle, à condition que le jugement de la personne corresponde à la réalité. Autrement, Ajzen (1985) précise que la perception de contrôle comportemental ne sera pas un indicateur fiable de l'adoption d'un comportement.

### 3.3.6 Comportement passé

Le **comportement passé** représente l'habitude ou l'expérience avec le comportement. Il peut : 1) déterminer directement le comportement (parce que la personne l'a produit dans le passé, elle est plus encline à le maintenir); 2) déterminer l'intention au même titre que les attitudes, les normes et le contrôle perçu; 3) agir comme modérateur de la relation entre l'intention et le comportement.

Dans un souci de comprendre la contribution relative de chacune de ces variables en lien avec l'intention de prendre en charge la santé sexuelle des patients, ce projet s'intéresse à apprécier, puis à mesurer ces variables chez une population de médecins de famille et résidents en médecine québécois.

### 3.4 Questions de recherche

Rappelons que cette étude a comme objectif principal d'évaluer les besoins de formation ressentis des médecins de famille et résidents en médecine familiale quant à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients. Pour opérationnaliser ce que nous entendons par besoins, le modèle intégrateur de Godin a été utilisé. Capturer les attitudes, normes, contrôle perçu et intention à l'égard de la prise en charge de la santé sexuelle de ses patients, semblait dégager les déterminants psychosociaux de ce comportement à cibler dans le cadre du développement professionnel (formation continue) d'un médecin.

Les premières questions de recherche relèvent du volet qualitatif de cette étude :

1) Quelles sont les croyances comportementales, normatives et de contrôle des médecins de famille et résidents en médecine, à l'égard de l'anamnèse de la santé sexuelle de leurs patients et, plus globalement, de la prise en charge de la santé sexuelle de ceux-ci?

2) Quels sont les besoins des médecins en termes d'outils et de formation pour faciliter la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients?

Les prochaines questions de recherche relèvent du volet quantitatif de cette étude:

- 3) Quelles sont les attitudes des médecins et résidents à l'égard de la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients?
- 4) Quelles sont les normes sociales perçues par les médecins et résidents à l'égard de la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients?
- 5) Quel est le contrôle perçu par les médecins et résidents à l'égard de la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients?
- 6) Quelle est l'intention des médecins et résidents de prendre en charge la santé sexuelle de leurs patients dans un avenir rapproché?
- 7) Comment ces attitudes, normes sociales, contrôle perçu et intention varient-ils selon diverses caractéristiques socioprofessionnelles des médecins et résidents impliqués?
- 8) L'intention est-elle associée aux attitudes, normes, contrôle perçu des médecins de famille relativement à l'anamnèse et, plus globalement, à la prise en charge de la santé sexuelle?

Le postulat de base supportant cette étude et ses questions de recherche est que les besoins ressentis et thèmes soulevés dans les groupes de discussion supportent les données des écrits scientifiques consultés et permettent d'élaborer un questionnaire qui mesure le profil socioprofessionnel des médecins, leurs attitudes, normes, contrôle perçu (sentiment d'auto-efficacité et conditions facilitantes/obstacles rencontrés) en matière de prise en charge de la santé sexuelle.

Compte tenu de la recension des écrits, quelques hypothèses de travail peuvent être formulées. Le portrait des caractéristiques personnelles et professionnelles par le biais des volets qualitatif (groupes de discussion) et quantitatif (questionnaire) mettrait en évidence que l'expérience et les pratiques professionnelles quant à l'anamnèse systématique de la santé sexuelle sont hétérogènes parmi les médecins et résidents en médecine, que le sentiment d'efficacité personnelle pour questionner systématiquement la santé sexuelle serait corrélé aux antécédents de formation en santé sexuelle et que le comportement antérieur relativement au pourcentage de patients que le médecin a questionné, serait significativement corrélé aux attitudes et normes, au sentiment d'efficacité personnelle et à l'intention de le faire.

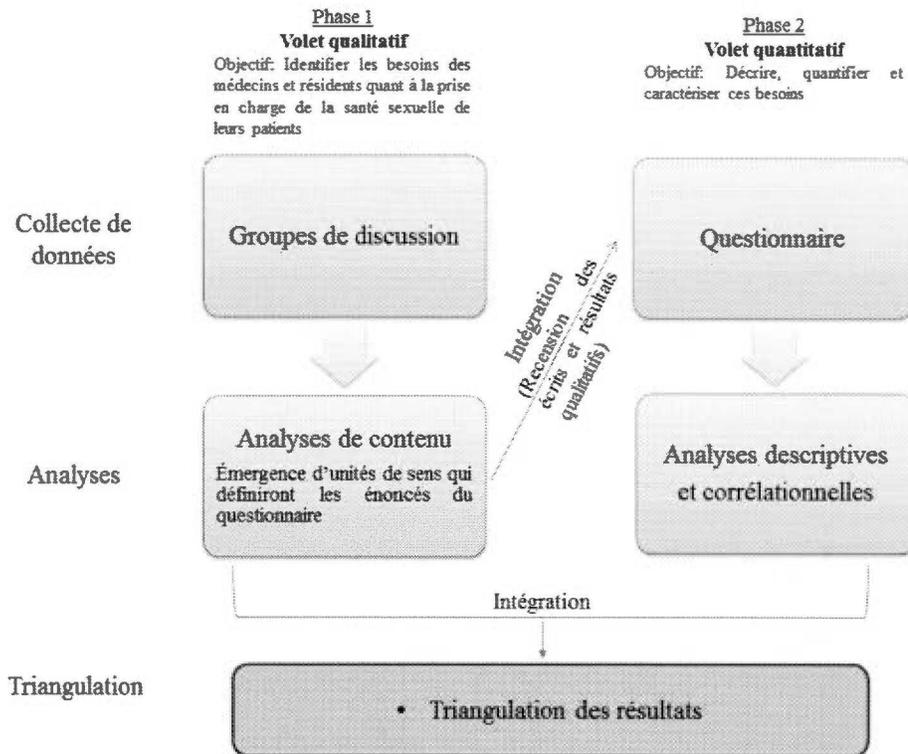
## CHAPITRE IV

### MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre propose d'abord un plan général de la recherche, puis les volets qualitatif et quantitatif de l'étude sont décrits de façon plus exhaustive. Une description du milieu, des participants à l'étude et des outils de collecte de données figure dans ce chapitre. Les considérations éthiques et déontologiques de l'étude sont ensuite expliquées. Finalement, ce chapitre décrit les liens entre les objectifs de l'étude et les variables indépendantes et dépendantes proposées.

#### 4.1 Plan général de la recherche

Un devis de recherche séquentiel exploratoire a été utilisé pour cette étude. Ce devis s'appuie sur une méthodologie mixte (Pluye, 2009). Dans un premier temps, un volet qualitatif a permis d'obtenir une vue d'ensemble des besoins de formation ressentis par les médecins de famille et résidents relativement à leurs attitudes, normes, contrôle perçu et intention à l'égard de la prise en charge de la santé sexuelle des patients. Les unités de sens qui ont émergé de l'analyse de contenu ont permis d'élaborer un questionnaire quantitatif qui constituera le second volet. Puis, le volet quantitatif a permis de préciser ces besoins en mesurant des variables opérationnalisées d'attitudes, de normes et de contrôle perçu, et en explorant comment ces besoins varient selon diverses caractéristiques. La figure 4.1 ci-dessous propose une vue d'ensemble des phases d'intégration entre les différentes collectes de données réalisées.



\*Adapté de Pluye (2009)

Figure 4.1 Intégration des données du devis séquentiel exploratoire

## 4.2 Phase 1 : Volet qualitatif

Ce volet visait à identifier les besoins ressentis de formation des médecins de famille et résidents en médecine familiale, relativement à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients à partir de groupes de discussion.

### 4.2.1 Guide de discussion

Le guide de discussion comportait cinq sections qui visaient à documenter les caractéristiques socioprofessionnelles et les variables psychosociales qui ont servi par la suite à construire les

échelles du questionnaire quantitatif. Chaque section se composait d'une question principale et, le cas échéant, de quelques sous-questions pour approfondir certains thèmes ou pour favoriser l'émergence de nouveaux éléments de réponses. Chaque question a été élaborée afin de documenter les variables à l'étude. D'abord, les questions suivantes avaient pour cibles les pratiques professionnelles et les attitudes: 1) « Quels sont, selon vous, les besoins de vos patients en matière de santé sexuelle ? », 2) « Comment ces besoins se manifestent-ils lors d'une entrevue ? ». La question suivante visait à donner l'occasion aux participants de s'exprimer sur les normes en matière de santé sexuelle : « Selon vous, quel est votre rôle en matière de santé sexuelle auprès de vos patients ? ». Finalement, les questions suivantes avaient pour objectif de documenter le contrôle perçu par les médecins et résidents en médecine familiale : 1) « Dans le cadre de votre pratique professionnelle, qu'est-ce que vous trouvez difficile personnellement en matière de santé sexuelle ? », 2) « Qu'est-ce qui est difficile ou défavorable dans le contexte de l'UMF relativement à la prise en charge de la santé sexuelle? », 3) « Qu'est-ce qui vous aiderait personnellement pour mieux évaluer et prendre en charge la santé sexuelle ? », 4) « Qu'est-ce qui serait facilitant dans votre environnement pour mieux évaluer, prendre en charge et référer en santé sexuelle ? ». Finalement, une question directe était consacrée aux besoins des médecins en formation et en outils afin de faciliter la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients : « Quels sont vos besoins de perfectionnement quant à l'évaluation, au traitement, et à la référence en matière de santé sexuelle ? ». Le guide de discussion figure en Appendice A.

#### 4.2.2 Description du milieu, stratégies de recrutement et déroulement de la collecte de données

Le volet qualitatif du projet de recherche a été présenté verbalement lors d'une réunion des médecins et résidents au GMF-UMF en 2013. Une invitation à participer leur a alors été lancée, puis cette invitation a été relancée par courriel. Les critères d'inclusion pour participer aux groupes de discussion étaient d'être médecin ou résident au sein d'un Groupe de Médecine Familiale-Unité de Médecine Familiale (GMF-UMF) de la région de la Capitale-Nationale, de bien comprendre la langue française et d'être intéressé(e) à réfléchir et échanger sur ses pratiques professionnelles quant à la prise en charge de la santé sexuelle. Il

est apparu justifié et utile pour les fins de l'étude d'inclure les résidents en médecine de première, deuxième et troisième années puisque ceux-ci ont été exposés à une certaine quantité de patients, et donc d'expériences cliniques concrètes, au même titre que les médecins dits patrons. D'autre part, un GMF-UMF dispense des services de soins de santé primaires à une clientèle inscrite, qui représente environ 15 000 patients (Breton, Lévesque et Hogg, 2011; Gouvernement du Québec, 2017). « Une unité de médecine de famille est un milieu d'enseignement et de formation pratique pour les étudiants en médecine de famille. Des consultations sont offertes aux patients par des médecins enseignants, de médecins résidents en médecine familiale, du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé » (Gouvernement du Québec, 2017). Les GMF-UMF offrent des consultations médicales et des soins infirmiers, l'évaluation et le suivi de l'état de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, les suivis de grossesse, l'accouchement et les soins postnataux. Des cohortes de résidents en médecine font partie de l'équipe sous la supervision constante des médecins patrons pour une durée de deux ans.

L'établissement d'un groupe de discussion s'est effectué en fonction des disponibilités communes, et chacun s'est composé d'un minimum de trois participants et d'un maximum de dix, afin d'offrir la possibilité et la liberté de parole pour chacun. Chaque discussion s'est déroulée dans une salle de réunion fermée et isolée afin de s'assurer d'un climat intime et confidentiel. Un formulaire de consentement a été lu en groupe puis signé par les participants avant que l'enregistrement ne débute. Les conversations ont été enregistrées pendant toute la durée des entrevues, sans interruption. L'animatrice a mentionné aux participants le moment de début et de fin des enregistrements. Au cours de la discussion, les silences ont été respectés afin de favoriser l'émergence de réflexions spontanées de la part des participants. Des clarifications aux questions ont été effectuées et des sous-questions ont été posées lorsque nécessaire.

Le volet qualitatif a permis le déroulement de quatre groupes de discussion de 60 minutes chacun, dont trois composés de trois à cinq médecins, et un composé de 10 résidents en médecine familiale. Rappelons que par souci de protéger la confidentialité et l'anonymat des participants aux groupes de discussion, et selon les règles éthiques mentionnées au chapitre précédent, les propos ont été légèrement adaptés, empêchant ainsi de reconnaître les lieux ou

les participants qui ont exprimé ces propos, tout en préservant l'essence des propos tenus. Les quatre groupes de discussion (N = 22), conjointement avec une recension des travaux antérieurs, ont surtout permis d'élaborer les échelles de mesure du questionnaire.

#### 4.2.3 Considérations déontologiques et éthiques

L'objectif initial de l'étude était d'élaborer, d'implanter et d'évaluer un programme-pilote de développement professionnel portant sur la santé sexuelle. La direction des médecins d'un GMF-UMF couvert par le territoire du CIUSSS-CN avait manifesté son intérêt à participer au projet. Le projet a initialement été présenté oralement au comité éthique de la recherche (CÉR) du CIUSSS de la Capitale-Nationale, secteur Vieille Capitale, puis approuvé par celui-ci ainsi que par le CÉR de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Le projet a été modifié après plusieurs efforts de recrutement, devant l'impossibilité de réunir un nombre suffisant de participants pour permettre l'implantation du programme, et considérant le contexte de surcharge de travail des médecins. En 2016, une demande d'amendement a été soumise aux CÉR de l'UQAM et du CIUSSS-CN, afin de procéder à une analyse qualitative et quantitative des besoins. Le CÉR du CIUSSS-CN a fourni son approbation. Le CÉR du CIUSSS-CN a toutefois demandé d'assurer l'impossibilité d'identifier les participants aux groupes de discussion, et de paraphraser tout contenu qui pouvait en permettre l'identification quelconque. Il a donc été convenu que tout résultat qualitatif brut relevant des enregistrements audio soit retiré du présent mémoire. Des mesures ont été prises, telles qu'adapter les extraits des verbatims en prenant soin de préserver l'idée principale évoquée par les participants. Tout détail permettant d'identifier une personne ou un lieu a été retiré des extraits qualitatifs qui figurent dans le présent mémoire. Les participants du volet qualitatif ont signé un formulaire de consentement préalablement à leur participation, en 2013. Ce formulaire figure en appendice B.

#### 4.2.4 Analyse de contenu thématique

Les enregistrements audio ont été transcrits sous forme de verbatims, puis une analyse de contenu thématique a été effectuée (Bardin, 2013) selon une grille d'analyse mixte. Les

catégories ont été prédéterminées selon les variables suggérées par le modèle intégrateur de Godin (2013) et la grille comportait des sous-catégories ouvertes qui permettaient de regrouper les unités de sens selon leur nature sous divers thèmes. La directrice de recherche a révisé les thèmes émergents des extraits afin de s'assurer que le lien entre l'émergence des catégories et leur interprétation correspondait. Les unités de sens ont inspiré la formulation des énoncés des échelles tel qu'expliqué dans la prochaine section.

#### 4.2.5 Développement du questionnaire

L'analyse de contenu thématique préliminaire et exploratoire des données qualitatives, conjointement avec la recension des travaux antérieurs, ont servi à cibler les énoncés et variables pour fins d'élaboration du questionnaire quantitatif, questionnaire qui figure en appendice C. La section suivante propose une illustration détaillée du processus d'élaboration des énoncés. Bien qu'il existe déjà certaines échelles de mesure, cette étude a suivi la méthodologie proposée par Fishbein et Ajzen (1977) qui met l'accent sur l'importance de développer des échelles qui partent des croyances saillantes de la population visée par la future intervention. Cette réflexion a motivé le choix d'élaborer des échelles spécifiques à la population de la présente étude, et non pas de se baser sur des échelles existantes. Dans un souci de maximiser la validité de contenu, les énoncés se basent aussi sur la méthodologie proposée par Ajzen et Fishbein (1977) et sur ce que propose le modèle intégrateur de changement de comportement de Godin (2013), pour développer des énoncés permettant de mesurer des variables telles la perception de contrôle comportemental, le regret anticipé, la croyance liée au rôle social, la norme morale personnelle et l'intention.

#### 4.2.6 Description de l'instrument

Le questionnaire comportait six sections, excluant la page de présentation où le formulaire de consentement détaillé et la définition de la santé sexuelle selon l'OMS y étaient exposés. Considérant le faible nombre de participants ( $N = 23$ ), plusieurs variables ont été recodées pour regrouper les données. La première section recueillait les données sociodémographiques

afin de dresser un portrait général de l'échantillon de médecins et résidents. Cette section mesurait les variables catégorielles suivantes :

- Genre. Cette variable comportait deux catégories distinctes, soit « Homme » et « Femme ».
- Âge. L'âge, qui était au départ une variable continue, a été recodée en variable dichotomique, regroupant ainsi les participants de moins de 40 ans, et ceux de 40 ans et plus.
- Titre. Le titre, à l'origine divisé en quatre catégories « Médecin patron », « Résident I », « Résident » et « Résident III », a été recodé sous deux catégories « Médecin patron » et « Résident ».
- Antécédents de formation en santé sexuelle. Lorsque le participant a déclaré avoir eu recours à une formation antérieure en santé sexuelle, il a été invité à répondre dans quel cadre il a reçu cette formation. La variable « Institution de formation » a été recodée en variable dichotomique « Formation pré-graduée » et « À l'extérieur des études ». Cette dernière catégorie peut inclure les congrès, conférences, formation auprès d'un organisme communautaire ou autre.
- Nombre d'heures de formation.
- Contenu de la formation antérieure en santé sexuelle.
- Comportement du médecin lorsqu'un(e) patient(e) a abordé la santé sexuelle, au cours des trois derniers mois : le répondant cochant Oui/Non à chacun des énoncés proposés qui, au départ, totalisaient huit réponses possibles. La variable « Comportement du médecin lorsque le patient a abordé la santé sexuelle au cours des trois derniers mois » était à l'origine divisé en huit catégories ainsi qu'une catégorie Autre, avec commentaire ». Considérant que le seul commentaire obtenu était une référence en psychologie, cette catégorie a été intégrée à une autre catégorie sous l'étiquette « Référer ». La variable finale comprenait cinq catégories : « Écouter, faire du counseling, utiliser l'humour pour diminuer la tension »; « Faire des tests »; « Lorsqu'approprié, prescrire une médication qui pourrait aider »; « Référer à un médecin spécialiste (Urologue, gynécologue par exemple)/Psychologue/Sexologue »; et « Ne pas savoir quoi faire ». L'énoncé « référer » regroupait les fréquences où les répondants ont indiqué « Oui » à différents énoncés, soit référer à un médecin spécialiste (urologue,

gynécologue par exemple), à un psychologue et à un sexologue. Perception du médecin de la réaction de ses patients lorsque le médecin pose des questions sur la santé sexuelle, au cours des trois derniers mois : Une question mesurait comment le patient a réagi, selon le médecin, lorsqu'il a discuté de santé sexuelle avec son patient au cours des trois derniers mois. La réaction des patients lorsque le médecin a abordé la santé sexuelle a été recodée en deux catégories, considérant que pour cette variable, le taux de réponse dans certaines catégories était nul ou faible. Les deux catégories retenues sont « Moins que très bien » et « Très bien ».

- Le degré de confort du médecin/résident pour parler aux patient(e)s et les écouter à propos de la santé sexuelle : Cette question mesurait le degré de confort du médecin à discuter de santé sexuelle avec le patient au cours des trois derniers mois. L'échelle variait de 1 à 7, 1 signifiant « pas du tout confortable » et 7 signifiant « très confortable ». Cette variable, après analyses de cohérence interne utilisant la statistique alpha de Cronbach, a été intégrée à l'échelle globale d'auto-efficacité.

Le questionnaire mesurait les variables continues suivantes :

- Nombre d'années de pratique de la médecine familiale : Le nombre d'années et de mois de pratique de la médecine a été converti en une seule variable « nombre de mois de pratique ».
- Pourcentage de patients qui ont abordé spontanément la santé sexuelle lors d'une consultation, au cours des trois derniers mois ;
- Pourcentage de patients que le médecin a questionné à propos de la santé sexuelle au cours des trois derniers mois.

La seconde section du questionnaire mesurait le score d'efficacité personnelle du médecin/résident face à l'adoption de comportements de prévention/promotion de la santé sexuelle. Cette échelle comportait 19 énoncés qui provenaient de comportements soulevés dans les groupes de discussion et que les travaux antérieurs identifiaient comme des comportements de prévention/promotion de la santé sexuelle. L'échelle variait de 1 à 7, 1 signifiant « Pas du tout facile », efficacité personnelle perçue très faible, à 7 signifiant « Extrêmement facile », efficacité personnelle perçue très élevée. Un énoncé portant sur le « degré de confort du médecin, au cours des trois derniers mois, à avoir discuté de santé

sexuelle avec ses patients » a été ajouté à cette échelle globale de la croyance en son efficacité personnelle, car l'inclusion de celui-ci en améliore le coefficient de cohérence interne. L'échelle globale a ensuite été créée en calculant le score moyen des 19 énoncés constituant l'échelle. La cohérence interne calculée par l'alpha de Cronbach était de 0,90 (tableau 4.1).

La troisième section mesurait l'attitude du médecin de famille à l'égard de conséquences possibles du fait de questionner la santé sexuelle avec le patient au cours du prochain mois. L'échelle variait de -3 à +3, -3 signifiant « Vous êtes certain que non », attitude très défavorable, à +3 signifiant « Vous êtes certain que oui », attitude très favorable. Cette section comportait 16 énoncés tirés de la consultation des travaux scientifiques récents et des groupes de discussion. Huit énoncés étaient qualifiés de conséquences « positives » et huit autres étaient qualifiés de « négatives ». À cet effet, une inversion des huit énoncés négatifs a été effectuée afin de déterminer un score global à l'échelle d'attitude. À titre d'exemple, l'énoncé suivant était qualifié de conséquence positive: « Offrirait au patient une occasion de discuter de préoccupations qu'il n'aurait pas osé aborder ». L'énoncé suivant était qualifié de conséquence négative: « Vous sentiriez que vous causez de l'embarras à votre patient ». Le répondant devait donc exprimer dans quelle mesure chaque énoncé lui ressemblait, en encerclant la réponse qui correspondait le mieux à son opinion selon une échelle de type Likert allant de -3 (Certain que non) à +3 (Certain que oui). Une échelle globale a été créée en calculant le score moyen des 16 énoncés constituant l'échelle, en considérant le score des huit énoncés négatifs inversés. Le coefficient de cohérence interne calculé par l'alpha de Cronbach était de 0,77 (tableau 4.1).

La quatrième section évalue dans quelle mesure chaque condition présentée faciliterait ou entraverait la prise en charge de la santé sexuelle lors d'une consultation. Ces éléments ont préalablement été soulevés dans les groupes de discussion et étaient également appuyés par les travaux antérieurs. L'échelle varie de -3 à +3, -3 signifiant « Obstacle très important », à +3 signifiant « Condition très facilitante ». Au départ, 38 énoncés composaient l'échelle. Dans un souci d'uniformité, deux énoncés ont été retirés des analyses après avoir constaté qu'ils se retrouvaient seulement dans la version web du questionnaire et pas dans la version papier. Ces énoncés étaient au départ « Votre patient est plus jeune ou plus âgé que vous » et

« Votre patient est du même sexe que vous ». Trente-six items ont donc été utilisés pour fins d'analyses et de calcul du coefficient de cohérence interne. Celui-ci, calculé par l'alpha de Cronbach, était de 0,78 (tableau 4.1).

La cinquième section mesurait les normes et l'intention associées à l'adoption d'un comportement selon la théorie du modèle intégrateur de changement de comportement (Godin, 2012). Ce comportement mesuré était « Questionner systématiquement la santé sexuelle de chaque patient, à chaque consultation au cours du prochain mois ». Le répondant se projetait dans un futur rapproché et se positionnait quant à divers énoncés qui reflétaient les variables indépendantes suivantes : « perception de contrôle comportemental »; « norme morale personnelle »; « norme comportementale »; « regret anticipé »; et « croyance liée au rôle social » et finalement, la variable dépendante « intention ». Celle-ci mesure la probabilité que le médecin questionne ou non la santé sexuelle au cours du prochain mois. Chacune de ces échelles variait de 1 à 7, 1 signifiant un score très faible et 7, un score très élevé. À l'origine, la plupart de ces variables étaient mesurées par 3 items. L'item « Questionner la santé sexuelle au cours du prochain mois sera une question d'obligation morale pour vous » a été retiré de l'échelle de la « norme morale personnelle », car son retrait optimise le coefficient de cohérence interne. La norme comportementale comporte un seul item. Les coefficients de cohérence interne, calculés par l'alpha de Cronbach, sont rapportés dans le tableau 4.1.

Finalement, une brève section comportait trois questions ouvertes, où les médecins y exprimaient librement les thèmes et outils de formation qui pourraient les aider dans la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients. Ils y indiquaient également le nombre d'heures qu'ils étaient prêts à investir pour participer à une formation sur la santé sexuelle.

Tableau 4.1 : Cohérence interne des échelles de mesure du questionnaire

Échelle	Nombre d'énoncés	Alpha de Cronbach
Efficacité personnelle	20	0,902
Attitude	16	0,766
Obstacles/Facilitateurs	35	0,783
Perception de contrôle comportemental	3	0,815
Norme morale personnelle	3	0,914
Regret anticipé	3	0,857
Croyance liée au rôle social	3	0,898
Intention	3	0,923

### 4.3 Phase 2 : Volet quantitatif

Ce volet visait dans un premier temps à décrire les besoins ressentis de formation des médecins de famille et résidents en médecine familiale, relativement à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients. Dans un deuxième temps, ce volet explorait comment ces besoins varient selon les caractéristiques des médecins et résidents impliqués.

#### 4.3.1 Stratégies de recrutement et déroulement de la collecte de données

Il est à noter que les deux volets de l'étude, qualitatif et quantitatif, comportent des échantillons indépendants. Deux processus de recrutement distincts ont eu lieu. Les critères d'inclusion pour répondre au questionnaire consistaient à être médecin de famille ou résident en médecine familiale dans la région de la Capitale-Nationale, pour les mêmes motifs que pour le volet qualitatif, ainsi que de bien comprendre la langue française et d'être intéressé à réfléchir sur ses pratiques professionnelles quant à la prise en charge de la santé sexuelle.

En février 2017, le recrutement pour le questionnaire quantitatif a débuté. Les médecins et résidents des GMF-UMF couverts par le territoire du CIUSSS-CN ont été invités verbalement, puis par courriel (Appendice E) et par l'entremise d'un document papier

identique à la version courriel. Le recrutement s'est fait à la fois en rendant disponible un lien web (Appendice E) et des questionnaires version papier/crayon. Comme le lien web était public, il n'est pas exclu que ce lien internet ait circulé parmi des médecins de famille d'autres régions québécoises que la clientèle-cible. Après plusieurs mois de sollicitation et de rappels auprès de plus de 80 médecins et résidents pour la complétion du questionnaire en ligne et version papier, 23 questionnaires complétés ont été obtenus.

Les participants choisissaient de répondre à l'une ou l'autre des versions du questionnaire (électronique ou papier/crayon) selon leur convenance. Une version complète du questionnaire figure en appendice B. La version web était rendue disponible pendant toute la durée de la période de recrutement sur la plateforme *Survey Monkey*. Le participant répondait aux questions suivant la description des sections élaborée plus haut. Le questionnaire durait quinze minutes. Le participant cliquait ensuite sur le bouton « Terminer le questionnaire » ou, s'il remplissait la formule papier/crayon, remettait son questionnaire complété dans l'enveloppe préaffranchie à cette fin et la remettait au secrétariat de son GMF-UMF, où le chercheur venait ensuite les récupérer. Chaque questionnaire a ensuite été séparé de son formulaire de consentement, puis les données ont été saisies à la main à l'aide du logiciel statistique SPSS.

#### 4.4.2 Considérations déontologiques et éthiques

Le projet a été approuvé par le Comité Éthique de la Recherche (CÉR) de l'UQAM ainsi que par le CÉR du CIUSSS-CN. Dans les deux cas, il a été expliqué clairement aux participants les implications de leur participation par le biais d'un formulaire de consentement qui figure en appendice B. Pour la version papier, le participant disposait de deux copies du formulaire de consentement, dont il remettait une copie signée jointe à son questionnaire dans l'enveloppe préaffranchie. Le participant était libre de répondre ou non à chaque question et il pouvait se retirer à tout moment. Le formulaire de consentement figurait comme première page du questionnaire web. En cochant la case « J'accepte », les participants attestaient avoir lu, et consentaient à ce que leurs réponses, anonymes et confidentielles, soient analysées pour fins de rédaction d'un projet de mémoire. Lorsque le participant refusait de donner son consentement, il était redirigé vers une page de remerciement et à la fin du questionnaire. Il

était également possible de se retirer de l'étude à tout moment en cliquant sur le bouton « fermer » dans le haut de la page.

#### 4.4.3 Analyses

Les données recueillies par le biais du questionnaire ont servi, d'une part, à valider les échelles de mesure et d'autre part, à approfondir et appuyer de façon empirique le matériel qualitatif recueilli auprès d'une population similaire. Considérant la nature exploratoire de cette recherche, des analyses descriptives ont été effectuées afin de dresser un portrait des besoins en formation des médecins de famille et résidents, ainsi que de leurs comportements actuels de prévention et de promotion de la santé sexuelle. Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été effectuées pour décrire les caractéristiques de l'échantillon à l'étude. Les analyses descriptives incluaient des fréquences, pourcentages, moyennes et écarts-types. Des analyses non paramétriques ont été privilégiées pour cette étude et ce, pour plusieurs raisons : L'échantillon de faible taille ( $N = 23$ ) ne permettait pas de rencontrer les postulats de normalité de la distribution de l'échantillonnage, ni d'effectuer des analyses bivariées. Des tests de khi-carré d'indépendance statistique ont testé les différences de proportions entre les variables catégorielles. Des tests de Wilcoxon ont été effectués pour comparer le score moyen aux échelles globales, qui sont des variables continues, selon les moyennes de rangs des participants obtenues sur différentes variables indépendantes et catégorielles. En effet, contrairement à son équivalent paramétrique le test de T, la statistique U de Mann Whitney obtenue par le test de Wilcoxon n'est pas affectée par les variations de la distribution. Des corrélations de Spearman ont ensuite été effectuées afin de mesurer les associations entre les scores aux huit échelles globales et certaines caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, titre et formation antérieure).



## CHAPITRE V

### RÉSULTATS

Rappelons que l'objectif principal de cette étude vise à évaluer les besoins en développement professionnel des médecins de famille et résidents en médecine familiale quant à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients. Ce chapitre répond à cet objectif en deux volets. Dans le premier volet, qualitatif, les répondants aux groupes de discussion sont décrits et les unités thématiques ainsi que les catégories émergentes de ces groupes de discussion sont présentées. Les propos de ces groupes de discussion ont fait l'objet de lecture systématique, de codification et de catégorisation afin d'en dégager des unités de sens qui, avec ce que la recension des écrits suggérait, ont servi à l'élaboration des échelles du questionnaire quantitatif. Un tableau synthèse expliquant l'élaboration des énoncés composant les échelles du questionnaire, à partir des résultats qualitatifs et de la recension des écrits, est proposé. Le second volet décrit les principaux résultats quantitatifs obtenus suite à l'administration du questionnaire en ligne. Dans ce second volet du chapitre, les caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles de l'échantillon sont présentées, ainsi que les comportements relatifs à l'anamnèse de la santé sexuelle au cours des trois derniers mois, les variables psychosociales regroupant les attitudes, les normes et le contrôle perçu, et ultimement, les facteurs associés à l'intention de prendre en charge la santé sexuelle des patients.

#### 5.1 Volet qualitatif

Le nombre de participants à ce volet totalise 22. Il compte 13 femmes et neuf hommes. Au total, 12 médecins patrons et 10 résidents en médecine familiale ont participé aux groupes de discussion. La prochaine sous-section illustre les unités de sens et les catégories obtenues suite à l'analyse thématique des groupes de discussion, ces unités et catégories ayant permis d'élaborer les échelles du questionnaire quantitatif.

##### 5.1.1 Attitude

Les attitudes relèvent des avantages et désavantages pour le médecin et pour le patient qu'implique la prise en charge de la santé sexuelle. Les médecins et résidents interrogés

réfléchissent à définir leur rôle en matière de santé sexuelle auprès des patients, ils identifient certains bénéfices pour la relation thérapeutique ainsi que des défis liés à un certain inconfort pour eux-mêmes ou de la part du patient.

#### 5.1.1.1 Accomplir pleinement son rôle

Huit médecins et résidents rapportent que de discuter et faire preuve d'ouverture à l'égard de la santé sexuelle avec leurs patients fait partie intégrante du rôle attendu d'un médecin de famille. Cette question rejoint la norme de la croyance liée au rôle social du modèle de Godin (2013). Ils sont conscients qu'ils représentent un professionnel de confiance pour les patients et qu'au-delà de dépister des infections transmises sexuellement et par le sang, il est pertinent qu'un médecin questionne les pratiques sexuelles des patients ainsi que les situations qui exigent une prise en charge par un spécialiste de la santé sexuelle. Ils expliquent que, comme la santé sexuelle constitue une dimension de la santé, ils auraient alors l'impression d'accomplir pleinement leur rôle comme médecin en abordant la question de la santé sexuelle.

« À quelque part, tu es une personne très importante pour ton patient. [...] Tu as quand même besoin de faire un peu de dépistage, et je ne parle pas de dépistage des ITSS. Un dépistage de la normalité et de l'anormalité des pratiques sexuelles. »

« Quand on regarde le rôle du promoteur de la santé, ça entre dans les compétences que l'on doit avoir et oui, la santé sexuelle, c'est une dimension de la santé. »

« Ça fait partie de la connaissance qu'on a, qu'on souhaite acquérir du contexte de vie du patient. »

D'autres médecins et résidents se demandent jusqu'à quel point prendre en charge la santé sexuelle fait partie de leur rôle, au-delà du traitement des maladies.

« Oui mais je ne suis pas sûr que ça nous appartient non plus. »

« C'est d'être ouvert et capable de faire un questionnaire de base, de dépister les situations qui exigent une prise en charge qui nous dépasse, et de connaître les ressources. »

### 5.1.1.2 Bénéfices pour la relation thérapeutique

Les médecins de famille et résidents en médecine identifient des bénéfices pour la relation thérapeutique associés à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients. En effet, ils expliquent (n = 11) que discuter de façon proactive de la santé sexuelle peut rassurer le patient et lui témoigner que s'il en ressent le besoin, le médecin sera ouvert à la discussion et disponible pour l'aider. À ce propos, un médecin précise qu'il est impératif d'indiquer la raison pour laquelle le médecin questionne le patient à propos de la santé sexuelle. Le patient comprend alors que ce n'est pas par curiosité personnelle mais plutôt selon un objectif précis, celui d'assurer sa santé globale.

« Ce que je trouve très important, c'est d'annoncer pourquoi on veut savoir ça. On n'est pas curieux. Je pense que c'est extrêmement important [...]. »

« Le serment d'Hippocrate c'est vieux ça. Et c'est ça qui permet de dire que l'on peut poser cette question-là, qu'on peut questionner. Donc, on a de ces privilèges-là, mais il faut s'en servir dans l'intérêt du patient. Et c'est encore plus vrai dans la sexualité. »

Ainsi, quatre médecins et résidents rapportent que d'annoncer son ouverture envers la santé sexuelle des patients aura pour conséquence, à moyen ou long terme, de créer une occasion que le patient pourra saisir, quelques entrevues plus tard, pour confier ses préoccupations de santé sexuelle.

« Je pense qu'il faut toujours laisser la porte ouverte, même si c'est une phrase. »

« Cette ouverture-là que tu crées, va faire en sorte que ce n'est peut-être pas à cette entrevue-là que tu vas avoir tes réponses, peut-être deux ou trois entrevues plus tard. »

Certains participants (n = 6) notent un avantage d'aborder la santé sexuelle de façon proactive auprès du patient, particulièrement au niveau de la prévention. Ces professionnels de première ligne souhaiteraient bénéficier d'outils qui leur permettraient d'intervenir de façon préventive. Ils relatent qu'il est plus avantageux de discuter de santé sexuelle et d'intervenir à un âge plus précoce afin d'empêcher certains problèmes d'apparaître, plutôt que de devoir dénouer ces problèmes relationnels à un âge plus avancé. Deux d'entre eux avancent que de poser les bonnes questions relativement à la santé sexuelle permet d'obtenir

des informations justes et honnêtes de la part du patient, car il se sentira davantage confiant envers son médecin.

« Comment intervenir chez nos jeunes? Parce que moi, ce que tu dis, ça me frappe. À 30 ans, bonne chance si tu veux dire que depuis 15 ans, tu n'as pas de plaisir ». Tu es mieux de commencer à en parler à 15 ans. »

### 5.1.1.3 Situations inconfortables pour le médecin

Certains médecins rapportent un certain inconfort de leur part lorsqu'il s'agit d'aborder la santé sexuelle avec leurs patients. Dix médecins et résidents affirment qu'ils n'en ont pas envie, et qu'ils se sentent embêtés de devoir l'aborder. Ce malaise se manifeste notamment par la crainte de découvrir des problèmes de santé sexuelle chez le patient qu'ils devront gérer sans se sentir suffisamment outillés pour le faire.

« Le malaise vient probablement davantage de nous que du patient. »

« Cette peur de poser la question ou cette peur d'avoir une réponse... D'être pris avec le problème. »

Sept médecins et résidents affirment ressentir un inconfort du fait de ne pas connaître suffisamment les ressources pour offrir des solutions adaptées au problème qu'ils auront identifié. Ils appréhendent de se sentir dépourvus de solutions de traitement ou de référence adaptées à offrir au moment où un problème de santé sexuelle serait relevé par le patient.

« Un des problèmes aussi que je vois, c'est que même si on allait plus loin, on ne connaît pas beaucoup les ressources. Puis les ressources, ce que j'en sais, c'est qu'elles sont payantes. »

« Moi, je suis limité rapidement parce que je ne sais pas à qui référer. »

Une conséquence importante que les médecins et résidents (n = 9) identifient relativement à discuter de santé sexuelle avec leurs patients concerne l'importance relative de la santé sexuelle comparativement à d'autres enjeux de santé du patient. Les médecins rapportent avoir souvent à prioriser ce qui représente un enjeu vital pour la santé d'une personne. Ainsi, s'ils abordaient la santé sexuelle, ils craignent de manquer de temps pour aborder d'autres questions de santé plus prioritaires. De plus, une résidente apporte que discuter de santé sexuelle implique de prendre le temps d'amener le sujet, ce qui pose problème dans ce contexte.

« C'est de choisir. Quand le patient fait de l'angine, que sa tension artérielle est mal contrôlée, et que son diabète est débalancé, tu vas là où c'est plus prioritaire d'agir, ce qui menace vraiment sa vie. Mais la fonction sexuelle... »

« Il faut que tu l'amènes [...] Ce n'est pas une (seule) question. Ça engendre d'ouvrir la porte. »

Deux extraits des groupes de discussion font référence à la responsabilité du médecin enseignant de transmettre certaines habiletés et façons de faire aux médecins résidents à qui il enseigne. Certains médecins (n = 2) constatent qu'en n'effectuant pas l'anamnèse de la santé sexuelle, ils perpétuent le problème.

« Si on ne fait pas (l'anamnèse de la santé sexuelle) auprès de nos patients, on ne demande pas à nos résidents de le faire. [...] On augmente le problème de perpétuer l'inconfort que l'on vit. »

#### 5.1.1.4 Situations inconfortables pour le patient

Les médecins appréhendent certaines conséquences que pourrait avoir sur le patient d'aborder avec eux la santé sexuelle. Trois d'entre eux relatent que parfois, même si le contexte est propice à discuter de santé sexuelle, ils pourraient causer de l'embarras au patient ou paraître intrusifs pour ce dernier.

« Ça aurait été vraiment un contexte d'en parler justement. Mais lui, il ne voulait pas trop en rapporter sur sa situation de santé sexuelle. »

« Tu ne veux pas avoir l'air d'avoir une curiosité mal placée. »

#### 5.1.2 Contrôle perçu

Les médecins et résidents relatent différents aspects de leur expérience qui augmentent ou diminuent leur perception de contrôle pour prendre en charge de la santé sexuelle de leurs patients.

##### 5.1.2.1 Croyance en son efficacité personnelle

Au-delà des conséquences anticipées par les médecins de famille et résidents interrogés relativement à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients, ils évoquent leurs

croyances en leur efficacité personnelle relativement à différents comportements de prise en charge de la santé sexuelle. Les extraits qui suivent illustrent comment les médecins peuvent se sentir confiants d'adopter certains comportements associés à la prise en charge de la santé sexuelle, et dans quelle mesure ils peuvent se sentir démunis face à d'autres enjeux.

#### 5.1.2.2 Effectuer l'anamnèse de la santé sexuelle

L'anamnèse de la santé sexuelle a trait à l'évaluation de l'état de santé sexuelle d'un patient. Elle implique différents comportements reliés à la communication entre le médecin et son patient qui permettront de dresser un portrait juste de la situation de sa santé sexuelle, ceci dans l'objectif de convenir d'une intervention ou d'une référence adaptée à ses besoins.

Les médecins et résidents interrogés discutent de leur façon d'amorcer la discussion avec le patient sur ses inquiétudes d'ordre sexuel. Quatorze d'entre eux préfèrent attendre que le patient ouvre la discussion sur le sujet plutôt que de faire le premier pas et confient ne pas questionner systématiquement la santé sexuelle. Dix d'entre eux se sentent à l'aise de discuter de santé sexuelle avec leurs patients. Certains (n = 5) affirment que certains contextes s'y prêtent mieux que d'autres pour discuter de santé sexuelle. Trois d'entre eux expliquent que si le patient aborde le sujet en premier, ils effectueront alors l'anamnèse de leur santé sexuelle.

« Comme médecin, comme personne, on est à l'aise d'en parler. »

« Personnellement, si le patient ne m'arrive pas avec ça, je ne l'aborde pas. »

« Tu sais, le patient va aborder ce sujet-là et je ne serai pas mal à l'aise d'en parler avec lui. »

« Quand ils me posent ces questions-là, c'est sûr que je vais aller de l'avant. »

Dix médecins et résidents sur les 22 interrogés affirment se sentir davantage à l'aise d'aborder la santé sexuelle sous l'angle d'une condition organique et de dépister une maladie, puisque cette approche constitue celle qu'ils connaissent le mieux. Ainsi, ils se sentent efficaces pour soulager le patient d'un symptôme et pour offrir un plan de traitement d'une maladie. L'un d'entre eux acquiesce au fait qu'ils pourraient questionner davantage la question de la satisfaction sexuelle de leurs patients. Ceci dit, un médecin relate qu'il se sent

en mesure d'effectuer une anamnèse de base de la santé sexuelle, sans être nécessairement en mesure de poser des questions pointues pour approfondir la question.

« Mais c'est plus au niveau des symptômes, plus pour les soulager, pour trouver un traitement des choses comme ça. C'est rare dans ma pratique que je vais aller creuser au niveau de la satisfaction de l'un et l'autre des partenaires au niveau de la sexualité. »

« Je trouve ça bien qu'on parle de santé sexuelle, comme s'il fallait regarder le positif. »

« S'il n'y a pas de problème organique, c'est vrai qu'on intervient très peu. On ne nous en parle pas d'emblée. »

« Je pense qu'on est plus souvent dans la maladie que dans la santé. Puis en étant dans la maladie, souvent on va parler de prévention aussi. »

« Probablement que je ne demande pas assez souvent directement : Êtes-vous satisfait de votre santé sexuelle? »

« Autant des notions plus relationnelles, physiologiques autres, on a des connaissances de base. On n'est pas des experts non plus. »

La moitié des médecins et résidents questionnés (n = 11) se sent en mesure de déterminer la principale cause d'un problème de santé sexuelle chez le patient. Certains médecins et résidents (n = 5) considèrent qu'il est rare qu'une problématique de santé sexuelle ait pour cause uniquement une condition organique. Bien qu'ils accordent de l'importance à la dimension psychologique de la santé sexuelle (n = 6), ils confient ne pas toujours savoir comment effectuer une anamnèse de la santé sexuelle de leur patient qui tiendra compte des dimensions psychologiques qui pourraient être en jeu (n = 4).

« Il n'y a pas beaucoup de maladies dans ce type-là qui soient à 100 % médicales. »

« Quelqu'un qui me dit qu'il est essoufflé, dans ma tête j'ai dix questions. Quelqu'un me dit que ça va plus ou moins bien (au niveau de la santé sexuelle)... Mon schéma de questionnaire sexologique, je ne l'ai pas. »

« Quel est le pourcentage du physique et du psychologique? Quand on fait tous nos tests, on rassure le patient sur le physique, qu'est-ce qu'on fait avec le psychologique? »

« On fait du dépistage de risque, mais on devrait (questionner) les troubles du désir et autres. Je pense que c'est important d'aborder ce sujet-là. »

Deux médecins rapportent se sentir efficaces pour évaluer la présence de dysfonctions sexuelles. Un médecin se demande également si ses questions de dépistage d'un problème de santé sexuelle sont à jour.

« J'ai quelques questions pour les problèmes de dysfonction érectile. »

« Est-ce qu'on est encore à jour dans nos questions de dépistage? »

D'autres médecins (n = 5) affirment se sentir efficaces pour déterminer si le problème de santé sexuelle du patient relève davantage de la sphère physiologique ou psychologique. Un médecin explique avoir quelques questions en tête pour aborder ces enjeux avec ses patients. Il partage sa façon d'offrir au patient l'occasion de parler de ses préoccupations de santé sexuelle et non pas seulement sous l'angle des problèmes.

« Mon questionnaire est quand même pas pire pour savoir si c'est vraiment physique ou psychologique.

« Je pose des questions ouvertes, je leur demande s'ils ont des questions plutôt que de leur demander s'ils ont des problèmes. »

Les médecins et résidents interrogés réfléchissent à la question de l'orientation sexuelle de leurs patients. Certains d'entre eux (n = 4) se demandent jusqu'où questionner le patient, et ils n'osent pas s'informer de l'orientation sexuelle de tous leurs patients. D'autres (n = 7) ont appris certaines formulations de questions à poser pour s'informer de l'orientation sexuelle et des pratiques sexuelles de leurs patients, dans le cadre de certaines formations.

« J'ai même des patientes que je ne le sais pas du tout. [...] Et je n'ai jamais osé le demander. »

« La technique qu'on nous a enseignée quand on questionne l'activité sexuelle, c'est de demander 'Est-ce que vous avez un conjoint ou une conjointe ou un partenaire ?' Pour ne pas prendre pour acquis que tout le monde est hétérosexuel. »

### 5.1.2.3 Développer une relation thérapeutique positive

La majorité des médecins et résidents (n = 15) discutent de l'importance qu'ils accordent au fait de faire preuve de non-jugement à l'égard des préoccupations de santé sexuelle que le

patient leur confie, et de faire preuve d'écoute et d'ouverture en normalisant leur situation (n = 6).

« Dans ce temps-là, j'essaie d'être le plus neutre... Neutre "Ah oui? Ah". »

« On essaie de normaliser la situation. »

D'autres (n = 12) estiment qu'il est primordial de créer un lien de confiance avec le patient afin de le mettre à l'aise de discuter de sa santé sexuelle, notamment en expliquant au patient que de discuter de cette dimension de la santé fait partie de leur rôle.

« Il faut vraiment mettre le patient à l'aise, être professionnel : "C'est mon travail, je comprends que vous puissiez être gêné, mais je suis là pour vous aider". »

Cinq médecins partagent leur manière d'accueillir les confidences de leurs patients à propos de leurs préoccupations d'ordre sexuel. Parfois, il s'agit de manifester son ouverture en invitant le conjoint du patient à participer à l'entrevue du prochain rendez-vous (n = 1).

« Souvent, je leur dis : "Amène ton conjoint au prochain rendez-vous et on va jaser tout le monde ensemble" ». »

Par ailleurs, certains médecins et résidents (n = 4) se questionnent parfois à propos de certaines situations où ils ressentent une plus grande difficulté à faire preuve de non jugement.

« Moi j'avoue que j'ai un jugement... Je contrôle. Moi, de me détacher, de ne pas avoir de jugement de valeurs, ça me met mal à l'aise. Je ne le dis pas, mais [...] ça doit paraître. »

#### 5.1.2.4 Effectuer des recommandations de prévention et de promotion de la santé sexuelle

Quatre médecins et résidents rapportent se sentir investis dans leur rôle de prévention et promotion de la santé sexuelle. Ils se sentent à l'aise de le faire auprès de leurs patients.

« C'est un élément qui vient me chercher beaucoup, la prévention. Je ne suis pas gênée de parler de cet aspect-là. Je pense que j'en parle pas mal, et c'est hyper important.

« Prévention, information, c'est un peu tout ça [...] notre rôle à jouer. »

### 5.1.2.5 Les réactions et comportements du médecin lorsque le patient discute de sa santé sexuelle

Les médecins effectuent du counseling (n = 13), normalisent (n = 8), prescrivent une médication (n = 3) ou proposent des tests de dépistage (n = 3) lorsqu'un patient aborde la dimension sexuelle de la santé. Un médecin rapporte qu'il se sent en mesure d'effectuer des recommandations à ses patients à propos de différents sujets de santé sexuelle. Par ailleurs, un médecin interrogé dévoile qu'il se sent impuissant devant la confiance d'un patient ayant des pratiques sexuelles à risques. Un autre évoque que parfois, certains comportements à risque du patient peuvent être le symptôme d'un manque de connaissances sur des pratiques saines, d'où le rôle d'éducateur du médecin auprès du patient.

« Je suis capable de parler au niveau de la libido, par rapport au retour à la maison, l'allaitement, le bébé et tout ça, je suis assez à l'aise pour ça. Les problèmes d'éjaculation, d'anxiété de performance et d'impuissance aussi, je suis capable. »

« Ça peut être un manque d'éducation, un manque de connaissances. C'est là qu'on a un rôle d'éducateur. »

« Je lui ai prescrit sans trop lui demander, ça s'est limité à ça. »

« Quelqu'un qui a des comportements à risques et qui continue à en avoir même si ça fait trois fois qu'il vient pour un dépistage... On n'est pas outillés pour l'aider à changer ses comportements. Je n'ai aucune idée quoi lui dire pour que ça marche. »

Les médecins et résidents (n = 16) se questionnent sur ce qui constitue une sexualité normale à l'époque actuelle, puisqu'il existe une diversité de valeurs, normes et pratiques différentes dans la société. Ils considèrent trouver déjà difficile d'effectuer l'anamnèse de la santé sexuelle en ce qui concerne une sexualité typique chez leurs patients.

« On a déjà de la difficulté à aborder et à assumer la sexualité normale. »

« Qu'est-ce qui est normal ? »

Plusieurs médecins et résidents (n = 10) se sentent préoccupés par l'écart de mœurs et pratiques sexuelles qu'ils constatent entre leur génération et celle des jeunes adolescents d'aujourd'hui. Ils se demandent comment conscientiser les jeunes qui débutent une vie sexuelle active.

« J'ai fait beaucoup de clinique jeunesse. J'avais surtout des jeunes filles qui venaient pour une contraception, etc., des fois j'en jaisais avec eux autres, elles-mêmes rentraient dans un schème de pensée [...] très stéréotypé. Je me demandais comment je peux faire pour aller défaire ça, amorcer une réflexion... »

« C'est préoccupant comme problème de... je ne sais pas si on peut appeler ça un problème de santé publique, c'est presque un problème générationnel. »

La question de la limite entre des pratiques sexuelles typiques ou atypiques met en évidence la notion du consentement chez certains médecins (n = 5), qu'ils jugent floue. Bien qu'ils se sentent habiletés pour intervenir en matière de violence conjugale, ils se sentent peu outillés pour accueillir les confidences en matière de pratiques sexuelles coercitives (n = 1).

« Si [...] j'avais découvert de la violence conjugale, on est bons là-dedans, on sait quoi faire. Ce n'est pas acceptable. Mais de la coercition... [...] Je ne sais même pas quoi faire avec ça. »

#### 5.1.2.6 Référencer

Pour la majorité des médecins et résidents (n = 3) ayant participé aux groupes de discussion, il est rare qu'ils réfèrent leurs patients à une ressource spécialisée en santé sexuelle. D'une part, ils considèrent que l'accès à une ressource gratuite est difficile (n = 8). D'autre part, ils rapportent ne pas connaître suffisamment les ressources disponibles (n = 12). Plusieurs médecins et résidents (n = 5) relatent qu'ils ont tendance à référer le patient à un sexologue lorsqu'ils se retrouvent face à un problème à gérer qui dépasse les limites de leur expertise.

« Un des problèmes aussi que je vois, c'est que même si on allait plus loin, on ne connaît pas beaucoup les ressources, (et) de ce que j'en sais, elles sont payantes. »

« Je me sens un peu limitée par rapport à ces problématiques-là. J'aurais l'impression peut-être de ne pas avoir offert tout ce qu'il y a à offrir. J'aurais tendance à référer. »

« Je trouve cet aspect-là tellement personnel, puis c'est en dehors un peu de mes compétences, alors moi dans ce temps-là je vais leur dire : 'Parlez-en entre vous autres, puis peut-être aller voir si vous pourriez rencontrer une sexologue'. »

### 5.1.2.7 Croyances de contrôle, conditions facilitantes et obstacles à la prise en charge de la santé sexuelle des patients

Les médecins de famille et les résidents en médecine relèvent différentes croyances de contrôle associées à la prise en charge de la santé sexuelle du patient. La prochaine section décrit les principaux facteurs que les médecins identifient comme facilitant ou rendant plus difficile la prise en charge de la santé sexuelle.

### 5.1.2.8 Préoccupations du patient liées à la santé sexuelle

Plus de la moitié des médecins (n = 13) considère qu'une demande du patient liée à des préoccupations de santé sexuelle en facilite la prise en charge. D'autres indiquent que la santé sexuelle constitue une porte d'entrée intéressante pour préciser le diagnostic d'une condition organique sous-jacente comme le diabète ou une maladie vasculaire (n = 2). D'autres la considèrent comme un levier pour motiver le patient à observer son traitement pharmacologique (n = 2). Certains médecins relèvent qu'il est difficile d'améliorer la condition de santé sexuelle d'un patient lorsqu'elle est secondaire à la prise d'une médication ou à une condition organique complexe (n = 2), puisque déjà, ces conditions expliquent en grande partie le problème.

« (J'ai une) clientèle âgée qui prend de multiples médicaments qui agissent sur la fonction sexuelle, (ou) qui ont des maladies qui ralentissent la fonction sexuelle. [...] On se dit (que) de toute façon, il y a des médicaments et des conditions qui diminuent l'érection, alors je ne peux pas faire grand-chose là-dessus. [...] La clientèle qu'on a, même si on sait que ce n'est pas normal, il y a déjà des maladies qui expliquent les problèmes. »

« Parce que c'est un facteur, autant ça peut être un signe de diabète qu'un signe de maladie vasculaire. »

« Pour les hommes qui ont obésité, hypertension, cholestérol, la dysfonction érectile serait une belle porte d'entrée. »

« C'est intéressant, parce que même pour le contrôle du diabète, je trouve que c'est un impact important quand tu soulèves cet aspect-là. Parce que ça les rejoint pas mal dans l'importance d'avoir un bon contrôle. »

Pour quatre médecins et résidents de ceux interrogés, le fait que le patient ait pour motif de consultation une préoccupation d'ordre relationnel ou sexuel, un symptôme urinaire (n = 3),

le moment d'effectuer un examen gynécologique chez la femme (n = 5), la contraception et la prévention des ITSS (n = 4) représentent tous une occasion à saisir pour le médecin de famille de prendre la santé sexuelle de ce patient en charge.

« Pour les hommes [...] un peu plus âgés, quand je questionne comment ça va avec leur conjointe, des fois ça tend la perche vers ça. S'il y a un problème sexuel, ils vont l'aborder (à ce moment). Parce que pour eux, ça atteint la relation avec (leur conjointe). »

« Dans les entrevues médicales, la personne vient (consulter et discute de) la maladie actuelle ou de la raison de consultation. À côté de ça, il y a une série de questions [...] sur les maux de tête, les douleurs thoraciques, l'essoufflement [...] et souvent, je regroupe ça avec les questions sur les problèmes urinaires. J'annonce ça, et là j'interviens au niveau de la sexualité. »

« Je dirais que ça dépend aussi de la catégorie de personne. Un adolescent par exemple qui va venir dans le cadre d'un examen médical périodique (EMP), ça va être intéressant de parler de santé sexuelle avec lui. Je pense (que) naturellement ça va venir, ça va faire partie de l'EMP. »

« On questionne beaucoup la dimension gynécologique à partir de la jeune adolescence de la ménarche jusqu'à... Le temps qu'on fait les examens gynécologiques. Je pense que c'est une entrée en matière. À travers ça, tu nommes les questions sur le cycle (menstruel), tu as toujours des questions sur s'il y a des partenaires. [...] S'il y a des difficultés dans les relations, s'il y a des douleurs, s'il y a des saignements dans les relations. [...] C'est là que viennent les difficultés, de désir, de dysfonctionnement, de sécheresse, de douleurs. »

« Le counseling se fait beaucoup avec la prescription d'anovulants ou la contraception, parce que ça va de pair, c'est-à-dire que ça ne protège pas. Il faut donc que tu trouves un autre... »

« Moi je l'aborde beaucoup avec les jeunes, les adolescents, pour la prévention des maladies transmises sexuellement, j'en parle beaucoup avec eux... Alors c'est un groupe d'âge que je cible beaucoup. »

« Les pathologies [...] qui ont pu être transmises [...] par des comportements sexuels à risque, c'est sûr que ça fait partie de mon questionnaire. »

#### 5.1.2.9 Caractéristiques du patient

Les participants aux groupes de discussions identifient certaines caractéristiques des patients qui faciliteront ou rendront plus difficile la prise en charge de la santé sexuelle de ceux-ci.

### 5.1.2.10 Les besoins du patient jugés faibles en matière de santé sexuelle

Selon certains médecins et résidents interrogés (n = 9), la croyance que le patient est en bonne santé sexuelle car sa fonction biologique doit être adéquate compte-tenu de son jeune âge (n = 9) et la croyance qu'il est normal qu'avec la ménopause chez la femme et l'andropause chez l'homme, la fonction sexuelle diminue en efficacité et en importance (n = 4) sont associées à une moins grande propension à questionner de manière proactive un patient sur sa santé sexuelle. Donc, lorsque le motif de consultation du patient n'est pas lié à la santé sexuelle, certains (n = 8) relèvent qu'ils sont moins portés à questionner la santé sexuelle lorsque le patient devrait, a priori, être en bonne santé physique compte tenu de son jeune âge ou, à l'inverse, qu'il serait normal que sa vie sexuelle ne soit plus active compte tenu de son âge avancé. Un médecin appelle cette tendance l'obstacle du mythe.

« En théorie, ils n'ont pas de problème à cet âge-là. »

« Je dois dire que ma clientèle (âgée), en général, accepte que leur besoin de satisfaire leurs pulsions physiques est moins intense et pas tellement souffrant. »

« (Ce que j'appelle) l'obstacle du mythe, c'est que les gens nous arrivent en disant « C'est normal je suis à la ménopause, je suis à l'andropause, c'est normal à mon âge ». [...] Et je dis... « Non, ce n'est pas normal ». On a l'impression qu'il y a une normalisation d'une non-atteinte d'une plénitude sexuelle qui fait en sorte que... [...] Puis nous autres aussi on est d'accord, [...] on les croit un peu. »

### 5.1.2.11 L'inconfort du médecin

Certains médecins se sentent limités dans leur propension à prendre la santé sexuelle en charge (n = 1). Ils évoquent la crainte de paraître intrusifs ou irrespectueux pour le patient (n = 3), de blesser le patient (n = 1), et ils se sentent limités pour offrir au patient toutes les possibilités qui s'offrent à lui pour l'aider (n = 1).

« Je sais moins par où passer pour ne pas être trop confrontante. Pour ne pas être trop... intrusive? »

« Mais de là à (offrir au patient) l'éventail des possibilités (de traitement), [...] je pense que je serais limitée. »

« Ce n'est pas facile, tu ne veux pas blesser. »

« Notre code de déontologie, ça dit qui faut être respectueux envers les patients, puis de bien s'en occuper. Ça inclut la santé sexuelle. Il y a un point spécifique par rapport aux propos de nature sexuelle, par rapport aux avances. »

#### 5.1.2.12 L'inconfort du patient

Par ailleurs, quelques médecins et résidents en médecine interrogés (n = 3) trouvent plus difficile d'aborder la santé sexuelle avec un patient qui exprime un malaise à en discuter. En effet, discuter de santé sexuelle implique d'abord un lien de confiance.

« (Si) le patient se plaint d'avoir mal au coude, (il) va se dévoiler plus facilement (que) s'il vient pour un problème de dysfonction érectile. Ce n'est pas tous les patients qui sont à l'aise d'en parler. (Il faut que) le lien de confiance s'établisse. »

#### 5.1.2.13 Obstacles de nature structurelle

Les médecins soulignent plusieurs contraintes organisationnelles qui contribuent à freiner une prise en charge systématique de la santé sexuelle de leur part. Parmi celles-ci, la majorité des participants interrogés notent un contexte de surcharge de travail et le manque de temps, ainsi que plusieurs priorités à gérer au cours d'une même consultation (n = 20).

« Tu as tellement d'autre ouvrage, d'autres tâches, d'autres priorités... »

« Tu n'as pas beaucoup de temps avec ton patient. Il y a une pression... Je ne veux pas dire de performance, mais de roulement, de débit un peu. »

« (Prendre) une demi-heure pour l'aborder, mais aussi de faire un suivi. Parce que moi j'en ai déjà eu un patient, un moment donné c'était sa raison de consultation c'était ça, un problème de dysfonction érectile. Je veux dire... Dans une demi-heure on est arrivés à faire quelque chose, mais ça nous aurait pris plus de temps que ça. »

« La réalité est telle qu'on ne peut pas se permettre de passer deux heures avec un patient. Si on avait le temps, on le prendrait pour le faire. »

#### 5.1.2.14 L'accès aux ressources professionnelles et aux références: difficile et peu connu

Les médecins souhaitent connaître la liste des ressources professionnelles spécialisées en santé sexuelle pour y référer le patient lorsque c'est pertinent (n = 12), ainsi qu'avoir accès à des ressources électroniques ou des livres à offrir au patient (n = 7). D'autres considèrent que de référer à un sexologue n'est pas toujours nécessaire (n = 7), ni possible (n = 5), et que de

consulter en sexologie demeure tabou auprès de la population générale, ce qui rend la référence plus difficile (n = 4).

« Mes patients vont me demander de leur recommander un livre. [...] Ils vont revenir et dire : “Je me suis identifié, j’ai compris des choses, maintenant je suis prêt”. Si on avait des outils comme ça via un site internet ou de bonnes publications, [...] on pourrait nous (aussi) en lire, puis être capables de faire référence à ça quand les patients reviennent. [...] On fait du chemin, gagnant-gagnant. Nous aussi on irait chercher de l’information. »

« On aurait la référence facile [...] si on nous présentait [...] la liste des références (sur le) territoire. »

« Je pense qu’il n’est pas nécessaire de référer en sexologie. Je pense que déjà de nommer, d’expliquer l’anxiété, de normaliser. »

« Je suis bien d’accord aussi avec des ressources. Un livre, ça se vend pas mal mieux que de vendre une consultation (dans un) bureau. »

« C’est encore très tabou, plus que [...] pour (consulter) un psychologue. “Si je vais voir un psychologue c’est que j’ai un sérieux problème”. Ça commence à être moins pire de (consulter un psychologue), mais en sexologie, il y a encore beaucoup (de tabous)... »

« On n’a pas d’outils, (ni) de documents, (ni) de références. »

D’autres médecins et résidents (n = 3) mentionnent qu’ils utilisent régulièrement des sites internet de santé sexuelle pour aider leurs patients.

« C’est bon *Masexualité.ca*, pour la plupart des patients qui ont un problème sexuel. »

#### 5.1.2.15 Lacunes en termes de compétences, connaissance et formation

Les médecins et résidents ayant participé aux groupes de discussion relèvent certaines lacunes associées à leurs compétences en matière de prise en charge de la santé sexuelle (n = 6) et à leurs connaissances (n = 3). Ils relèvent des besoins de formation relativement à l’anamnèse de la santé sexuelle, son traitement et la référence à un professionnel accessible et spécialisé pour offrir une solution adaptée aux besoins des patients.

« Je ne suis pas mal à l’aise d’en parler, mais tu les aides comment ? »

« Je suis convaincue qu'il y a des problématiques auxquelles je ne pense pas. Il y a des choses à faire que je ne sais pas. »

« Toutes les choses pour lesquelles il n'y a pas de pilule, on n'a pas de formation. »

« Je pense qu'on n'est pas très outillés. Je pense que ça prend quand même un minimum de formation pour pouvoir en parler et référer ensuite. »

« Je pense que la base de notre pratique va être avec la base des connaissances qu'on va avoir, des réseaux de références qu'on va avoir, et de l'habileté de chacun à être à l'aise à aborder ces aspects-là. »

« Il faut que tu prennes ça à tous les niveaux, à partir de l'université, la formation en médecine, de nous donner des bases de formation plus appropriées. »

« Il faut donc être plus outillés pour voir c'est quoi le changement réel. Pas juste les ouï-dire, pas juste ce qu'on a appris dans nos livres, mais peut-être avoir une mise à jour là-dessus, une modernisation. Avec les courants sociaux, puis je dirais avec la science qui a évolué aussi. »

« Je pense qu'on a une contrainte qui va probablement avec les connaissances. »

« J'ai des limites. Peut-être augmenter ces limites, en faire un peu plus. Plus de compétences au niveau libido, anorgasmie, faire une intervention rapide. »

En résumé, les médecins considèrent la santé sexuelle comme étant une importante dimension de la santé de leurs patients. Ils font preuve d'une attitude positive envers la prise en charge de la santé sexuelle et ils sont sensibles à offrir au patient un lieu d'écoute et d'accueil de ses préoccupations, incluant celles de l'ordre de la santé sexuelle. Lorsque le patient l'aborde spontanément, ils saisissent l'occasion pour effectuer une anamnèse de la santé sexuelle, surtout sous l'angle biologique, ce pour quoi ils sont mieux formés. Cependant, bien qu'ils reconnaissent qu'une part de la problématique sexuelle leur échappe puisqu'elle découle d'autre chose que la fonction biologique pure, ils se sentent moins efficaces pour questionner la dimension affective et psychologique de la santé sexuelle. De plus, lorsque le patient n'aborde pas lui-même la question, les médecins et résidents craignent de susciter de l'inconfort chez le patient en questionnant la santé sexuelle de manière proactive. Par ailleurs, malgré une aisance relative pour discuter de santé sexuelle avec leurs patients, ils évoquent la difficulté qu'ils vivent pour gérer un problème de nature sexuelle une fois qu'il est dépisté. Actuellement, la référence à un service spécialisé en sexologie demeure rare et est considérée difficile car encore taboue, et l'accès à des services gratuits est limité et

peu connu des professionnels de la santé. Les participants aux groupes de discussion relèvent également certaines caractéristiques du patient, comme son âge, sa condition médicale expliquant une grande partie de ses problèmes sexuels, ou encore son orientation sexuelle qui n'est pas toujours claire, comme étant des obstacles à investiguer davantage les besoins réels du patient en matière de prise en charge de sa santé sexuelle. Les besoins de formation et d'outils sont clairement relevés par les participants pour questionner, traiter et référer adéquatement. Les médecins et résidents en médecine montrent de l'ouverture autant pour une formation de base en santé sexuelle que pour une formation continue.

La prochaine section propose une illustration des unités de sens qui ont servi à élaborer les énoncés du questionnaire quantitatif, conjointement avec la recension des écrits.

### 5.1.3 Résultats qualitatifs en lien avec le questionnaire

Le questionnaire lui-même constitue un résultat de ce mémoire. En effet, il a été élaboré à partir d'une analyse de contenu des quatre groupes de discussion (n = 24) conjointement à une recension des travaux récents qui identifient certaines variables associées à une anamnèse de la santé sexuelle et, plus largement, une prise en charge plus globale de la santé sexuelle par les médecins de famille et résidents. Le contenu des groupes de discussion a été utile principalement pour créer trois échelles du questionnaire d'analyse quantitative des besoins : l'échelle des attitudes/croyances comportementales, de la croyance en son efficacité personnelle, et les croyances de contrôle/conditions facilitantes. Le tableau 5.1 ci-dessous indique comment ces échelles ont été construites à partir des groupes de discussion (GD) et/ou de la recension des écrits (RÉ). Un astérisque marque la source correspondante des énoncés.

Tableau 5.1 : Construction des échelles de mesure des attitudes des médecins et résidents, de l'efficacité personnelle, des conditions facilitantes et obstacles et de l'intention, relativement à la prise en charge de la santé sexuelle des patients

Catégories	Sous-Catégories	Énoncés	GD	RÉ	
Attitude (Croyances comportementales)	Accomplir pleinement son rôle	Vous donnerait l'impression d'accomplir pleinement votre rôle de médecin omnipraticien.	*	*	
		Bénéfices pour la relation thérapeutique	Permettrait d'intervenir tôt et de façon préventive.	*	*
	Bénéfices pour la relation thérapeutique	Permettrait de recueillir des informations honnêtes de la part du patient.	*		
		Offrirait au patient une occasion de discuter de préoccupations qu'il n'aurait pas osé aborder.	*		
		Montrerait au patient que vous êtes ouvert(e) à la discussion s'il en ressentait le besoin.	*		
		Permettrait d'établir une relation de confiance avec votre patient.	*		
		Situations inconfortables pour le médecin	Vous auriez peur de poser des questions inappropriées.	*	
	Situations inconfortables pour le médecin	Vous vous sentiriez intrusif.	*		
		Serait inconfortable pour vous.	*	*	
		Vous ne sauriez pas à quelle ressource référer le patient si un problème qui vous dépasse survenait.	*		
		Vous vous sentiriez dépassé par la problématique soulevée.	*	*	
		Vous manqueriez de temps pour aborder d'autres questions plus prioritaires.	*	*	
		Situations inconfortables pour le patient	Vous sentiriez que vous causez de l'embarras à votre patient.	*	
	Croyance en son efficacité personnelle	Effectuer l'anamnèse de la santé sexuelle	Questionner la satisfaction sexuelle des patients.	*	
			Amorcer la discussion avec le patient sur ses inquiétudes d'ordre sexuel.	*	
			Questionner le patient sur les méthodes de contraception qu'ils utilisent.	*	
			Poser des questions ouvertes portant sur la santé sexuelle.	*	
			Poser des questions fermées sur les symptômes du patient, telles que « Avez-vous déjà eu une ITSS comme la gonorrhée ou la chlamydia? ».	*	*
			Questionner les patients sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).	*	*
Évaluer la présence de dysfonctions sexuelles.			*	*	

		Évaluer la qualité de la vie sexuelle des patients.	*	
		Identifier la principale cause d'un problème de désir/d'excitation/d'orgasme.	*	
Développer une relation thérapeutique positive		Accueillir les confidences du patient à propos de ses préoccupations d'ordre sexuel.	*	*
		Créer un lien de confiance avec le patient pour discuter de sa santé sexuelle.	*	*
		Faire preuve de non-jugement	*	
Effectuer des recommandations de prévention et promotion de la santé sexuelle.		Effectuer des recommandations de prévention et promotion de la santé sexuelle.	*	*
Les réactions du médecin lorsque le patient discute de sa santé sexuelle		Informers les patient(e)s des effets secondaires de la médication sur leur sexualité.	*	*
		Offrir un plan d'action qui dépasse la prescription d'une médication.	*	
		Explorer avec le patient ce que représente une sexualité typique/atypique en fonction de son âge.	*	
		Terminer une consultation par un résumé de l'état de la santé sexuelle et un plan d'action.		*
		Prescrire une médication	*	*
		Proposer des tests de dépistage.	*	*
		Effectuer du counseling.	*	*
		Ne pas savoir quoi faire.	*	*
Référer		Référer le patient à une ressource de santé sexuelle.	*	*
Croyances de contrôle, conditions facilitantes et obstacles de la prise en charge de la santé sexuelle des patients	Préoccupations du patient liées à la santé sexuelle	Votre patient a un motif de consultation d'ordre sexuel/relationnel.	*	*
		Votre patient consulte pour des symptômes d'ordre urinaire.	*	*
		Vous effectuez un PAP test auprès d'une patiente.	*	*
		Vous discutez de contraception avec votre patient	*	
		La préoccupation de votre patient est de l'ordre de l'orientation sexuelle.	*	*
		La préoccupation de votre patient concerne les infections transmissibles sexuellement et par le sang	*	*
		Votre patient est atteint d'une maladie ou prend une médication qui peut avoir des conséquences sur la fonction ou la satisfaction sexuelle.	*	*

Préoccupations du patient jugées faibles en matière de santé sexuelle	Il est peu probable que le patient présente des problèmes sexuels.	*	
	Vous êtes persuadé(e) que ce patient/cette patiente est en bonne santé sexuelle.	*	
	La santé sexuelle n'est pas le motif principal de consultation de votre patient.	*	*
L'inconfort du médecin	Vous craignez de poser des questions inappropriées.	*	*
	Vous craignez d'être intrusif.	*	*
	Vous avez peur de blesser votre patient(e) par vos propos.	*	
	Questionner la santé sexuelle suscite un inconfort pour vous	*	*
L'inconfort du patient	Vous croyez que cela rendra votre patient(e) mal à l'aise.	*	
	Votre patient exprime un malaise à parler de sa santé sexuelle.	*	*
Obstacles de nature structurelle	Vous devez gérer plusieurs préoccupations au cours d'une même consultation.	*	*
	La santé sexuelle ne fait pas partie de la revue des systèmes.	*	*
	Vous ne vous sentez pas à la hauteur.	*	*
	Vous disposez d'une quantité de temps limitée.	*	*
L'accès aux ressources professionnelles et aux références est difficile et peu connu	Vous avez des ressources électroniques ou des livres à proposer comme référence à votre patient(e).	*	
	Un professionnel spécialisé en santé sexuelle est accessible pour votre patient(e).	*	*

GD : Groupes de discussion

RÉ : Recension des écrits

## 5.2 Volet quantitatif

L'échantillon de répondants au questionnaire en ligne (n = 23) se compose de 14 femmes et de neuf hommes. Près des deux tiers des répondants (65 %) ont moins de 40 ans. Il s'agit de 17 médecins patrons et de six résidents en médecine. En moyenne, les médecins pratiquent la médecine familiale depuis 10 ans ( $\pm$  11,7 ans). Le répondant ayant le moins d'expérience, pratique depuis 3 mois, et celui en ayant le plus rapporte pratiquer depuis 37 ans et 9 mois. Plus de la moitié (52 %) des répondants n'ont jamais reçu de formation en santé sexuelle. Parmi ceux ayant des antécédents de formation en santé sexuelle, la grande majorité d'entre

eux (89 %) a reçu ces formations dans le cadre des études collégiales ou universitaires. Dans les trois quarts des cas, ces formations totalisaient moins de 40 heures. Pour 58 % de ceux qui ont reçu une formation en santé sexuelle, le contenu portait principalement sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Parmi les médecins qui rapportent avoir déjà participé à une formation en santé sexuelle, une plus forte proportion sont des femmes (64 %), ont moins de 40 ans (64 %) et sont des médecins patrons (82 %). Il n'existe toutefois pas de différence significative quant aux antécédents de formation en santé sexuelle selon le sexe, l'âge, ni le titre (patron ou résident) du répondant.

### 5.2.1 Les comportements relatifs à l'anamnèse sexuelle

#### 5.2.1.1 Pourcentage de patients que le médecin a questionnés au cours des trois derniers mois

Tous les répondants, sauf deux, rapportent avoir questionné au moins une fraction des patients qu'ils ont vus au cours des trois derniers mois à propos de leur santé sexuelle. Ils déclarent avoir questionné, en moyenne, 18 % de leurs patients ( $\pm 22$  %) (minimum : 0 %; maximum : 80 %). Il n'existe aucune différence significative quant au pourcentage moyen de patients que le médecin a questionnés selon le sexe, l'âge, le titre de la profession, ni les antécédents de formation. Ceci dit, les femmes ont tendance à rapporter avoir questionné une plus forte proportion de patients à propos de leur santé sexuelle au cours des trois derniers mois (24 %  $\pm 25$  %) que les hommes (7 %  $\pm 8$  %), le seuil de signification se situant à  $p = 0,05$ .

#### 5.2.1.2 Réaction des patients questionnés explicitement par leur médecin à propos de leur santé sexuelle

Parmi les médecins ayant questionné explicitement leurs patients à propos de leur santé sexuelle au cours des trois derniers mois, le quart perçoit que le patient a très bien réagi à leur initiative (moins que très bien: 76 %; très bien, 24 %). Il existe une différence statistiquement significative pour l'âge du médecin, les plus âgés étant proportionnellement plus nombreux à rapporter avoir eu des patients ayant très bien réagi. Toutefois, aucune autre différence significative n'est observée quant à la réaction des patients lorsque le médecin questionne

leur santé sexuelle selon le sexe, le titre, ni les antécédents de formation. Le tableau 5.2 ci-dessous illustre les résultats détaillés.

Tableau 5.2 : Réaction des patients lorsque le médecin questionne la santé sexuelle au cours des trois derniers mois selon le sexe du médecin, son âge, son titre et ses antécédents de formation

Réaction des patients	Moins que très bien (n = 16) %	Très bien (n = 5) %	Statistiques (ddl); p
Homme	44 % (7)	40 % (2)	$\chi^2 (1) = 1,43;$ $p = 0,49$
Femme	56 % (9)	60 % (3)	
Moins de 40 ans	75 % (12)	20 % (1)	$\chi^2 (1) = 6,25;$ $p = 0,04$
40 ans et plus	25 % (4)	80 % (4)	
Patrons	63 % (10)	100 % (5)	$\chi^2 (1) = 3,55;$ $p = 0,17$
Résidents	37 % (6)	0 (0 %)	
Antécédents de formation			$\chi^2 (1) = 2,16;$ $p = 0,34$
Non	50 % (8)	40 % (2)	
Oui	50 % (8)	60 % (3)	

Note. Les valeurs entre parenthèses représentent les fréquences en pourcentage dans chaque cellule.

#### 5.2.1.3 Pourcentage des patients ayant abordé spontanément leur santé sexuelle avec leur médecin au cours des trois derniers mois

En moyenne,  $7\% \pm 7\%$  des patients ont abordé spontanément la santé sexuelle lors d'une consultation au cours des trois derniers mois. Le pourcentage rapporté par les médecins varie de 1 % à 30 %. Il n'y a pas de différence statistiquement significative selon l'âge, le sexe, le titre, ni les antécédents de formation du médecin.

#### 5.2.1.4 Réactions du médecin lorsque le patient a abordé spontanément sa santé sexuelle avec lui, au cours des trois derniers mois

Un participant n'ayant pas répondu à cette question, l'échantillon totalise donc 22 participants. Tous les répondants (100 %) ont rapporté avoir écouté, fait du counseling et/ou avoir utilisé l'humour pour diminuer la tension lorsqu'ils ont discuté des préoccupations de santé sexuelle de leurs patients, au cours des trois derniers mois. Plus des deux tiers (68 %) ont prescrit une médication qui pourrait aider, lorsqu'approprié; plus de la moitié d'entre eux

(55 %) ont effectué des tests; 46 % ont référé à une ressource appropriée et accessible; 9 % ne savaient pas quoi faire. Aucun de ces comportements n'est plus fréquent selon le sexe ou selon l'âge. Les médecins patrons et ceux qui ont des antécédents de formation en santé sexuelle sont significativement proportionnellement plus nombreux à avoir fait des tests lorsque le patient a abordé une préoccupation de santé sexuelle. Les médecins qui ont des antécédents de formation sont également significativement proportionnellement plus nombreux à avoir prescrit une médication qui pourrait aider le patient, lorsque celui-ci a discuté de sa santé sexuelle. Il n'existe aucune autre différence significative selon le titre, ni les antécédents de formation du médecin. Les résultats détaillés figurent aux tableaux 5.3 et 5.4 ci-dessous.

Tableau 5.3 : Comportement adopté par le médecin lorsque le patient aborde la santé sexuelle selon le titre du médecin

Comportement du médecin	Titre			Statistiques ( <i>ddl</i> ); <i>p</i>
		Médecin patron (n = 16)	Résident (n = 6)	
<b>Écouter, humour, counseling</b>	Non	0 % (0)	0 % (0)	-
	Oui	100 % (16)	100 % (6)	
<b>Faire des tests</b>	Non	25 % (4)	100 % (6)	$\chi^2 (1) = 9,90$ ; $p=0,002$
	Oui	75 % (12)	0 % (0)	
<b>Prescrire médication</b>	Non	31 % (5)	33 % (2)	$\chi^2 (1) = 0,01$ ; $p=0,93$
	Oui	69 % (11)	67 % (4)	
<b>Référer</b>	Non	50 % (8)	67 % (4)	$\chi^2 (1) = 0,49$ ; $p=0,48$
	Oui	50 % (8)	33 % (2)	
<b>Ne pas savoir quoi faire</b>	Non	94 % (15)	83 % (5)	$\chi^2(1)=0,57$ ; $p=0,45$
	Oui	6 % (1)	17 % (1)	

*Note* : Les valeurs entre parenthèses représentent les fréquences dans chaque cellule.

Tableau 5.4 : Comportement adopté par le médecin selon les antécédents de formation

Comportement du médecin	Antécédents de formation			Statistiques ( <i>ddl</i> ), <i>p</i>
		Non (n = 11)	Oui (n = 11)	
Écouter, humour, counseling	Non	0 (0 %)	0 (0 %)	-
	Oui	11 (100 %)	11 (100 %)	
Faire des tests	Non	8 (80 %)	2 (20 %)	$\chi^2 (1) = 6,60$ ; $p=0,01$
	Oui	3 (27 %)	9 (82 %)	
Prescrire médication	Non	6 (55 %)	1 (9 %)	$\chi^2 (1) = 5,24$ ; $p=0,02$
	Oui	5 (46 %)	10 (91 %)	
Référer	Non	7 (64 %)	5 (46 %)	$\chi^2 (1) = 0,73$ ; $p=0,39$
	Oui	4 (36 %)	6 (55 %)	
Ne pas savoir quoi faire	Non	11 (100 %)	9 (82 %)	$\chi^2 (1) = 2,20$ ; $p = 0,14$
	Oui	0 (0 %)	2 (18 %)	

Note : Les valeurs entre parenthèses représentent les fréquences dans chaque cellule.

### 5.2.2 Les variables psychosociales

La prochaine section présente les résultats relatifs à chacune des variables psychosociales permettant de déceler les forces et les lacunes des médecins en matière de prise en charge de la santé sexuelle. Les scores moyens aux échelles globales figurent au tableau 5.5 ci-dessous, mais ils sont rapportés et interprétés dans leur section respective.

Tableau 5.5 : Échelles psychosociales à l'étude

Échelle	Nombre d'énoncés	Moyenne	Écart type
Attitude (1)	16	0,81	0,62
Regret anticipé (2)	3	2,72	1,12
Norme morale personnelle (2)	3	3,75	1,41
Croyance liée au rôle social (2)	3	5,20	1,28
Norme comportementale (3)	1	4,00	1,48
Perception de contrôle comportemental (4)	3	5,01	1,20
Efficacité personnelle perçue (5)	20	5,04	0,68
Obstacles/Facilitateurs (6)	35	0,21	0,38
Intention (7)	3	4,54	1,36

(1) Échelle variant de -3 à +3, -3 signifiant « Vous êtes certain que non », attitude très défavorable, à +3 signifiant « Vous êtes certain que oui », attitude très favorable.

(2) Échelle variant de 1 à 7; 1 signifiant « Très en désaccord », score très faible, à 7 signifiant « Très en accord », score très élevé.

(3) Échelle variant de 1 à 7; 1 signifiant « Aucun », à 7 signifiant « Tous ».

(4) Échelle variant de 1 à 7, 1 signifiant « Vous êtes certain que non », perception de contrôle très faible, à 7 signifiant « Vous êtes certain que oui », perception de contrôle très élevée.

(5) Échelle variant de 1 à 7, 1 signifiant « Pas du tout facile », efficacité personnelle perçue très faible, à 7 signifiant « Extrêmement facile », efficacité personnelle perçue très élevée.

(6) Échelle variant de -3 à +3, -3 signifiant « Obstacle très important », à +3 signifiant « Condition très facilitante ».

(7) Échelle variant de 1 à 7, 1 signifiant « Vous êtes certain que non », intention très faible, à 7 signifiant « Vous êtes certain que oui », intention très élevée.

### 5.2.2.1 Les attitudes

#### a) *L'attitude*

Les médecins et résidents ont un score moyen de 0,81,  $\pm$  0,62 à l'échelle globale de l'attitude, variant de -3 « très défavorable », à +3, « très favorable ». Ce score révèle que les médecins et résidents en médecine qui composent l'échantillon ont une attitude légèrement favorable à l'égard de la prise en charge de la santé sexuelle des patients, le point neutre étant fixé à zéro. Les analyses statistiques effectuées ne révèlent aucune différence statistiquement significative de score à l'échelle d'attitude selon le sexe (homme : 0,84  $\pm$  0,72; femme : 0,79  $\pm$  0,57), l'âge (moins de 40 ans: 0,65  $\pm$  0,65; 40 ans et plus : 1,10  $\pm$  0,47), le titre (médecin patron : 0,93  $\pm$  0,61; médecin résident : 0,46  $\pm$  0,55), ni les antécédents de formation du médecin (oui : 1,00  $\pm$  0,68; non : 0,63  $\pm$  0,53). En ce qui concerne le comportement du médecin lorsque le patient aborde la santé sexuelle, aucune des réactions suivantes, écouter, faire des tests, prescrire, référer ou ne pas savoir quoi faire, n'est associée à l'échelle d'attitude.

Les 16 énoncés de l'échelle d'attitude ont été construits en fonction de conséquences que les travaux antérieurs et/ou que les médecins ayant participé aux groupes de discussion identifient comme favorables ou défavorables à une prise en charge systématique de la santé sexuelle. Le tableau 5.6 indique le score moyen de chaque énoncé sur l'échelle d'attitude. Tel qu'illustré, huit énoncés ont une moyenne entre -1 et +1, ce qui est qualifié comme plutôt neutre, ces énoncés ne représentant pas pour le médecin une conséquence probable importante liée à l'anamnèse sexuelle. Les conséquences perçues par le médecin comme étant plutôt probables sont, dans l'ordre, la croyance que s'il abordait la santé sexuelle auprès de son patient, cela montrerait à son patient qu'il est ouvert à la discussion et que cela lui

offrirait une occasion de discuter de préoccupations qu'il n'aurait pas osé aborder. Dans une moindre mesure, le médecin voit aussi comme légers avantages à l'anamnèse sexuelle, par ordre d'importance, la possibilité d'intervenir tôt et de façon préventive, de découvrir des problèmes chez le patient, de recueillir des informations honnêtes de sa part, d'avoir l'impression d'accomplir pleinement son rôle de médecin omnipraticien, d'établir une relation de confiance avec son patient et finalement, de se sentir proactif. En termes d'inconvénients, le médecin est d'accord, mais faiblement, avec le fait que questionner ses patients sur leur santé sexuelle lui enlèverait du temps pour aborder d'autres questions plus prioritaires et impliquerait qu'il ne saurait pas à quelle ressource référer si un problème qui le dépasse, survenait. Le score moyen le plus fortement négatif sur l'échelle d'attitude, donc improbable du point de vue du médecin, concerne le sentiment que d'aborder la santé sexuelle avec le patient le bousculerait dans ses valeurs. Ce score révèle que les médecins de famille et résidents de cet échantillon sont fortement en désaccord avec cet énoncé, et donc, qu'aborder la santé sexuelle correspond à leurs valeurs.

Tableau 5.6 : Score moyen des énoncés de l'échelle d'attitude

Énoncé	Moyenne	Écart type
Montrerait au patient que vous êtes ouvert à la discussion s'il en ressentait le besoin.	1,87	0,76
Offrirait au patient une occasion de discuter de préoccupations qu'il n'aurait pas osé aborder	1,78	0,95
Permettrait d'intervenir tôt et de façon préventive	1,57	1,17
Vous ferait découvrir des problèmes chez le patient.	1,35	0,89
Permettrait de recueillir des informations honnêtes de la part du patient.	1,30	1,11
Vous donnerait l'impression d'accomplir pleinement votre rôle de médecin omnipraticien.	1,22	1,09
Permettrait d'établir une relation de confiance avec votre patient.	1,22	0,80
Vous vous sentiriez proactif.	1,00	1,04
Vous manqueriez de temps pour aborder d'autres questions plus prioritaires.	0,87	1,55
Vous ne sauriez pas à quelle ressource référer si un problème qui vous dépasse survenait.	0,52	1,62
Vous sentiriez que vous causez de l'embarras à votre patient.	0,17	1,37
Vous vous sentiriez intrusif.	0,09	1,41
Serait inconfortable pour vous.	-0,30	1,26
Vous auriez peur de poser des questions inappropriées.	-0,39	1,70
Vous vous sentiriez dépassé par la problématique soulevée.	-0,39	1,31
Vous bousculerait dans vos valeurs.	-2,17	1,19

Échelle variant de -3 « Vous êtes certain que non », à +3 « Vous êtes certain que oui ».

b) *Regret anticipé*

Les médecins et résidents obtiennent un score moyen de  $2,72 \pm 1,12$  à l'échelle globale de regret anticipé, qui varie de 1 « très en désaccord », à 7 « très en accord ». Ils sont donc légèrement en désaccord avec le fait qu'ils auraient des regrets s'ils ne questionnaient pas leurs patients sur leur santé sexuelle. Le score moyen ne varie pas de façon significative selon le sexe (homme :  $2,33 \pm 1,34$ ; femme :  $2,98 \pm 0,92$ ), l'âge (moins de 40 ans :  $2,58 \pm 1,10$ ; 40 ans et plus :  $3,00 \pm 1,18$ ), le titre (médecin patron :  $2,94 \pm 1,11$ ; médecin résident :  $2,11 \pm 1,00$ ), ni les antécédents de formation du médecin (oui :  $2,85 \pm 1,31$ ; non :  $2,61 \pm 0,96$ ). En ce qui concerne le comportement du médecin lorsque le patient aborde la santé sexuelle, aucune des réactions suivantes, écouter, faire des tests, prescrire, référer ou ne pas savoir quoi faire, n'est associée à l'échelle de regret anticipé.

5.2.2.2 Les normes

a) *Norme morale personnelle*

Les médecins et résidents obtiennent un score moyen de  $3,75 \pm 1,41$  à l'échelle globale de la norme morale personnelle, qui varie de 1 « norme morale personnelle très faible », à 7 « norme morale personnelle très élevée ». Ce score souligne que la norme morale personnelle des médecins à l'égard de l'anamnèse sexuelle de leurs patients est bien modérée, ceux-ci ressentant une obligation morale plus ou moins élevée face à ce comportement. Les analyses statistiques effectuées ne révèlent aucune différence significative entre les scores moyens à l'échelle de la norme morale personnelle relativement au sexe (homme :  $3,44 \pm 1,92$ ; femme :  $3,95 \pm 0,99$ ), à l'âge (moins de 40 ans :  $3,69 \pm 1,39$ ; 40 ans et plus :  $3,87 \pm 1,54$ ), au titre (médecin patron :  $3,94 \pm 1,41$ ; médecin résident :  $3,22 \pm 1,39$ ), ni aux antécédents de formation du médecin (oui :  $4,00 \pm 1,55$ ; non :  $3,53 \pm 1,30$ ). En ce qui concerne le comportement du médecin lorsque le patient aborde la santé sexuelle, aucune des réactions suivantes, écouter, faire des tests, prescrire, référer ou ne pas savoir quoi faire, n'est associée à l'échelle de norme morale personnelle.

b) *Croyance liée au rôle social*

Les médecins et résidents obtiennent un score moyen de  $5,20 \pm 1,28$  à l'échelle globale de la croyance liée au rôle social qui varie de 1 « croyance liée au rôle social très faible », à 7

« croyance liée au rôle social très élevée ». Le score de 5,20 obtenu indique que ces médecins sont plutôt en accord avec le fait que questionner leurs patients sur leur santé sexuelle est un comportement approprié à adopter quand on est médecin. Les analyses statistiques effectuées ne révèlent aucune différence significative relativement au score moyen à l'échelle de la croyance liée au rôle social relativement au sexe (homme :  $4,96 \pm 1,74$ ; femme :  $5,36 \pm 0,93$ ), à l'âge (moins de 40 ans :  $5,31 \pm 1,35$ ; 40 ans et plus :  $5,00 \pm 1,21$ ), au titre (médecin patron :  $5,18 \pm 1,39$ ; médecin résident :  $5,28 \pm 1,04$ ), ni aux antécédents de formation du médecin (oui :  $5,67 \pm 1,12$ ; non :  $4,78 \pm 1,32$ ). En ce qui concerne le comportement du médecin lorsque le patient aborde la santé sexuelle, aucune des réactions suivantes, écouter, faire des tests, prescrire, référer ou ne pas savoir quoi faire, n'est associée à l'échelle de croyance liée au rôle social.

c) *Norme comportementale*

Les médecins et résidents obtiennent un score moyen de  $4,00 \pm 1,48$  à l'échelle globale de la norme comportementale, qui varie de 1 « aucun », à 7 « tous ». Le score moyen de 4 indique que les médecins répondants ont l'impression que la moitié de leurs pairs questionnent leurs patients à propos de leur santé sexuelle. Le tableau 5.7 ci-dessous illustre que le score à l'échelle de la norme comportementale est statistiquement significativement plus élevé pour les médecins qui ont des antécédents de formation. Les moyennes et écart types détaillés figurent au tableau 5.7. Il n'existe aucune autre différence significative pour le score à l'échelle de la norme comportementale selon le sexe, l'âge et le titre du médecin. En ce qui concerne le comportement du médecin lorsque le patient aborde la santé sexuelle, aucune des réactions suivantes, écouter, faire des tests, prescrire, référer ou ne pas savoir quoi faire, n'est associée à l'échelle de norme morale personnelle.

Tableau 5.7 : Score moyen à l'échelle de la norme comportementale selon le sexe, l'âge, le titre et le recours du médecin à une formation antérieure en santé sexuelle

	Norme comportementale Moyenne ± Écart type	U Mann-Whitney	Valeur de p
Total	4,00 ± 1,48		
Homme	4,33 ± 1,80	51,5	0,46
Femme	3,79 ± 1,25		
39 ans et moins	4,00 ± 1,51	60,0	1,00
40 ans et plus	4,00 ± 1,51		
Patrons	3,94 ± 1,60	46,5	0,75
Résidents	4,17 ± 1,17		
Antécédents de formation		26,5	0,02
Non	3,33 ± 1,30		
Oui	4,73 ± 1,35		

### 5.2.2.3 Le contrôle perçu

#### a) *La perception de contrôle comportemental*

Le score moyen à l'échelle globale de la perception de contrôle comportemental est de 5,01 ± 1,20), qui varie de 1 « perception de contrôle très faible », à 7 « perception de contrôle très élevée ». Ce score révèle un sentiment de contrôle légèrement élevé chez les répondants quant à l'adoption du questionnement systématique de la santé sexuelle des patients à chaque consultation au cours du prochain mois. Les médecins qui ont reçu antérieurement une formation en santé sexuelle présentent un score moyen statistiquement plus élevé. Les résultats détaillés figurent au tableau 5.8 ci-dessous. Il n'existe aucune autre différence significative sur le score de l'échelle de perception du contrôle comportemental selon le sexe, l'âge et le titre. En ce qui concerne le comportement du médecin lorsque le patient aborde la santé sexuelle, aucune des réactions suivantes, écouter, faire des tests, prescrire, référer ou ne pas savoir quoi faire, n'est associée à l'échelle de perception de contrôle comportemental.

Tableau 5.8 : Score moyen à l'échelle de la perception de contrôle comportemental selon le sexe, l'âge, le titre et le recours du médecin à une formation antérieure en santé sexuelle

	Perception de contrôle comportemental Moyenne ± Écart type	U Mann-Whitney	Valeur de p
Total	5,01 ± 1,20		
Homme	5,11 ± 1,39	13,0	0,73
Femme	4,95 ± 1,12		
39 ans et moins	4,80 ± 1,31	42,0	0,24
40 ans et plus	5,42 ± 0,92		
Patrons	5,10 ± 1,21	37,0	0,66
Résidents	4,78 ± 1,26		
Antécédents de formation		13,0	0,001
Non	4,25 ± 1,04		
Oui	5,85 ± 0,74		

b) *Efficacité personnelle*

Le score moyen à l'échelle globale de l'efficacité personnelle est de  $5,04 \pm 0,68$ . Cette échelle varie de 1 « pas du tout facile », à 7 « extrêmement facile ». Ce score illustre que les médecins et résidents en médecine familiale se sentent plutôt efficaces pour adopter des comportements de prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients. Le score ne varie pas significativement en fonction du sexe (homme :  $5,06 \pm 0,61$ ; femme :  $5,02 \pm 0,75$ ), de l'âge (moins de 40 ans :  $4,88 \pm 0,71$ ; 40 ans et plus :  $5,32 \pm 0,55$ ), du titre (médecin patron :  $5,16 \pm 0,56$ ; médecin résident :  $4,68 \pm 0,93$ ), ni des antécédents de formation du médecin en santé sexuelle (oui :  $5,12 \pm 0,70$ ; non :  $4,96 \pm 0,69$ ). Pour ce qui est du comportement passé du médecin lorsque le patient a abordé la santé sexuelle, aucun résultat n'est significatif relativement au fait d'écouter, de faire des tests, de prescrire ou de référer. Toutefois, ceux qui répondent « oui » au fait de ne pas savoir quoi faire obtiennent un score moyen de  $4,03 \pm 0,53$  sur l'échelle d'auto-efficacité, comparativement à un score moyen de  $5,13 \pm 0,64$  pour ceux qui répondent « non » à cet énoncé ( $p = 0,05$ ), indice d'une croyance en leur efficacité personnelle plus faible.

De manière à cibler les tâches pour lesquelles les médecins et résidents se sentent plus efficaces ou moins efficaces, les scores moyens pour chacun des 20 énoncés de l'échelle sont présentés au tableau 5.9 ci-dessous. Les médecins de famille se sentent les plus efficaces,

dans l'ordre, pour exécuter ces tâches: questionner le patient sur les méthodes de contraception utilisées, proposer des tests de dépistage et faire preuve de non-jugement à l'égard des préoccupations de santé sexuelle du patient. Ils se sentent aussi fortement efficaces pour poser des questions ouvertes et fermées sur la santé sexuelle et questionner les stratégies de prévention des ITSS. Toutes ces tâches leur semblent très faciles à réaliser. D'autres tâches leur semblent plutôt faciles à réaliser, dans l'ordre de la plus facile à la moins facile: effectuer des recommandations de prévention et promotion de la santé sexuelle, créer un lien de confiance avec le patient pour discuter de sa santé sexuelle, accueillir les confidences du patient à propos de ses préoccupations de santé sexuelle et l'informer des effets secondaires de la médication sur la sexualité. D'autres tâches semblent poser des défis, bien que qualifiées de légèrement faciles à exécuter; elles représentent dans l'ordre de difficulté, un défi plus grand pour les médecins: évaluer la présence de dysfonctions sexuelles, amorcer la discussion avec le patient sur ses inquiétudes d'ordre sexuel, offrir un plan d'action qui dépasse la prescription d'un médicament et référer le patient à une ressource de santé sexuelle. D'autres tâches sont qualifiées de vraiment moins faciles. Les voici dans l'ordre croissant selon la difficulté: conclure une consultation par un résumé de l'état de la santé sexuelle et un plan d'action, questionner la satisfaction sexuelle du patient, évaluer la qualité de la vie sexuelle des patients et identifier la principale cause d'un problème de désir/excitation/orgasme chez le patient. Le score moyen le plus faible illustre que les médecins se sentent le moins efficaces pour explorer avec le patient ce que représente une sexualité typique/atypique en fonction de son âge.

Tableau 5.9 : Scores moyens des énoncés de l'échelle d'auto-efficacité

Énoncé	Moyenne	Écart type
Questionner le patient sur les méthodes de contraception qu'il utilise	6,65	0,57
Proposer des tests de dépistage	6,30	0,88
Faire preuve de non jugement à l'égard des préoccupations de santé sexuelle	6,17	0,89
Poser des questions ouvertes sur la santé sexuelle	6,13	1,06
Poser des questions fermées sur les symptômes du patient	6,09	1,20
Questionner les stratégies de prévention des ITSS	6,00	0,85
Effectuer des recommandations de prévention et promotion de la santé sexuelle	5,61	1,12
Créer un lien de confiance avec le patient pour discuter de sa santé sexuelle	5,43	1,12
Accueillir les confidences du patient à propos de ses préoccupations de santé sexuelle	5,30	1,15
Informar des effets secondaires de la médication sur la sexualité	5,30	0,93
Évaluer la présence de dysfonctions sexuelles	4,83	1,30
Amorcer la discussion avec le patient sur ses inquiétudes d'ordre sexuel	4,74	1,14
Offrir un plan d'action qui dépasse la prescription d'une médication	4,65	1,27
Référer le patient à une ressource de santé sexuelle	4,39	1,41
Terminer une consultation par un résumé de l'état de la santé sexuelle et un plan d'action	3,78	1,41
Questionner la satisfaction sexuelle des patients	3,70	1,40
Évaluer la qualité de la vie sexuelle des patients	3,70	1,46
Identifier la principale cause d'un problème de désir/excitation/orgasme chez le patient	3,43	1,41
Explorer avec le patient ce que représente une sexualité typique/atypique en fonction de son âge	3,30	1,33

Échelle variant de 1 « Pas du tout facile » à 7 « Extrêmement facile ».

*c) Conditions facilitantes et obstacles relatifs à une anamnèse systématique de la santé sexuelle*

L'échelle globale des obstacles et facilitateurs varie de -3 « un obstacle très important » à +3 « une condition très facilitante ». Le score global moyen obtenu est de  $0,21 \pm 0,38$ . Les analyses effectuées ne révèlent aucune différence significative entre le score moyen à cette échelle selon le sexe (homme :  $0,416 \pm 0,50$ ; femme :  $0,24 \pm 0,30$ ), l'âge (moins de 40 ans :  $0,24 \pm 0,44$ ; 40 ans et plus :  $0,15 \pm 0,26$ ), le titre (médecin patron :  $0,17 \pm 0,33$ ; médecin

résident :  $0,32 \pm 0,53$ ) et les antécédents de formation du médecin en santé sexuelle (oui :  $0,30 \pm 0,36$ ; non :  $0,12 \pm 0,40$ ). En ce qui concerne le comportement du médecin lorsque le patient aborde la santé sexuelle, aucune des réactions suivantes, écouter, faire des tests, prescrire, référer ou ne pas savoir quoi faire, n'est associée à l'échelle des conditions facilitantes et obstacles relatifs à l'anamnèse sexuelle des patients.

Afin d'interpréter le score moyen à l'échelle globale des obstacles et conditions facilitantes, il s'avère pertinent de s'intéresser aux énoncés parmi les 35 de l'échelle qui ont obtenu un score plus saillant. Les résultats détaillés de la moyenne et de l'écart type par énoncé figurent au tableau 5.10 ci-dessous. Les obstacles les plus importants rapportés par les participants sont de disposer d'une quantité de temps limitée et de devoir gérer plusieurs préoccupations au cours d'une même consultation (score  $> -2$ ). D'autres obstacles sont présents mais de moindre importance, dans l'ordre, du plus important au moins important (score entre  $-1,3$  et  $-0,65$ ) : le fait que la santé sexuelle ne soit pas le motif principal de consultation du patient, le fait de croire de ne pas disposer des connaissances suffisantes pour répondre aux besoins du patient quant à sa santé sexuelle, le fait que le patient exprime un malaise à parler de sa santé sexuelle, douter d'être en mesure d'offrir une solution au problème de santé sexuelle du patient, ne pas se sentir à la hauteur et croire que cela rendra le patient mal à l'aise.

Concernant les conditions facilitantes, les plus saillantes sont, en ordre décroissant, que : le patient a un motif de consultation d'ordre sexuel/relationnel, la préoccupation du patient concerne les ITSS, un professionnel spécialisé en santé sexuelle est accessible pour le patient, disposer d'une quantité de temps suffisante pour faire le tour de la question, discuter de contraception avec le patient, l'occasion d'effectuer un dépistage du cancer du col de l'utérus à une patiente, le patient consulte pour des symptômes d'ordre urinaire et le fait que le patient soit atteint d'une maladie chronique ou prend une médication qui peut avoir des conséquences sur la fonction sexuelle ou satisfaction sexuelle.

Tableau 5.10 : Conditions facilitantes et obstacles : Moyenne et écart type par énoncé

	Énoncé	Moyenne	Écart type	
Obstacles	Vous disposez d'une quantité de temps limitée.	-2,39	0,94	
	Vous devez gérer plusieurs préoccupations au cours d'une même consultation.	-2,26	0,86	
	La santé sexuelle n'est pas le motif principal de consultation de votre patient.	-1,23	1,23	
	Vous croyez avoir des connaissances insuffisantes pour répondre aux besoins du patient quant à sa santé sexuelle.	-0,96	1,26	
	Votre patient exprime un malaise à parler de sa santé sexuelle.	-0,96	1,64	
	Vous doutez d'être en mesure d'offrir une solution à son problème de santé sexuelle.	-0,78	1,28	
	Vous ne vous sentez pas à la hauteur.	-0,65	0,94	
	Vous croyez que cela rendra votre patient mal à l'aise.	-0,65	0,78	
	La santé sexuelle ne fait pas partie de la revue des systèmes.	-0,55	1,22	
	Vous craignez d'être intrusif.	-0,50	0,60	
	Vous êtes persuadé que ce patient est en bonne santé sexuelle.	-0,26	0,92	
	Votre patient a plus de 65 ans.	-0,26	1,14	
	Il est peu probable que le patient présente des problèmes sexuels.	-0,22	0,10	
	Le patient est de sexe masculin.	-0,17	0,98	
	Vous craignez de poser des questions inappropriées.	-0,13	0,82	
	Votre patient est âgé dans la cinquantaine.	0,00	1,168	
	Conditions facilitantes	Votre patient a un motif de consultation d'ordre sexuel/relationnel	2,13	1,29
		La préoccupation de votre patient concerne les ITSS.	2,04	1,11
		Un professionnel spécialisé en santé sexuelle est accessible pour votre patient.	1,91	1,76
		Vous disposez d'une quantité de temps suffisante pour faire le tour de la question.	1,61	1,90
Vous discutez de contraception avec votre patient.		1,57	1,27	
Vous effectuez un dépistage du cancer du col de l'utérus à une patiente.		1,52	1,34	
Votre patient consulte pour des symptômes d'ordre urinaire.		1,52	0,79	
Votre patient est atteint d'une maladie chronique ou prend une médication qui peut avoir des conséquences		1,52	1,04	

	sur la fonction sexuelle ou satisfaction sexuelle.		
	L'intervention auprès de votre patient nécessite du counseling en matière de santé sexuelle.	1,35	1,50
	La préoccupation de votre patient est de l'ordre de la satisfaction sexuelle.	1,22	1,38
	Vous disposez des compétences nécessaires pour aider votre patient en matière de santé sexuelle.	0,83	1,47
	Vous avez des ressources électroniques ou des livres à proposer comme référence à votre patient.	0,78	2,02
	La préoccupation de votre patient est de l'ordre de l'orientation sexuelle.	0,74	1,54
	Votre patient est de sexe féminin.	0,70	1,26
	Votre patient est un adolescent.	0,59	1,50
	Votre patient est âgé dans la quarantaine.	0,22	0,67

Échelle variant de -3 « Un obstacle très important » à +3 « Une condition très facilitante ».

#### 5.2.2.4 L'intention

Le score moyen à l'échelle globale de l'intention est de  $4,54 \pm 1,36$ . Cette échelle varie de 1 « intention très faible » à 7 « intention très élevée ». Ce score moyen illustre que les médecins et résidents en médecine familiale ont une intention légèrement élevée de questionner la santé sexuelle de chaque patient, à chaque consultation, au cours du prochain mois. Il n'existe pas de différence significative quant au score à l'échelle globale de l'intention selon le sexe (homme :  $4,22 \pm 1,73$ ; femme :  $4,74 \pm 1,07$ ), l'âge (moins de 40 ans:  $4,53 \pm 1,48$ ; 40 ans et plus :  $4,54 \pm 1,17$ ), le titre (médecin patron :  $4,61 \pm 1,48$ ; médecin résident :  $4,33 \pm 0,99$ ), ni les antécédents de formation du médecin en santé sexuelle (oui :  $5,12 \pm 1,12$ ; non :  $4,00 \pm 1,37$ ). En ce qui concerne le comportement du médecin lorsque le patient aborde la santé sexuelle, aucune des réactions suivantes, écouter, faire des tests, prescrire, référer ou ne pas savoir quoi faire, n'est associée à l'échelle d'intention.

#### 5.2.3 Les facteurs associés au comportement passé et à l'intention

Des analyses non paramétriques de corrélation de Spearman ont été effectuées afin de mesurer l'association entre le comportement antérieur du médecin quant à la prise en charge de la santé sexuelle des patients et les variables psychosociales à l'étude. Les résultats, qui figurent au tableau 5.11 ci-dessous, révèlent qu'il existe un lien significatif entre le comportement passé, soit le pourcentage de patients que le médecin a questionnés au cours

des trois derniers mois, et dans l'ordre de la force de l'association, l'intention, la norme morale personnelle, le regret anticipé et la perception de contrôle comportemental. Plus les médecins ont questionné de patients à propos de leur santé sexuelle au cours des trois derniers mois, plus leur intention est élevée de questionner leurs patients à propos de leur santé sexuelle au cours du prochain mois, plus leur norme morale personnelle est élevée face à ce comportement, plus ils anticipent d'éprouver du regret s'ils ne questionnent pas la santé sexuelle et plus leur perception de contrôle comportemental est élevée face à cette pratique. Il n'existe aucune association statistiquement significative entre le pourcentage de patients que le médecin a questionnés et le score aux échelles d'efficacité personnelle et de croyance liée au rôle social.

En retour, plus le score à l'échelle de l'intention est élevé, plus le score associé aux échelles suivantes est élevé, par ordre de force d'association: la norme morale personnelle (très fortement associée), la croyance liée au rôle social, la perception de contrôle comportemental, les obstacles et conditions facilitantes et le regret anticipé.

Tableau 5.11: Association entre les scores moyens des échelles globales du questionnaire

	Cpt passé	INT	SE	Attitude	Obs/Fac	PNB	PBC	RA	RB
Comportement passé (Cpt passé)	1								
Intention (INT)	0,66**	1							
Efficacité Personnelle (SE)	0,36	0,21	1						
Attitude	0,43	0,30	0,48*	1					
Obstacles/Facilitateurs (Obs/Fac)	0,42	0,61*	0,41*	0,33	1				
Norme morale personnelle (PNB)	0,53*	0,88**	-0,54	0,12	0,33	1			
Perception de contrôle comportemental (PBC)	0,44*	0,62**	0,32	0,53**	0,60**	0,43*	1		
Regret anticipé (RA)	0,50*	0,41*	-0,17	0,11	0,31	0,46*	0,12	1	
Croyance liée au rôle social (RB)	0,33	0,65**	0,58	0,37	0,62**	0,46*	0,65**	0,18	1

\*  $p < 0,05$ \*\*  $p < 0,01$ 

#### 5.2.4 Les besoins en outils et thèmes de formation relatifs à la prise en charge de la santé sexuelle

Rappelons que cette section du questionnaire comporte trois questions ouvertes portant sur la nature des besoins en outils et thèmes de formation en santé sexuelle, ainsi que le nombre d'heures que le médecin serait prêt à investir pour une telle formation. Un total de 22 participants sur 23 ont indiqué un besoin d'outils qui faciliteraient la prise en charge de la santé sexuelle. Plus de la moitié des 23 participants (52 %) ont inscrit au moins deux thèmes qu'ils souhaiteraient aborder en formation. Au total, 43 thèmes ont été soulevés. Parmi ceux-

ci, le thème des dysfonctions sexuelles, incluant les facteurs psychologiques et la satisfaction sexuelle, est mentionné le plus fréquemment par les participants, soit à 19 reprises. En second lieu, près du tiers (30 %) des propositions de thèmes et d'outils ont trait à la manière d'effectuer l'anamnèse de la santé sexuelle, à savoir comment aborder la santé sexuelle avec le patient, selon différentes caractéristiques du patient. Le troisième besoin le plus fréquemment souligné consiste à en apprendre sur les techniques permettant d'être à l'aise avec les différents problèmes et solutions disponibles relativement à la santé sexuelle. En moyenne, les participants se disent prêts à investir 4,93 heures  $\pm$  4,77. Deux participants ont répondu qu'ils n'ont aucun besoin, se disant à la fin de leur carrière. Le maximum mentionné est de 20 heures.



## CHAPITRE VI

### DISCUSSION

Ce chapitre discute des résultats qualitatifs et quantitatifs obtenus en lien avec les objectifs, questions de recherche et hypothèses de travail de l'étude, et relie ces résultats aux constats des écrits scientifiques antérieurs. Ce chapitre permet donc, à la lumière des travaux récents et des résultats obtenus par le biais d'un volet qualitatif et quantitatif, de répondre à ces objectifs en proposant une synthèse des principaux constats liés aux attitudes, normes, contrôle perçu et intention des médecins et résidents à l'égard de la prise en charge de la santé sexuelle. De ces principaux constats, émergent des besoins clairs de formation initiale et continue, à prendre en compte dans les interventions futures. Finalement, les forces et limites de cette étude sont discutées et des propositions de pistes de recherches sont formulées.

Rappelons que la présente étude visait à : (1) évaluer les besoins en développement professionnel des médecins de famille et résidents en médecine familiale quant à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients, (2) explorer comment ces besoins varient en fonction de certaines caractéristiques des médecins et résidents impliqués. Le postulat de base supportant cette étude et ses questions de recherche était que les besoins et thèmes soulevés dans les groupes de discussion supportaient les données de la littérature et permettaient, à l'aide du questionnaire élaboré, de caractériser le profil socioprofessionnel des médecins ainsi que leurs attitudes, normes, sentiment d'auto-efficacité et conditions facilitantes/obstacles rencontrés en matière de prise en charge de la santé sexuelle. Il est possible de constater qu'il existe effectivement une bonne cohésion des données entre le matériel qualitatif et quantitatif obtenu, provenant pourtant d'échantillons indépendants.

#### 6.1 L'écart entre les pratiques professionnelles attendues du médecin de famille et les pratiques professionnelles réelles relativement à la santé sexuelle

Il s'avère pertinent de rappeler que l'anamnèse de la santé sexuelle est une composante centrale de la prise en charge plus globale de la santé sexuelle des patients. La consultation des travaux scientifiques a permis de décrire le rôle attendu du médecin de famille spécifiquement pour l'anamnèse de la santé sexuelle. Il est attendu que le médecin soit proactif pour questionner la santé sexuelle de ses patients, donc pour en effectuer l'anamnèse, ainsi que pour la prendre en charge (Nusbaum et Hamilton, 2002; OMS, 2012; Bellamy et al., 2013).

La synthèse des résultats qualitatifs et quantitatifs de cette étude révèle qu'il existe un écart entre les pratiques professionnelles attendues rapportées par les travaux scientifiques et les pratiques réelles des médecins relativement à la prise en charge de la santé sexuelle. Les résultats de l'étude mettent également de l'avant des besoins évidents de formation initiale et continue chez les médecins de famille et résidents en médecine familiale afin de faciliter cette prise en charge et de mieux outiller ces professionnels de première ligne. Afin de répondre au premier objectif qui visait à évaluer les besoins en développement professionnel des médecins de famille et résidents en médecine familiale quant à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients, cette section propose une intégration des volets qualitatif et quantitatif en lien avec les données des écrits scientifiques.

La première hypothèse de la présente étude était que l'expérience et les pratiques professionnelles quant à l'anamnèse systématique de la santé sexuelle sont hétérogènes parmi les médecins et résidents en médecine familiale. En effet, les données qualitatives et quantitatives mettent en lumière qu'il existe une grande variabilité d'un médecin à l'autre relativement à l'anamnèse de la santé sexuelle, plus spécifiquement, et à la prise en charge de la santé sexuelle de façon plus générale. Cette hétérogénéité s'observe en termes de fréquence et en termes de différences dans les comportements adoptés par les médecins pour questionner, traiter et référer le patient relativement à sa santé sexuelle. La majorité des médecins et résidents interrogés lors des groupes de discussion ont mentionné qu'ils préfèrent attendre que le patient ouvre la discussion sur le sujet plutôt que de faire le premier pas. Les participants ont également rapporté ne pas questionner systématiquement la santé sexuelle. Si les patients n'ont pas comme motif principal de consultation une problématique de l'ordre de la sexuelle, ils n'effectueront pas nécessairement l'anamnèse de leur santé sexuelle. En ce sens, les analyses descriptives des données du questionnaire illustrent que les médecins déclarent avoir questionné en moyenne 18 % de leurs patients, avec un écart-type de 22 %. L'écart-type élevé traduit la vaste étendue des réponses à cette question, qui varient entre aucun patient et 80 % des patients questionnés par le médecin au cours des trois derniers mois. D'autres données du questionnaire illustrent qu'en moyenne, moins d'un patient sur 10 parmi ceux que le médecin a vus au cours des trois derniers mois a abordé spontanément la santé sexuelle lors d'une consultation. Ces données sont préoccupantes puisque cela signifie que sur cette base, la grande majorité des patients ne serait pas questionnée à propos de leur santé sexuelle. Ces données appuient les écrits scientifiques consultés, qui décrivent les pratiques réelles des médecins en matière de santé sexuelle comme hétérogènes (Balami,

2011; Briedite et al., 2013; Wimberly, 2006) et non systématiques. Les données de la présente étude supportent l'écart entre les pratiques observées et la pratique idéale qui serait attendue d'un médecin de famille, à savoir que celui-ci questionne systématiquement la santé sexuelle au moins minimalement (Nusbaum et Hamilton, 2002; Gott et al., 2004; Holzapfel, 1998; Kim et al., 2008; Basson et al., 2010; Loehr et al. ; Jayasuriya et Dennick, 2011; Serretti et Chiesa, 2011; OMS, 2012; Bellamy et al., 2013; Briedite et al., 2013; Holman et al., 2013).

La vaste majorité des médecins questionnés dans le volet quantitatif de cette étude (95,2 %) a perçu que le patient a très bien réagi lorsqu'ils ont abordé la santé sexuelle en premier. Le patient aurait donc une attitude favorable à discuter de santé sexuelle avec son médecin, tel que discuté dans les écrits antérieurs (Briedite et al., 2013; Gott et al., 2004; Kim et al., 2008; Meystre-Agustoni et al, 2011). Cette donnée met en évidence que le patient pourrait être réceptif à donner des informations sur sa situation de santé sexuelle si le médecin effectuait l'anamnèse de la santé sexuelle de manière proactive et systématique. Cela dit, lorsque le patient a spontanément abordé la santé sexuelle, la totalité des 23 médecins ayant répondu au questionnaire affirment avoir écouté leur patient, effectué du counseling, ou avoir utilisé l'humour pour diminuer la tension. Ce résultat laisse croire que les patients sont accueillis par une oreille attentive de la part de leur médecin de famille lorsqu'ils abordent une préoccupation de santé sexuelle. Il existe une cohésion intéressante entre les données quantitatives et qualitatives relativement à la propension à adopter ces comportements lorsque le patient discute de santé sexuelle. Par ailleurs, les deux tiers des répondants au volet quantitatif (68,2 %) ont prescrit une médication qui pourrait aider, lorsque c'est approprié; plus de la moitié d'entre eux (54,5 %) ont effectué des tests; près de la moitié (45,5 %) ont référé à une ressource appropriée et accessible (médecin spécialiste tel qu'un urologue ou gynécologue, psychologue ou sexologue). Ces éléments ont aussi été mentionnés dans les groupes de discussion. Un écart s'observe entre le pourcentage relativement élevé de médecins qui ont rapporté avoir référé, ce que les médecins ayant participé aux groupes de discussion rapportent, et les données des écrits scientifiques. Les extraits qualitatifs relatent que les médecins trouvent plutôt difficile de référer et se sentent dépourvus pour le faire lorsqu'ils font face à une problématique qui les dépasse. Les écrits scientifiques supportent plutôt cette tendance, à savoir que l'accès à une référence est difficile (Balami, 2011; Rele et Wylie, 2007).

Une dimension intéressante a émergé des groupes de discussion, et concerne la particularité qu'ont les médecins patrons en GMF-UMF d'enseigner aux médecins résidents. Ils constatent qu'en n'effectuant pas l'anamnèse de façon systématique auprès de leurs patients, ils risquent de perpétuer cette habitude, car ils servent de modèle de rôle auprès des médecins en début de carrière. Cette donnée qualitative s'arrime avec les réponses des médecins au questionnaire en ce qui concerne la croyance liée au rôle social. En effet, plus le médecin croit que d'évaluer, traiter et référer le patient quant à sa santé sexuelle fait partie de son rôle comme médecin de famille, plus grande sera sa propension à l'enseigner aux médecins en devenir qui eux, à leur tour, l'intégreront à leur rôle de médecin de famille.

Cette intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs, mise en lien avec les études antérieures, permet de constater que les médecins de famille et les résidents en médecine familiale ayant participé au volet qualitatif et quantitatif de cette étude présentent certaines forces quant à la prise en charge de la santé sexuelle, comme la capacité d'accueillir les préoccupations de santé sexuelle que leur confient leurs patients, notamment en faisant preuve d'une écoute attentive, en effectuant du counseling, en faisant des tests. Ces comportements sont toutefois davantage en réponse à une demande du patient plutôt qu'effectués de manière proactive et dans une approche de prévention et promotion de la santé. Ces résultats soulèvent donc un besoin d'uniformiser les pratiques professionnelles afin d'assurer que même les patients qui n'oseront pas aborder le sujet avec leur médecin à propos de leurs préoccupations de santé sexuelle, soient entendus et pris en charge. Ainsi, il pourrait être possible d'améliorer les services offerts aux patients, notamment en ce qui a trait au dépistage.

#### 6.1.1 Les variables psychosociales

Cette section met en relation les résultats des volets qualitatif et quantitatif ainsi que les variables associées à la prise en charge de la santé sexuelle relativement aux caractéristiques psychosociales du médecin de famille et du résident en médecine familiale, telles que décrites par le modèle intégrateur de changement de comportement (Godin, 2015). Les attitudes, les normes, le contrôle perçu et l'intention sont discutés à la lumière des résultats qualitatifs et quantitatifs obtenus, en lien avec les récents travaux scientifiques.

#### 6.1.1.1 Attitudes

L'une des questions de recherche de la présente étude consistait à identifier quelles sont les attitudes des médecins et résidents à l'égard de la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients.

D'abord, le score moyen à l'échelle d'attitude ( $0,81 \pm 0,62$ ), dont le point neutre est fixé à zéro, permet de constater que les attentes des médecins quant aux conséquences d'aborder la santé sexuelle avec leurs patients sont plutôt positives. Les médecins y seraient donc en général plutôt favorables et ouverts. En effet, aucun des scores moyens aux 16 énoncés de l'échelle n'est coté en deçà de -1. Aucun énoncé du questionnaire n'a donc été considéré comme une conséquence négative importante appréhendée par les médecins s'ils prenaient la santé sexuelle des patients en charge. L'énoncé ayant obtenu le score moyen le plus élevé concerne la croyance du médecin que d'aborder la santé sexuelle avec son patient montrerait à celui-ci qu'il est ouvert à la discussion si le patient en ressentait le besoin. Ce résultat est consistant avec les éléments saillants qui émergent des groupes de discussion en regard des attitudes. En effet, 11 extraits relatent que de discuter de la santé sexuelle peut rassurer le patient et lui témoigner un signe d'ouverture du médecin à en discuter. En deuxième lieu, le médecin croit plus fortement qu'aborder la santé sexuelle offrirait au patient une occasion de discuter de préoccupations qu'il n'aurait pas osé aborder. Les médecins et résidents ayant participé au volet qualitatif ajoutent à cette affirmation que cette ouverture peut amener le patient à se confier quelques entrevues plus tard, à propos de sa santé sexuelle puisqu'il aura senti cette ouverture de la part de son médecin traitant. Aborder la santé sexuelle est donc perçu comme étant bénéfique pour la relation thérapeutique, autant pour les participants aux groupes de discussion que pour ceux ayant répondu au questionnaire dans le cadre du second volet.

Le troisième énoncé illustrant un score moyen le plus élevé à l'échelle de l'attitude concerne l'occasion pour le médecin, s'il abordait la santé sexuelle, d'intervenir tôt et de façon préventive auprès de son patient. Ces résultats entrent en contradiction avec ceux de l'étude de Nusbaum et Hamilton (2002), qui affirment qu'un des déficits majeurs des soins de santé est lié à l'absence d'une approche préventive dans l'organisation des soins de santé. En fait, les extraits des groupes de discussion révèlent plutôt que les médecins sont sensibles à la prévention et qu'ils se sentent interpellés par leur rôle de prévention et promotion de la santé sexuelle. Le fait que la prise en charge de la santé sexuelle ne soit pas systématique ne

semble pas relever du fait que les médecins ne soient pas sensibles à la prévention. Par contre, d'autres facteurs pourraient expliquer le fait que l'approche préventive n'est pas priorisée, par exemple le fait que les médecins aient à gérer plusieurs priorités à la fois et qu'une fois que le problème a été dépisté, ils se sentent dépourvus d'outils et de connaissances pour référer le patient. Les résultats relèvent donc des attitudes positives des médecins envers la santé sexuelle, mais qu'ils ont besoin de support pour mieux accompagner leur patient lorsqu'un problème de santé sexuelle est dépisté.

#### 6.1.1.2 Les normes

La question de recherche associée à cette variable consistait à décrire quelles sont les normes sociales perçues par les médecins et résidents à l'égard de la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients. D'une part, plusieurs extraits qui émergent des groupes de discussion mettent en évidence que les médecins croient qu'il est attendu de la part d'un médecin de famille qu'il fasse preuve d'ouverture à l'égard des préoccupations de santé sexuelle de ses patients et qu'il en discute avec eux. De plus, ils croient avoir le rôle d'éduquer leur patient lorsque celui-ci manque de connaissances à propos de sexualité. Ces extraits s'inscrivent dans la croyance liée au rôle social du modèle intégrateur de Godin (2013) et appuient les résultats de l'étude de Stott (2013), qui indiquent que plusieurs répondants questionnés croient que les médecins généralistes occupent un rôle central dans la prise en charge de la santé sexuelle, percevant leur rôle comme holistique, et s'identifient comme se préoccupant des personnes.

#### 6.1.1.3 Le contrôle perçu

Les volets qualitatif et quantitatif de l'étude ont permis de répondre à la question de recherche visant à décrire quel est le contrôle perçu par les médecins et résidents en médecine familiale à l'égard de la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients. Les extraits ayant émergé des groupes de discussion révèlent que les médecins se sentent à l'aise pour discuter de santé sexuelle avec leurs patients. Il est possible de constater que le score moyen à l'échelle globale de l'efficacité personnelle, qui varie de 0 à 7, est relativement élevé ( $5,04 \pm 0,68$ ). Ce résultat révèle que les médecins et résidents questionnés se sentent plutôt efficaces pour effectuer l'anamnèse de la santé sexuelle de leurs patients. Les groupes de discussion permettent d'apporter certaines nuances à ce résultat. Les extraits soulignent que les

médecins et résidents se sentent davantage à l'aise de questionner l'aspect biologique de la fonction sexuelle, comparativement à ce qui relève de la dimension qualitative de la santé sexuelle, par exemple, la question de la satisfaction sexuelle. Ils reconnaissent leurs limites et ils s'expliquent cette réalité par le fait qu'une approche centrée sur le symptôme et le dépistage de la maladie représente ce qu'ils connaissent le mieux, et ce pour quoi ils sont davantage formés. Ils déplorent ne pas savoir suffisamment quelles questions poser aux patients sur leur santé sexuelle pour permettre une anamnèse efficace et relativement rapide. En ce sens, les répondants au questionnaire se sentent les moins efficaces pour terminer une consultation par un résumé de l'état de la santé sexuelle et un plan d'action, pour questionner la satisfaction sexuelle des patients, pour évaluer la qualité de la vie sexuelle des patients, et pour identifier la principale cause d'un problème de désir/excitation/orgasme chez le patient. Ces résultats contrastent avec les recommandations des travaux scientifiques quant au rôle attendu d'un médecin, soit qu'il discute avec son patient des implications variées des facteurs médicaux, psychologiques et interpersonnels qui peuvent causer, renforcer ou accompagner les difficultés sexuelles (Holzapfel, 1998). Ceci dit, les participants au volet qualitatif reconnaissent qu'ils pourraient questionner davantage cette dimension de la santé sexuelle. D'ailleurs, le fait que les médecins constatent qu'il existe peu de problèmes sexuels qui soient exclusivement reliés à une condition organique, soulève l'importance d'envisager une collaboration plus étroite entre les médecins et des professionnels de la santé tels que les sexologues. D'autre part, les obstacles les plus importants à une prise en charge proactive, systématique et efficace de la santé sexuelle des patients par les médecins demeurent le fait de devoir gérer plusieurs préoccupations au cours d'une même consultation (96 %), que le motif de consultation principal du patient ne soit pas lié à la santé sexuelle (86 %), ne pas disposer de connaissances suffisantes pour répondre aux besoins du patient quant à sa santé sexuelle (74 %), douter d'être en mesure d'offrir une solution à son problème (70 %) et une contrainte de temps (65 %). Ces obstacles importants sont également largement soulevés dans les extraits des groupes de discussion du volet qualitatif, ainsi que dans les travaux scientifiques consultés. D'autres relèvent également des obstacles reliés aux caractéristiques des patients. Les participants aux groupes de discussion se demandent jusqu'où approfondir leur anamnèse de l'orientation sexuelle de leurs patients et expriment la crainte d'être intrusifs dans l'intimité de leurs patients. D'autres se sentent efficaces et soulignent des formulations de questions qu'ils ont apprises lors de formations antérieures pour investiguer cette dimension de la santé sexuelle.

Les participants à l'étude soulèvent donc la nécessité de disposer d'outils standardisés ou de techniques d'entrevue leur permettant de questionner davantage la dimension psychologique de la santé sexuelle de leurs patients, mais aussi de disposer de questions-clés pour dépister rapidement des problèmes sexuels physiques. Le contexte de surcharge met aussi en lumière qu'ils ont besoin de soutien pour prendre en charge adéquatement cette dimension de la santé des individus. Ils demandent aussi de disposer de solutions à offrir à leurs patients lorsqu'un problème est dépisté, autant en ce qui concerne un traitement qu'un accès à une référence lorsque c'est pertinent. Finalement, les médecins souhaiteraient disposer de repères quant aux formulations de questions à poser pour avoir accès à l'information pertinente au diagnostic tout en respectant l'intimité du patient.

#### 6.1.1.4 L'intention

Cette étude tente de répondre à la question de recherche qui vise à décrire quelle est l'intention des médecins et résidents de prendre en charge la santé sexuelle de leurs patients dans un avenir rapproché. Les analyses du volet quantitatif révèlent un score moyen de  $4,54 \pm$  ET 1,36 des médecins à l'échelle d'intention. Ce score mesuré sur une échelle de 0 à 7 met en évidence une intention modérément positive de questionner systématiquement les patients au cours du prochain mois, à chaque consultation, le point neutre étant fixé à 3,5. À ce propos, il est intéressant de souligner que les analyses de corrélations entre les scores moyens aux échelles du questionnaire révèlent un lien positif et significatif du score moyen à l'échelle d'intention et le score moyen aux échelles d'obstacles et facilitateurs, de la perception du contrôle comportemental, du regret anticipé et de la croyance liée au rôle social. Plus les médecins ont un sentiment élevé de contrôle perçu, plus ils appréhendent d'éprouver du regret s'ils n'abordaient pas la santé sexuelle avec leurs patients, et plus ils croient que de questionner la santé sexuelle fait partie intégrante du rôle d'un médecin de famille, plus élevée sera leur intention de le faire concrètement dans leur pratique. Ces données supportent la logique de cette étude qui repose sur le modèle intégrateur de changement de comportement de Godin, à savoir que ces déterminants psychosociaux seraient liés à l'intention de questionner de façon systématique la santé sexuelle des patients. Plus loin dans cette section, des pistes sont proposées pour orienter les futures formations en lien avec ces résultats.

Le second objectif de l'étude et la question de recherche associée visaient à décrire comment les besoins varient selon différents déterminants psychosociaux préalablement identifiés grâce à la logique du modèle intégrateur de changement de comportement de Godin (2013). À la lumière de la recension des travaux empiriques récents, il a été possible d'émettre la seconde hypothèse, que le sentiment d'efficacité personnelle pour questionner systématiquement la santé sexuelle serait corrélé aux antécédents de formation en santé sexuelle. Les résultats ne révèlent aucune différence significative quant aux proportions de médecins et résidents qui rapportent avoir des antécédents de santé sexuelle et ceux qui n'ont pas reçu de formation, relativement au sentiment d'efficacité personnelle. Cependant, une différence significative est observée quant au score à l'échelle de la perception de contrôle comportemental et les antécédents de formation. Une différence significative est également présente entre le score à l'échelle globale d'efficacité personnelle et le fait de ne pas savoir quoi faire lorsque le patient aborde la santé sexuelle. Bien qu'il soit possible de présumer que les médecins qui se sentent moins efficaces pour prendre la santé sexuelle en charge rapportent logiquement plus souvent ne pas savoir quoi faire lorsque le patient discute de sa santé sexuelle, il n'est pas possible de conclure quant à la direction du lien puisque cette étude est transversale. Les médecins patrons et ceux qui ont des antécédents de formation en santé sexuelle sont proportionnellement plus nombreux à faire des tests. Les antécédents de formation en santé sexuelle pourraient traduire une plus grande propension du médecin à investiguer les causes biologiques possibles des problèmes sexuels que le patient amène afin de préciser le diagnostic, ou ces médecins pourraient avoir le réflexe d'effectuer des tests de dépistage de manière plus routinière ou systématique. D'autres études pourraient explorer cette question. Il est aussi possible de penser que les médecins patrons voient davantage de patients que les résidents en médecine, qui débutent leur pratique. Les médecins qui ont des antécédents de formation sont également significativement plus nombreux à prescrire une médication qui pourrait aider le patient, lorsque celui-ci discute de sa santé sexuelle. Les médecins formés en santé sexuelle disposeraient-ils également d'un plus large éventail de connaissances des traitements pharmacologiques associés aux problèmes de santé sexuelle, ce qui leur permet d'offrir de telles solutions à leur patient? La nature de la formation antérieure serait également à explorer dans d'éventuelles études. Quant aux variations du score global aux échelles mesurées par le biais du questionnaire, il existe une différence significative entre les médecins qui rapportent avoir eu recours à une formation antérieure et ceux qui n'y ont pas eu recours, quant au score moyen sur l'échelle de la norme comportementale et de la

perception de contrôle comportemental. Bien que le résultat ne soit pas significatif, il existe une tendance à observer une différence également sur le score moyen à l'échelle globale de l'intention relativement aux antécédents de formation. Ces résultats méritent d'être soulignés, dans la mesure où ils supportent l'idée que la formation contribuerait à pallier à certaines lacunes au niveau des attitudes, normes, contrôle perçu et intention de prendre la santé sexuelle des patients en charge. D'autres études pourraient approfondir ce questionnement avec notamment, un échantillon plus imposant.

#### 6.1.1.5 Les facteurs associés à l'intention et au comportement antérieur

La troisième hypothèse de cette étude posait que le comportement antérieur, mesuré dans le questionnaire quantitatif comme le pourcentage de patients que le médecin a questionnés au cours des trois derniers mois, serait significativement corrélé aux attitudes et normes, au sentiment d'efficacité personnelle et à l'intention de le faire. Il existe un lien significatif entre le comportement passé du médecin et, dans l'ordre de la force de l'association, le score global observé à l'échelle de l'intention, la norme morale personnelle, le regret anticipé et la perception de contrôle comportemental. Plus les médecins ont questionné de patients à propos de leur santé sexuelle au cours des trois derniers mois, plus leur intention est élevée de les questionner à propos de leur santé sexuelle au cours du prochain mois, plus leur norme morale personnelle est élevée face à ce comportement, plus ils anticipent d'éprouver du regret s'ils ne questionnent pas la santé sexuelle et plus leur perception de contrôle comportemental est élevée face à cette pratique. Les analyses effectuées révèlent également qu'il existe un lien significatif entre le pourcentage de patients que le médecin a questionnés au cours des trois derniers mois et le score moyen à l'échelle de l'attitude, des obstacles et facilitateurs, de la norme morale personnelle, de la perception de contrôle comportemental, du regret anticipé et de l'intention d'aborder la santé sexuelle auprès de chaque patient, à chaque consultation. Ces données supportent le modèle de changement de comportement de Godin (2013) selon lequel le comportement antérieur serait associé à l'adoption ultérieure d'un comportement lié à la santé. Toutefois, la nature transversale de cette étude ne permet pas de mesurer la direction du lien de corrélation, donc de conclure à un lien de causalité.

## 6.2 Des besoins évidents en matière d'outils et de formations pour systématiser et uniformiser les pratiques professionnelles relatives à la santé sexuelle

Les volets qualitatifs et quantitatifs de la présente étude convergent pour mettre en évidence des besoins clairs formulés par les médecins et futurs médecins, en termes de formation initiale et continue relativement à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients. Les médecins de famille et résidents en médecine ont soulevé, pour la plupart, leur ouverture à effectuer l'anamnèse et à prendre en charge la santé sexuelle de leurs patients. En effet, les principaux constats qui émergent de l'intégration des données indiquent que les médecins sont ouverts à discuter de la santé sexuelle de leurs patients et de répondre à leurs préoccupations relatives à leur santé sexuelle. Ils considèrent la santé sexuelle comme importante et se sentent majoritairement à l'aise pour l'aborder, mais celle-ci se retrouve souvent au bas de la liste des priorités puisque les médecins et résidents considèrent qu'elle implique rarement des conditions qui menacent la vie d'une personne, surtout dans un contexte où les médecins manquent de temps et se disent surchargés. Une crainte est présente chez certains médecins que le patient interprète ses questions comme étant intrusives ou inappropriées s'il prenait l'initiative d'aborder le sujet de la sexualité du patient, sujet qui relève de l'intimité profonde du patient. Comme le soulignent certains participants dans les groupes de discussion, ce résultat soulève l'importance de former les médecins et résidents pour qu'ils annoncent leur intention au patient, qu'ils précisent au patient les raisons pour lesquelles ils posent ces questions, et qu'ils s'approprient des manières d'aborder la santé sexuelle, par conséquent qu'ils recueillent efficacement l'information nécessaire au dépistage et au diagnostic. Les médecins se révèlent sensibles à la question de la prévention et de la promotion de la santé sexuelle, mais l'approche privilégiée demeure centrée sur le symptôme et la maladie. Les médecins se sentent plutôt impuissants lorsqu'il est question de la dimension psychosociale de la santé sexuelle comme la qualité de la vie sexuelle, ce qui leur occasionne certains malaises à l'investiguer. Les médecins patrons, en tant que médecins enseignants, soulignent l'importance de leur rôle comme modèle auprès des médecins résidents, ce qui justifie qu'ils leur transmettent des techniques efficaces et proactives en matière de prise en charge de la santé sexuelle, plutôt que de transmettre leur inconfort quant à cette dimension de la santé comme c'est le cas actuellement. Ces constats supportent les travaux empiriques existants sur le sujet, qui soulèvent que les médecins rapportent un manque d'éducation ou de connaissances comme constituant le principal obstacle à prendre

en charge la santé sexuelle (Rele et Wylie, 2007) et à composer avec des préoccupations d'ordre sexuel (Tsimtsiou et al., 2006).

Par ailleurs, les médecins et résidents interrogés déplorent qu'ils ne disposent pas de suffisamment de compétences spécifiques et d'outils pour effectuer une anamnèse systématique et proactive, pour choisir un traitement adapté selon les modalités existantes et actuelles, et pour offrir des solutions au patient telles que l'accès à des ressources adaptées lorsque le problème soulevé dépasse le rôle du médecin de famille. En ce sens, une question demeure : une fois le problème dépisté, comment intervenir, et à qui référer? Actuellement, la référence à un service spécialisé en sexologie demeure rare et est considérée difficile, car les médecins déplorent ne pas connaître les ressources, d'une part, et l'accès à des services et ressources connus est coûteux, d'autre part. Bien que les participants aux groupes de discussion mentionnent que de consulter un sexologue est tabou auprès des patients, il demeure qu'une ressource professionnelle spécialisée et accessible est réclamée pour soutenir les médecins dans leur prise en charge globale des patients, dont la santé sexuelle fait partie intégrante. Certains auteurs proposent de faciliter l'accès aux ressources en améliorant les connaissances des ressources comme les thérapeutes et services secondaires disponibles (Balami, 2011; Goldenberg et al., 2008; Humphery et Nazareth, 2001; Shoveller, J. et al., 2007; Shoveller, J. A. et al., 2004).

La volonté est donc présente chez les médecins et résidents interrogés dans cette étude, d'élargir le champ des interventions possibles et de perfectionner leurs connaissances en matière de santé sexuelle. Rappelons que la dernière section du questionnaire comporte trois questions ouvertes portant sur la nature des besoins en outils et thèmes de formation liés à la santé sexuelle, ainsi que le nombre d'heures que le médecin serait prêt à investir pour une telle formation. Les médecins réclament des formations ayant pour thèmes principaux les dysfonctions sexuelles, incluant les facteurs psychologiques et la satisfaction sexuelle, la manière d'effectuer l'anamnèse de la santé sexuelle, à savoir comment aborder la santé sexuelle avec le patient, selon différentes caractéristiques du patient et, finalement, les techniques permettant d'être à l'aise avec les différents problèmes et solutions disponibles relativement à la santé sexuelle.

### 6.3 Recommandations pour l'action et cibles de changement

Afin d'amorcer la réflexion sur les manières de répondre aux besoins ressentis soulevés par les médecins et résidents dans la présente étude, cette section dresse d'abord le bref portrait des moyens possibles pour répondre à ces besoins. Parmi ceux-ci, cette section discute de la collaboration interdisciplinaire, du développement d'outils et de formations initiales ou continues en santé sexuelle. Certaines caractéristiques d'une formation idéale et des cibles de changement identifiées à la fois par les travaux empiriques et par les éléments mis en évidence dans la présente étude sont ensuite proposés.

#### 6.3.1 La collaboration interdisciplinaire, le développement d'outils standardisés et les cibles de changement des futures formations initiales et continues en santé sexuelle

Cette étude constitue le point d'ancrage qui permet d'identifier les attitudes, les normes, le contrôle perçu qui serviront de cibles de changement, pour, ultimement, améliorer l'intention, qui constitue le déterminant-clé de l'adoption ou non d'un comportement visé selon Godin (2013), ici la prise en charge de la santé sexuelle des patients. Voici quelques propositions de pistes d'actions possibles pour répondre aux besoins soulevés, à la lumière des travaux antérieurs.

D'abord, il s'avère essentiel de souligner les efforts que les médecins de famille déploient pour prendre en charge la santé sexuelle de leurs patients. Par ailleurs, la collaboration entre les médecins et d'autres professionnels de la santé tels les sexologues est essentielle. Ce travail d'équipe comme filet de sécurité pour le patient pourrait permettre de faciliter l'accès à l'accueil des préoccupations du patient, à un suivi adapté à ses besoins relatifs à sa santé sexuelle, à des ressources documentaires et virtuelles mais surtout, à un professionnel spécialisé et qualifié pour assurer la continuité des services auprès du patient. La pertinence des sexologues s'avère envisageable pour accompagner les médecins patrons dans leur enseignement auprès des résidents pour développer des habitudes de prise en charge proactive et systématique de la santé sexuelle auprès des patients. D'autre part, les sexologues cliniciens sont également requis pour supporter la gestion d'une multitude de situations de santé sexuelle que les patients requièrent. Un travail d'équipe entre les divers

agents du réseau de la santé est donc souhaitable pour assurer la continuité des soins de santé sexuelle offerts à la population.

Il s'avère également pertinent d'envisager le développement d'outils standardisés d'anamnèse de la santé sexuelle (Macdowall et al., 2010). Leurs caractéristiques pourraient proposer une façon simple et rapide de recueillir l'information pertinente auprès du patient, incluant les dimensions psychosociales et affectives de la santé sexuelle. Ces outils ont le potentiel de faciliter le travail des médecins de famille, et de réduire l'écart observé entre les pratiques professionnelles actuelles et le rôle attendu visant une prise en charge proactive (Balami, 2011). Ultimement, cet outil pourrait compléter la fiche de prévention clinique qui est surtout axée sur le dépistage de comportements à risques d'ITSS. Encore ici, les sexologues pourraient contribuer au développement d'outils cliniques et d'enseignement qui faciliteraient l'anamnèse, le traitement, l'accès à des ressources et le counseling par les médecins de famille.

De plus, il est pertinent de réfléchir aux orientations pour l'avenir de la formation académique et continue relativement à la santé sexuelle, chez les médecins et futurs médecin, puisque ceux-ci constituent la référence de première ligne pour les patients. La formation initiale et continue devrait d'abord viser à augmenter l'intention, c'est-à-dire la motivation des médecins en ciblant les déterminants de l'intention: développer des attitudes favorables, des normes sociales positives telles la croyance liée au rôle social et le regret anticipé, le sentiment d'efficacité personnelle. Premièrement, cibler le contenu d'une formation sur les attitudes qui améliorent la propension à effectuer l'anamnèse et, plus globalement, prendre la santé sexuelle en charge, pourrait permettre d'assurer le maintien de ce comportement à plus long terme. En effet, les médecins qui évaluent les préoccupations du patient sous un angle biopsychosocial seraient davantage portés à investiguer spontanément la dimension sexuelle de la santé. Ils considéreraient la gestion des problèmes sexuels comme moins difficile (Tsimtsiou et al., 2006). Tenir compte des enjeux associés aux caractéristiques des patients est également suggéré. L'éducation du patient, l'encourager à demander de l'aide, ainsi que le conscientiser et l'informer des traitements et services disponibles (Humphery et Nazareth, 2001) peuvent favoriser un climat de confiance qui rendra propice la prise en charge de la santé sexuelle. Holzapfel (1998) propose également d'offrir une approche de formation sensibilisant les professionnels aux besoins des minorités sexuelles. Des moyens possibles pour faciliter le développement d'attitudes positives concernent les techniques d'entrevues.

L'entraînement aux habiletés à la communication constitue le plus fort prédicteur de l'investissement du professionnel dans l'anamnèse de la santé sexuelle, dans le confort de ce dernier à aborder la sexualité, ainsi que dans son aisance à gérer les problèmes d'ordre sexuel (Tsimtsiou et al., 2006). Conséquemment, les formations initiales et continues en santé sexuelle adressées aux professionnels de la santé devraient intégrer cet aspect au cœur même des cibles de changement. D'ailleurs, Raymond (2008) suggère d'axer les interventions au-delà du questionnement de valeurs, en orientant les programmes futurs de formation sur l'application concrète des habiletés de communication et l'attitude proactive auprès du patient afin d'assurer le maintien des acquis à long terme. Ces résultats corroborent ceux de Balon et al. (2011), ainsi que ceux de la présente étude. Un exemple de comportement attendu relevé par les études empiriques serait que le médecin pose des questions générales suivies de questions spécifiques pour clarifier les préoccupations de la santé sexuelle, ainsi que réviser la médication (Balami, 2011), et qu'il aborde la santé sexuelle à la suite d'une discussion avec le patient à propos d'autres problèmes de santé, comme le diabète, les dernières menstruations ou la contraception (Nusbaum et Hamilton, 2002). Par exemple, chez l'homme, l'investigation de la fonction prostatique ou le symptôme d'un faible jet urinaire pourrait servir de levier pour aborder l'activité sexuelle et la santé sexuelle en général (Nusbaum et Hamilton, 2002). Chez la femme, l'examen gynécologique, la prescription d'un contraceptif ou des questions sur la ménopause sont des occasions que le médecin peut saisir pour discuter de santé sexuelle avec sa patiente (Briedite et al., 2013). Par ailleurs, dans certains cas d'ITSS comme l'hépatite B, la chlamydia et le VIH, il est particulièrement recommandé d'effectuer une anamnèse concernant les partenaires sexuels et l'utilisation du condom (Skelton et Matthews, 2001). Puisque ces ITSS sont souvent asymptomatiques, une approche centrée uniquement sur le symptôme serait inefficace. Wimberly et al. (2011) suggèrent de demander au patient, minimalement, le nombre de partenaires sexuels au cours de la dernière année, ce qu'il connaît des pratiques sexuelles de son partenaire, et de la fréquence des pratiques sexuelles avec des hommes, des femmes ou les deux. Ces auteurs suggèrent également que les médecins soient au courant des antécédents d'ITSS de leurs patients, et que le nombre de partenaires sexuels soit un indicateur de risque d'ITSS, les pratiques du partenaire étant l'autre facteur de risque important. Ces pistes sont quelques exemples d'éventuelles cibles de formation, alors que nous savons maintenant que la santé sexuelle englobe aussi des dimensions au-delà de la question biologique du fonctionnement du système reproducteur et l'absence de maladies chez l'individu, d'où l'importance de la

collaboration avec d'autres professionnels tels que les sexologues pour accueillir aussi la dimension psychologique, spirituelle et sociale de la sexualité. Il est d'ailleurs recommandé d'intégrer l'anamnèse de la santé sexuelle et relationnelle dans l'examen psychiatrique (Rele et Wylie, 2007). De plus, Humphery et Nazareth (2001) recommandent davantage d'éducation aux habiletés de communication spécifiques à la santé sexuelle, de même qu'un perfectionnement pour l'évaluer et offrir des modalités de traitement appropriées. Balami (2011) soulève l'importance de sensibiliser les futurs gériatres à l'importance de la santé sexuelle des personnes âgées, des effets potentiels d'une perte de la fonction sexuelle, spécialement à la lumière de l'époque actuelle où la population est vieillissante. Dans la présente étude, les médecins ayant participé aux groupes de discussion évoquent eux-mêmes des comportements pour lesquels ils se sentent efficaces. Ils partagent leurs manières d'aborder le sujet avec leurs patients, certaines questions qu'ils se sentent à l'aise de poser, et ils soulignent eux-mêmes l'importance d'annoncer la raison qui les motive de questionner la santé sexuelle de leurs patients, élément souligné par les travaux empiriques. Annoncer directement au patient les raisons pour lesquelles le médecin aborde la question de la santé sexuelle (Jayasuriya et Dennick, 2011) peut améliorer le confort du patient pour discuter de ses préoccupations. Ainsi, le médecin peut poser des questions plus intimes à propos de la santé sexuelle sans que le patient ne soit surpris ou offensé. Ces éléments pourraient également être intégrés à d'éventuelles formations.

Par ailleurs, dans leur revue systématique, Coverdale et al. (2011) effectuent un bilan de toutes les méthodes utilisées pour enseigner aux médecins de famille comment effectuer une anamnèse de la santé sexuelle, et identifient les déterminants de l'efficacité des interventions. Les plus efficaces sont celles qui : a) amènent le médecin à pratiquer directement les techniques d'entrevue : il en résulte une plus grande amélioration des connaissances, des attitudes et de la perception de posséder les habiletés personnelles pour effectuer une anamnèse de la santé sexuelle en comparaison à ceux qui observent une entrevue et à un groupe témoin; b) présentent l'enseignement sous la forme d'ateliers interactifs plutôt que des présentations didactiques; c) offrent une rétroaction verbale et écrite sur les techniques d'entrevue du participant, de manière à ce que celui-ci puisse l'appliquer par la suite dans sa pratique; d) donnent du matériel didactique au participant en support aux mises en situation et e) sont construites sur la base des habiletés à la communication: Une semaine plus tard, les participants ayant travaillé leurs habiletés à la communication posaient significativement plus de questions ouvertes et abordaient significativement plus de thèmes de santé sexuelle que le

groupe basé sur la prise de conscience. Ces résultats corroborent l'étude de Libert et Reynaert (2009) qui recommandent de viser des stratégies d'apprentissage de la communication.

Finalement, soutenir les médecins enseignants sur l'intégration de la santé sexuelle dans leur enseignement aux résidents pourrait favoriser un modèle de rôle inspirant et proactif, d'autant plus que les étudiants en médecine et les résidents imitent souvent les pratiques de leurs médecins superviseurs : ainsi, s'ils observent qu'effectuer l'anamnèse systématique de la santé sexuelle des patients constitue une pratique courante, ils auront eux-mêmes une plus grande propension à l'effectuer (Wimberly et al., 2006).

En résumé, articuler ces cibles de changement autant dans la formation initiale que continue pourrait permettre une meilleure adéquation entre les pratiques professionnelles observées et attendues relativement à l'anamnèse, le traitement et la référence en santé sexuelle.

#### 6.4 Forces et limites de l'étude

Cette étude constitue une première analyse des besoins de formation auprès d'une population de médecins et résidents de la région de Québec, dans la province de Québec. Il faut mentionner que le développement du questionnaire, issu en partie des groupes de discussion, a permis de mettre de l'avant des items et éléments originaux comme contributions indéniables à l'évolution des connaissances dans le domaine. L'étude montre ainsi un intérêt à évaluer, notamment, les situations d'inconfort pour le médecin et pour le patient, et d'effectuer des recommandations en prévention et promotion de la santé sexuelle. Il faut souligner que ces résultats, en addition aux besoins soulevés par la triangulation des données qualitatives et quantitatives, offrent une contribution indéniable à l'état des connaissances. Par ailleurs, des efforts ont été déployés pour répondre de façon rigoureuse aux critères de scientificité d'une étude. D'abord, le modèle de l'intervention ciblée recommande un processus itératif afin de développer une formation qui corresponde le plus possible à la réalité observée sur le terrain (Eldredge et al., 2016). Le processus de l'intervention ciblée, étroitement relié au modèle intégrateur de Godin (2013), offre une structure et une rigueur qui permettra de planifier une intervention sur des bases solides. Ainsi, cette analyse de besoins peut constituer un point d'ancrage pour le développement d'une intervention future. La validation du questionnaire effectuée dans la présente étude constitue l'étape préliminaire à la validation avec un échantillon plus important. Ensuite, l'utilisation d'un devis méthodologique séquentiel exploratoire s'appuyant sur une méthodologie mixte, a permis de

préciser les besoins soulevés selon différentes sources d'information, puisque les échantillons qualitatifs et quantitatifs étaient indépendants. Il existe une convergence entre les résultats qualitatifs et quantitatifs, ce qui améliore la crédibilité des résultats. Le modèle intégrateur de Godin (2013) a été utile pour soutenir l'analyse des besoins et définir les concepts-clés. De plus, la cohérence interne des échelles a été élaborée et optimisée en ajustant les échelles de mesure, ce qui améliore la validité interne de cette étude. En ce qui concerne le choix d'effectuer des tests non paramétriques, cette décision comporte l'avantage de pouvoir effectuer certains calculs avec de petits échantillons ( $N < 50$ ), comme c'est le cas pour la présente étude. De plus, les tests non paramétriques ne sont pas affectés par les données extrêmes. Finalement, ils permettent de tester des hypothèses similaires aux tests paramétriques tels que le test-t ou l'ANOVA, sans postuler une forme particulière de distribution des données car ils ne nécessitent pas d'en estimer les paramètres (Howell, 2008).

Cela dit, cette étude comporte certaines limites méthodologiques et organisationnelles qu'il importe de considérer. D'abord, les échantillons indépendants des volets qualitatif et quantitatif de cette étude se composent de médecins et de résidents en médecine familiale qui ont accepté de participer à l'étude sur une base volontaire. D'une part, les participants pourraient faire preuve d'une ouverture naturelle envers la santé sexuelle, d'une tendance d'introspection sur leurs pratiques professionnelles, ainsi qu'envers le perfectionnement de leurs pratiques professionnelles. Les médecins qui considèrent la santé sexuelle comme étant moins prioritaire, ou qui ne sont pas familiers à faire preuve d'une certaine introspection quant à leurs pratiques professionnelles, particulièrement relativement à un sujet délicat tel que celui de la sexualité humaine, ne sont peut-être pas représentés dans cet échantillon, ce qui en réduit la validité externe. De plus, le faible taux de participants ne reflète pas les taux plus élevés de réponses retrouvés dans les travaux empiriques utilisant une méthodologie similaire. En effet, le taux de participation observé dans la présente étude reflète à peine 5 % et ce, après plusieurs efforts de recrutement en personne et par courriel auprès de 5 GMF-UMF du territoire couvert par le CIUSSS-CN. La faible taille de l'échantillon réduit ainsi également la validité interne et externe de l'étude. Il importe de situer cette étude dans son contexte politique afin de mieux saisir les enjeux auxquels les chercheurs ont dû faire face pendant l'élaboration et l'implantation du projet. Le système de santé s'est rapidement et soudainement transformé suite aux réformes établies par le ministre de la santé. Le CSSS de la Vieille Capitale est devenu, en l'espace de quelques mois, le CIUSSS de la Capitale-

Nationale. Cette transformation rapide a eu pour effet une surcharge supplémentaire à celle qui était déjà présente chez les professionnels de première ligne. Le projet a dû être repensé pour passer d'une élaboration, implantation et évaluation d'un programme-pilote à une évaluation modeste des besoins chez ces professionnels. Participer à un bref questionnaire était exigeant pour les médecins et résidents en termes de temps dans ce contexte, ce qui peut expliquer au moins en partie le faible taux de réponse. Par ailleurs, le fait d'avoir effectué des tests non paramétriques réduit la puissance statistique de l'étude. En effet, les tests de cette nature limitent à des comparaisons simples et ne permettent pas d'élaborer un modèle complexe comme ce serait le cas avec des tests paramétriques. De plus, les tests non paramétriques ne permettent pas de mesurer l'effet d'interaction entre certaines variables : Le faible nombre de participants dans chaque catégorie de variables n'a pas rendu possible d'observer les interactions entre certaines catégories de variables, le nombre de réponses dans chaque catégorie étant limité. Il aurait été intéressant d'établir un modèle prédictif de l'adoption du comportement de l'anamnèse de la santé sexuelle ou de la prise en charge, selon le modèle intégrateur de changement de comportement de Godin. Cet élément constitue une piste de réflexion future dont cette étude constitue le point de départ. Par ailleurs, le nombre élevé de tests statistiques effectués augmentait la probabilité d'obtenir de faux positifs. Reproduire cette étude dans des contextes similaires pourrait permettre de clarifier les résultats illustrés dans ce mémoire.

D'autre part, bien que cela constitue une force dans la présente étude dans la mesure où l'objectif consistait à explorer et décrire un vaste éventail de comportements, il pourrait s'avérer avantageux, dans des études ultérieures, de préciser davantage le comportement à l'étude. En effet, les unités de sens ayant émergé des groupes de discussion décrivent plusieurs indicateurs de la prise en charge de la santé sexuelle des patients par le médecin. Certains font référence spécifiquement à l'anamnèse de la santé sexuelle, d'autres au traitement, puis à la référence, ainsi qu'à divers indicateurs de prévention et de promotion de la santé sexuelle. Les énoncés des échelles du questionnaire ont été élaborés à partir de l'émergence de ces indicateurs. Toutefois, afin d'optimiser la validité de construit, il aurait pu être possible d'effectuer des choix méthodologiques qui priorisent exclusivement l'anamnèse ou un autre comportement.

Par ailleurs, dans cette étude, le rôle du médecin est présenté ici comme devant dépasser la dimension biologique en intégrant les aspects psychosociaux voire politiques de la sexualité,

par exemple en favorisant des relations saines, positives et consensuelles dans la population. Cela dit, malgré une volonté des participants à cette étude de prendre aussi en charge cette dimension de la santé sexuelle, le médecin de famille demeure avant tout un professionnel de première ligne, habilité pour dépister les maladies et effectuer son questionnaire dans une optique d'optimisation de la santé biologique des individus. La réflexion se tourne alors vers la pertinence que les médecins de famille collaborent avec d'autres professionnels de la santé, dont les sexologues. Un support interdisciplinaire pourrait donc être envisagé pour faciliter les références à d'autres professionnels une fois que les diagnostics posés ou que les questions soulevées dépasseraient le rôle premier du médecin de famille. Ainsi, les formations et le développement d'outils ayant pour objet l'évaluation et l'anamnèse pourraient être orientés vers des éléments pertinents à la prise en charge éventuelle de la santé sexuelle par des sexologues, à qui les patients pourraient être référés. Les médecins proposent eux-mêmes d'avoir accès à des ressources pour mieux référer, facilitant ainsi les processus de référence.

Finalement, le contexte de surcharge et de sollicitation importante à participer à différents projets de recherche actuellement dans le réseau de la santé, fait en sorte qu'il est excessivement difficile de recruter un nombre suffisant de médecins et résidents pour une telle étude, ce qui a justifié la réévaluation des objectifs en cours de processus d'élaboration, d'implantation et d'évaluation d'un programme-pilote de formation. Cela rendait également difficile les processus de validation d'un questionnaire du fait que le nombre de répondants n'était pas suffisant malgré plusieurs mois de démarches de recrutement. Une façon d'améliorer les taux de participation chez les médecins et résidents pourrait être d'inclure de façon plus importante l'adhésion des facultés de médecine des universités plutôt que de s'adresser directement aux milieux de pratique cliniques.

## 6.5 Pistes de recherches futures

Dans cette étude, la recension des travaux scientifiques antérieurs et l'analyse de contenu des groupes de discussion ont permis de définir la prise en charge selon certains comportements qui ont servi d'indicateurs de la prise en charge. Bien que l'apport principal de cette étude soit une vue d'ensemble des besoins, il serait intéressant d'approfondir l'étude de chacun des indicateurs de la prise en charge de la santé sexuelle, comme la nature des questions que les femmes médecins ont posé à leurs patients comparativement aux hommes, au cours des

derniers mois, ou mesurer à quel point les médecins approfondissent l'anamnèse de la santé sexuelle (Bellamy et al., 2013). En effet, comme la prise en charge se décline en plusieurs comportements incluant l'anamnèse, le traitement, le counseling, faire des tests ou référer le patient. Par exemple, Haley et al. (1999) observent que les femmes médecins questionnent davantage que les hommes à propos des méthodes de contraception, l'utilisation du condom (incluant les attitudes à l'égard de l'usage du condom) et le sexe, le nombre et le degré de risque d'ITSS pour les partenaires sexuels (Haley et al., 1999). Selon Temple-Smith, Mulvey et Keogh (1999), les femmes médecins seraient davantage portées à effectuer l'anamnèse sexuelle dans le cas où la patiente est une femme. Les hommes médecins rapportent un plus grand inconfort en général pour aborder la sexualité (Tsimtsiou et al., 2006), et certains médecins se sentent inconfortables pour aborder la sexualité avec le sexe opposé (Burd et al., 2006). Bien qu'évoquée dans les extraits des groupes de discussion, cette dimension pourrait faire l'objet d'une étude plus approfondie. De plus, l'étude détaillée des indicateurs et selon un devis longitudinal pourrait éventuellement permettre l'élaboration d'un modèle prédictif de la prise en charge optimale de la santé sexuelle. Il serait intéressant de voir la prépondérance de chaque facteur et de voir ce qui pourrait le mieux prédire l'intention, pour ainsi augmenter les chances que les objectifs d'un programme de développement professionnel visant la prise en charge systématique et efficace de la santé sexuelle soient rencontrés.

De plus, certains auteurs mettent de l'avant que le patient serait ouvert et même, s'attendrait à discuter de ses préoccupations de l'ordre de la santé sexuelle avec son médecin (Briedite et al., 2013; Gott et al., 2004; Kim et al., 2008; Meystre-Agustoni et al., 2011). D'autres patients, au contraire, ressentent de la honte ou de la gêne face au fait de se confier au médecin (Briedite et al., 2013). Certains entretiennent des idées préconçues qui les empêchent de discuter de sexualité (Jayasuriya et Dennick, 2011). Il pourrait ainsi être intéressant d'intégrer un comité de patients de tous âges et aux profils variés, afin d'évaluer leurs perceptions des déterminants de la prise en charge efficace de la santé sexuelle, et leurs besoins, tel qu'effectué par Kim et al. (2008). Aussi, certaines caractéristiques du patient comme son profil ethnoculturel, qui est identifié dans certains travaux antérieurs comme un obstacle important relativement à la prise en charge de la santé sexuelle (Schouten et Meeuwesen, 2006), n'a pas émergé parmi les réponses des médecins et résidents aux groupes de discussion ni dans les questions ouvertes portant sur les besoins de formation. Cela dit, il

serait intéressant d'étudier cette réalité dans un contexte de pratique de la médecine familiale au Québec.

## CONCLUSION

Cette étude visait à évaluer les besoins de formation ressentis des médecins de famille et résidents en médecine familiale quant à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients. Plus spécifiquement, ces besoins étaient ciblés en termes d'attitudes, normes, contrôle perçu et intention à l'égard de la prise en charge de la santé sexuelle de ses patients, identifiés comme déterminants psychosociaux par Godin (2013) dans son modèle intégrateur de changement de comportement. Afin de répondre aux objectifs et questions de recherche, cette étude comportait deux volets, qualitatif et quantitatif. Le volet qualitatif a permis de saisir l'expérience des médecins, leurs perceptions, leur vécu au quotidien relativement à la question de la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients, question qu'ils considèrent importante et faisant partie de leur rôle comme professionnel de première ligne. Ce volet a aussi permis d'élaborer un questionnaire qui capture les besoins, à savoir les croyances comportementales, normes et contrôle perçu face à l'anamnèse de la santé sexuelle des patients et, plus largement, au traitement et à la référence. Ce questionnaire a permis de répondre aux questions de recherche.

Ce mémoire contribue à l'avancement des connaissances scientifiques sur les besoins de formation des médecins et résidents en médecine relativement à la prise en charge de la santé sexuelle de leurs patients. Cette étude révèle d'abord plusieurs forces des médecins de famille et résidents en médecine familiale quant à leur savoir-être et leur savoir-faire comme professionnels de première ligne. La synthèse des données qualitatives et quantitatives, combinée avec la recension de la littérature, permet de constater que les médecins sont sensibles aux préoccupations de leurs patients relativement à leur santé sexuelle. Ils considèrent que la prise en charge de cette dimension de la santé fait partie de leur rôle social, et ils se sentent concernés pour prêter une oreille attentive à leurs patients et pour les accueillir en créant un climat de confiance avec eux. Ils possèdent déjà plusieurs connaissances et qualités d'écoute et d'analyse pour que le patient se sente à l'aise d'aborder cette question intime en toute transparence. Ces professionnels de la santé reconnaissent déjà les occasions à saisir pour aborder la santé sexuelle, par exemple lorsque le motif de consultation du patient s'y prête. Au-delà de cette ouverture de leur part à prendre la santé sexuelle des patients en charge, et bien que certains médecins le fassent déjà, cette étude

permet de constater que les soins de santé offerts aux patients en matière de santé sexuelle ne sont pas uniformes ni systématiques, et qu'un écart existe entre les pratiques observées et attendues. Les pratiques varient d'un médecin à l'autre et selon leur profil socioprofessionnel, ainsi que selon les différents obstacles et conditions facilitantes qu'ils rencontrent. La prise en charge de la santé sexuelle est surtout abordée sous l'angle de la maladie et du traitement, ce pour quoi les médecins sont davantage formés, plutôt que de manière proactive en prévention et promotion de la santé sexuelle. Rappelons que le traitement englobe la pharmacologie, mais pas seulement, puisque les médecins repèrent qu'une problématique de santé sexuelle ne relève presque jamais exclusivement de l'ordre du fonctionnement biologique ou organique. Une part du problème échappe donc, actuellement, aux soins de santé offerts, et les médecins réclament l'accès à d'autres solutions à offrir à leurs patients.

Par ailleurs, cette étude soulève aussi, en appui à la littérature existante, que la plupart des médecins de famille et résidents se sentent dépourvus d'outils et d'un bagage de formation suffisant qui leur permettrait de faciliter la prise en charge de la santé sexuelle incluant questionner, traiter et référer. La question d'une uniformisation des services de première ligne offerts aux patients en matière de santé sexuelle se pose donc. Il est important de souligner que les médecins qui rapportent avoir des antécédents de formation en santé sexuelle ont une perception de contrôle comportemental plus élevée que ceux qui n'ont pas d'antécédents de formation. Le développement d'outils et de formations initiales ou continues, partant de l'intuition que les médecins de famille ont déjà, pourrait permettre aux médecins de famille de s'approprier une manière de prendre en charge systématiquement et de manière proactive la dimension sexuelle de la santé des patients. Ainsi, tous seraient en mesure de prendre en compte autant l'aspect biologique que psychologique de la santé sexuelle, pour un diagnostic précis et un plan d'action adapté à l'unicité de chaque patient. Finalement, le contexte de surcharge auquel les médecins de famille du Québec font actuellement face et que cette étude soulève, met aussi en lumière que ces derniers ont besoin de soutien pour prendre en charge adéquatement cette dimension de la santé des individus. Une réflexion s'impose pour offrir à ces professionnels une collaboration interdisciplinaire d'une part et, d'autre part, des solutions à proposer à leurs patients selon leurs besoins spécifiques, que ce soit un livre, une ressource électronique, un traitement adapté, ou encore l'accès à un professionnel qualifié. Ultimement, le patient aura alors espoir que ses questions et préoccupations de santé sexuelle, quelles qu'elles soient et indépendamment de ses caractéristiques, valeurs et normes, seront entendues.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abdolrasulnia, M., Shewchuk, R.M., Roepke, N., Granstaff, U.S., Dean, J., Foster, J.A., Goldstein, A.T. et Casebeer, L. (2010). Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. *Journal of Sexual Medicine*, 7(7), 2499-2508. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01857.x
- Ahrold, T.K. et Meston, C.M. (2009). Effects of SNS Activation on SSRI-Induced Sexual Side Effects Differ by SSRI. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(4), 311-319. doi: 10.1080/00926230902851322
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. Dans *Action control* (p. 11-39) : Springer.
- Athanasiadis, L., Papaharitou, S., Salpiggidis, G., Tsimtsiou, Z., Nakopoulou, E., Kirana, P.S., Moisis, K. et Hatzichristou, D. (2006). Educating physicians to treat erectile dysfunction patients: development and evaluation of a course on communication and management strategies. *Journal of Sexual Medicine*, 3(1), 47-55. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.00195.x
- Agence de la santé publique du Canada, Ottawa. (2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. (pp. 1-70). Récupéré sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/>
- Balami, J.S. (2011). Are geriatricians guilty of failure to take a sexual history? *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 2(1), 17-20. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2011.02.003>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bargiota, A., Dimitropoulos, K., Tzortzis, V. et Koukoulis, G.N. (2011). Sexual dysfunction in diabetic women. *Hormones (Athens)*, 10(3), 196-206.
- Basson, R., Rees, P., Wang, R., Montejo, A.L. et Incrocci, L. (2010). Sexual function in chronic illness. *Journal of Sexual Medicine*, 7(1 Pt 2), 374-388. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01621.x

- Baudouin, J.-L. et Parizeau, M.-H. (1987). *Réflexions juridiques et éthiques sur le consentement au traitement médical*.
- Bellamy, G., Gott, M. et Hinchliff, S. (2013). Women's understandings of sexual problems: findings from an in-depth interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24), 3240-3248. doi: 10.1111/jocn.12081
- Bonvicini, K.A. et Perlin, M.J. (2003). The same but different: clinician–patient communication with gay and lesbian patients. *Patient Education and Counseling*, 51(2), 115-122.
- Briedite, I., Ancane, G., Ancans, A. et Erts, R. (2013). Insufficient assessment of sexual dysfunction: a problem in gynecological practice. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 49(7), 315-320.
- Burd, I.D., Nevadunsky, N. et Bachmann, G. (2006). Impact of physician gender on sexual history taking in a multispecialty practice. *Journal of Sexual Medicine*, 3(2), 194-200. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.00168.x
- Collège des médecins du Québec (2015). *Non à l'examen annuel, oui à la prévention clinique*. Récupéré de <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/non-examen-annuel-oui-prevention-clinique.aspx>
- Coverdale, J.H., Balon, R. et Roberts, L.W. (2011). Teaching sexual history-taking: a systematic review of educational programs. *Academic Medicine*, 86(12), 1590-1595. doi: 10.1097/ACM.0b013e318234ea41
- Eldredge, L.K.B., Markham, C.M., Ruitter, R.A., Kok, G. et Parcel, G.S. (2016). *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. John Wiley & Sons.
- Fishbein, M. et Ajzen, I. (1977). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, Mass: Addison-Wesley Pub. Co.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé: les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 9(1), 67-94.
- Godin, G. (2013). *Les comportements dans le domaine de la santé*. Les presses de l'Université de Montréal.
- Godin, G. (2015). *Les comportements dans le domaine de la santé: comprendre pour mieux intervenir*. Les Presses de l'Université de Montréal.

- Gott, M., Hinchliff, S. et Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science & Medicine*, 58(11), 2093-2103. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.08.025
- Gouvernement du Québec, 2017. *Groupe de médecine de famille (GMF) et Unité de Médecine Familiale*. Récupéré de: <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/>
- Haley, N., Maheux, B., Rivard, M. et Gervais, A. (1999). Sexual health risk assessment and counseling in primary care: how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists? *American Journal of Public Health*, 89(6), 899-902. doi: 10.2105/ajph.89.6.899
- Holman, K.M., Carr, J.A., Baddley, J.W. et Hook, E.W., 3rd. (2013). Sexual history taking and sexually transmitted infection screening in patients initiating erectile dysfunction medication therapy. *Sexually Transmitted Diseases*, 40(11), 836-838. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000031
- Holzapfel, S. (1998). The physician's role in dealing with men's sexual health concerns. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 7(3), 273.
- Howell, D., Bestgen, Y., Yzerbyt, V., & Rogier, M. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines*.
- Humphery, S. et Nazareth, I. (2001). GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Family Practice*, 18(5), 516-518.
- Jaafarpour, M., Khani, A., Khajavikhan, J. et Suhrabi, Z. (2013). Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *Journal of Clinical Diagnostic Research*, 7(12), 2877-2880. doi: 10.7860/JCDR/2013/6813.3822
- Jayasuriya, A.N. et Dennick, R. (2011). Sexual history-taking: using educational interventions to overcome barriers to learning. *Sex Education*, 11(1), 99-112. doi: 10.1080/14681811.2011.538155
- Kim, S.H., Lee, Y.M. et Park, J.T. (2008). Patients' perspectives on sexual history taking in Korea. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 370-375. doi: 10.1016/j.pec.2007.11.008
- Kitts, R.L. (2010). Barriers to optimal care between physicians and lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning adolescent patients. *Journal of Homosexuality*, 57(6), 730-747. doi: 10.1080/00918369.2010.485872

- Labesse, M.E. (2008). *Cadre de référence sur l'analyse des besoins de formation: Volet formation continue*. (800). Québec, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- Libert, Y. et Reynaert, C. (2009). Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin. [journal article]. *Psycho-Oncologie*, 3(3), 140-146. doi: 10.1007/s11839-009-0139-8
- Loehr, J., Verma, S. et Seguin, R. (1997). Issues of sexuality in older women. *Journal of Women's Health*, 6(4), 451-457.
- Macdowall, W., Parker, R., Nanchahal, K., Ford, C., Lowbury, R., Robinson, A., Sherrard, J., Martins, H., Fasey, N. et Wellings, K. (2010). 'Talking of Sex': developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 332-337. doi: 10.1016/j.pec.2010.10.027
- Merrill, J.M., Laux, L.F. et Thornby, J.I. (1990). Why doctors have difficulty with sex histories. *Southern Medical Journal*, 83(6), 613-617. Récupéré de <http://europepmc.org/abstract/MED/2356491>
- Meystre-Agustoni, G., Jeannin, A., de Heller, K., Pecoud, A., Bodenmann, P. et Dubois-Arber, F. (2011). Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Medical Weekly*, 141, w13178. doi: 10.4414/smw.2011.13178
- Mollaoglu, M., Tuncay, F.O. et Fertelli, T.K. (2013). Investigating the sexual function and its associated factors in women with chronic illnesses. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24), 3484-3491. doi: 10.1111/jocn.12170
- Mondiale de la Santé, O. (2012). *Santé sexuelle et reproductive compétences de base en soins primaires*.
- Morand, A., McLeod, S. et Lim, R. (2009). Barriers to Sexual History Taking in Adolescent Girls With Abdominal Pain in the Pediatric Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*, 25(10), 629-632. doi: 10.1097/PEC.0b013e3181bd9416
- Mravcak, S.A. (2006). Primary care for lesbians and bisexual women. *American Family Physician*, 74(2).
- Nusbaum, M.R.H. et Hamilton, C.D. (2002). The proactive sexual health history. *American Family Physician*, 66(9), 1705-1712. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=12449269&lang=fr&site=ehost-live>

- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'cathain, A., Griffiths, F., ... & Rousseau, M. C. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. *Montréal: McGill University*, 2, 1-8.
- Rele, K. et Wylie, K. (2007). Management of psychosexual and relationship problems in general mental health services by psychiatry trainees. *International Journal of Clinical Practice*, 61(10), 1701-1704. doi: 10.1111/j.1742-1241.2007.01455.x
- Schouten, B.C. et Meeuwesen, L. (2005). Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Education Counseling*, 64(1-3), 21-34. doi: 10.1016/j.pec.2005.11.014
- Serretti, A. et Chiesa, A. (2011). A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. *International Clinical Psychopharmacology*, 26(3), 130-140.
- Shabsigh, R. (2006). Diagnosing Premature Ejaculation: A Review. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 318-323. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00307.x
- Skelton, J.R. et Matthews, P.M. (2001). Teaching sexual history taking to health care professionals in primary care. *Medical Education*, 35(6), 603-608.
- Stein, R., Sardinha, A. et Araújo, C.G.S. (2016). Sexual Activity and Heart Patients: A Contemporary Perspective. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(4), 410-420. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2015.10.010>
- Stott, D.B. (2013). The training needs of general practitioners in the exploration of sexual health matters and providing sexual healthcare to lesbian, gay and bisexual patients. *Medical Teacher*, 35(9), 752-759. doi: 10.3109/0142159X.2013.801943
- Studd, J. et Schwenkhagen, A. (2009). The historical response to female sexuality. *Maturitas*, 63(2), 107-111. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.02.015
- Temple-Smith, M.J., Mulvey, G. et Keogh, L. (1999). Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. *Sexually Transmitted Infections*, 75(1), 41-44. doi: 10.1136/sti.75.1.41
- Thivierge, C.K., Alexandra; Laberge, Claude; Letellier, Monique; Venne, Sylvie. (2015). Direction de la santé publique du CIUSS du Centre-Est-De-L'île-De-Montréal et Collège des médecins du Québec. Fiche de prévention clinique.
- Triandis, H.C. (1977). *Interpersonal behavior*. Monterey, CA. Brooks/Cole Pub. Co.

- Tsimtsiou, Z., Hatzimouratidis, K., Nakopoulou, E., Kyrana, E., Salpigidis, G. et Hatzichristou, D. (2006). Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. *Journal of Sexual Medicine*, 3(4), 583-588. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00271.x
- Vlachopoulos, C.V., Terentes-Printzios, D.G., Ioakeimidis, N.K., Aznaouridis, K.A. et Stefanadis, C.I. (2013). Prediction of cardiovascular events and all-cause mortality with erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 6(1), 99-109. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.112.966903
- Wimberly, Y.H., Hogben, M., Moore-Ruffin, J., Moore, S.E. et Fry-Johnson, Y. (2006). Sexual history-taking among primary care physicians. *Journal of the National Medical Association*, 98(12), 1924.
- Zarrouf, F.A., Artz, S., Griffith, J., Sirbu, C. et Kommor, M. (2009). Testosterone and depression: systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Practice*®, 15(4), 289-305.

## APPENDICE A

### GUIDE DE DISCUSSION - PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE EN UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE

<b>Objectif</b>	<b>Questions groupes de discussion</b>
<b>Documenter la perception du médecin des besoins de ses patients</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quels sont, selon vous, les besoins de vos patients en matière de santé sexuelle ?</li><li>• Comment ces besoins se manifestent-ils lors d'une entrevue ?</li></ul>
<b>Documenter la perception du médecin de son rôle en matière de santé sexuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Selon vous, quel est votre rôle en matière de santé sexuelle auprès de vos patients ?</li></ul>
<b>Identifier les obstacles personnels et dans le milieu organisationnel à une évaluation et une prise en charge optimales de la santé sexuelle.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dans le cadre de votre pratique professionnelle, qu'est-ce que vous trouvez difficile personnellement en matière de santé sexuelle ?</li><li>• Qu'est-ce qui est difficile ou défavorable dans le contexte de l'UMF relativement à la prise en charge de la santé sexuelle ?</li></ul>
<b>Identifier les conditions facilitantes au niveau personnel et dans le milieu organisationnel pour une évaluation et une prise en charge optimales de la santé sexuelle de la population</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Qu'est-ce qui vous aiderait personnellement pour mieux évaluer et prendre en charge la santé sexuelle ?</li><li>• Qu'est-ce qui serait facilitant dans votre environnement pour mieux évaluer, prendre en charge et référer en santé sexuelle ?</li></ul>
<b>Identifier les besoins de perfectionnement prioritaires des médecins de famille en matière d'évaluation, de traitement et de référence en santé sexuelle.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quels sont vos besoins de perfectionnement quant à l'évaluation, au traitement, et à la référence en matière de santé sexuelle ?</li></ul>

**APPENDICE B**

**FORMULAIRES DE CONSENTEMENT**

SEPTEMBRE 2013

**Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé**

Faculté des sciences de l'éducation

Université du Québec à Montréal

C.P. 8888, succ. Centre-Ville

Montréal (Québec)

H3C 3P8

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

**ANALYSE DE BESOINS** en matière de prévention et promotion de la santé sexuelle auprès du personnel médical et infirmier de l'Unité de Médecine Familiale Laval

**Objectif de la recherche**

Je connais la nature de cette étude qui consiste à évaluer les besoins en matière de prévention et de promotion de la santé sexuelle des médecins d'une Unité de Médecine Familiale, par le biais de l'analyse des pratiques professionnelles des médecins, résidents en médecine et du personnel infirmier. Cette analyse qualitative des besoins vise à promouvoir la santé sexuelle des patients qui consultent en UMF, de cibler des besoins de perfectionnement des pratiques professionnelles, de manière à optimiser les services offerts dans une approche holistique de la santé.

**Procédures de la recherche**

Ma participation à cette recherche consiste à participer à un groupe de discussion d'une durée d'une heure qui a pour but de recueillir les perceptions et avis professionnels et enjeux que mon expérience de la profession de médecin/infirmière m'ont permis de développer à l'égard de la santé sexuelle. Ce groupe de discussion me permettra de faire un bilan de mon expérience vécue en lien avec mon expertise en prévention et promotion de la santé sexuelle, de même qu'à partager mes préoccupations face à ma pratique en médecine de la santé sexuelle. Ce groupe de discussion aura lieu dans les locaux de l'Unité de Médecine Familiale Laval du CSSS de la Vieille Capitale. Ce groupe de discussion sera enregistré et des mesures seront prises pour préserver mon anonymat. Aucune information nominale ne sera disponible et les fichiers numériques seront effacés dès que les propos du groupe auront été transcrits. La discussion débutera et sera enregistrée sans interruption. **Ma participation est libre et volontaire. Je peux donc me retirer de la recherche à tout moment si je le juge nécessaire.**

Comme ma participation à cette étude est bénévole et que je consacre une partie de mon temps pour les besoins de la recherche, une compensation sous forme de midi-conférence sera proposée afin de me remercier pour ma participation et me permettre de prendre connaissance des grands constats qui auront émergé de l'étude.

**Avantages et bénéfices**

Ma participation permettra à l'équipe de recherche de documenter la pratique professionnelle des médecins de famille et du personnel infirmier en UMF en matière d'intervention en santé sexuelle. De plus, ma participation contribuera à l'avancement des connaissances dans ce domaine et à l'amélioration des pratiques et des services offerts aux patients en matière de prévention et de promotion de la santé sexuelle.

**Inconvénients et risques**

Le seul inconvénient associé à cette étude est le temps requis pour ma participation. Si vous avez des commentaires ou des plaintes à faire concernant votre implication dans l'étude, vous pourrez en faire part à notre coordonnatrice ou à la chercheuse principale. Les noms et coordonnées de ces personnes sont mentionnés ci-dessous. Enfin, si vous voulez nous aviser d'un incident relatif à cette étude ou encore, si vous voulez nous informer de votre retrait, vous pouvez également nous rejoindre aux coordonnées suivantes :

Chercheuse principale Joanne Otis (514) 987-3000 #7874 otis.joanne@uqam.ca	Coordonnatrice du projet de recherche Marie-Joëlle Côté (418) 208-6978 cote.marie-joelle.2@courrier.uqam.ca
---	--

**Adhésion à la recherche et signatures**

- J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire.
- Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement.
- J'ai eu l'occasion de poser toute question au sujet de la recherche et d'obtenir les réponses jusqu'à satisfaction.
- Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette recherche en tout temps, sans que cela ne me porte préjudice.
- Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.
- Je suis au courant que je serai invité à participer à un groupe de discussion et que mes propos seront enregistrés.
- Je m'engage à garder la confidentialité des propos que j'aurai entendus lors de cette étude.
- Je, soussigné(e), accepte de participer à cette étude :

**Nom du participant et signature :**

---



---



---



---



---



---



---

## **Formulaire de consentement pour une personne majeure**

### **ANALYSE QUANTITATIVE DES BESOINS EN DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ SEXUELLE, À L'INTENTION DE MÉDECINS ET RÉSIDENTS EN MÉDECINE, CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE, SECTEUR VIEILLE CAPITALE**

#### **Information sur le projet**

Vous êtes invitée, invité, en tant que médecin patron/résident en médecine au sein du Centre Intégré Universitaire de Santé et Services Sociaux de la Capitale-Nationale, à prendre part à une évaluation quantitative des besoins en matière de prise en charge (évaluation, traitement et/ou référence) de la santé sexuelle des patient(e)s. Pour ce faire, ce projet propose de répondre à un questionnaire portant sur les antécédents de formation, les obstacles/facilitateurs de la prise en charge de la santé sexuelle du patient rencontrés en cours de pratique de la médecine, et les perceptions et attitudes à l'égard de divers comportements d'évaluation, de traitement et de référence en matière de santé sexuelle.

#### **Personne responsable du projet**

Chercheure, chercheur responsable du projet : Marie-Joëlle Côté

Programme d'études : Maîtrise en sexologie

Adresse courriel : cote.marie-joelle.2@courrier.uqam.ca

Téléphone : (418) 208-6978

#### **Direction de recherche**

Direction de recherche : Mme Joanne Otis, Ph. D

Département ou École : Département de sexologie

Faculté : Sciences humaines

Courriel : joanne.otis@uqam.ca

Téléphone : (514) 987-3000 poste 7874

#### **But général du projet**

Ce projet vise à mesurer les attitudes et pratiques, ainsi que le degré de confort des médecins et résidents en médecine à l'égard de la prise en charge de la santé sexuelle du patient. Il s'intéresse à définir les perceptions et priorités des médecins pour, ultimement,

orienter les travaux ultérieurs pour une éventuelle formation intra/extra curriculaire, et ainsi aider à optimiser les services offerts à la population en matière de santé sexuelle.

#### **Tâches qui vous seront demandées**

Vous êtes appelée, appelé à remplir un questionnaire (15 minutes), une seule fois, portant sur certaines caractéristiques personnelles comme vos expériences antérieures de formation en santé sexuelle, sur le sens que vous donnez à votre pratique en matière de santé sexuelle ainsi que sur votre degré de confort à effectuer certaines tâches liées à l'évaluation, au traitement et à la référence en santé sexuelle.

#### **Moyens de diffusion**

Au terme du projet, les résultats de cette recherche seront publiés dans un mémoire de maîtrise auquel il vous sera possible d'avoir accès sur demande. Un article scientifique sera soumis à une revue du milieu de la recherche et de la clinique pour fins de publication.

Si vous le souhaitez, un résumé des faits saillants et des résultats de la présente recherche vous seront communiqués lorsqu'ils seront disponibles sous un format papier.

#### **Avantages et risques**

Votre participation représente une occasion de réfléchir à vos valeurs, vos connaissances et votre pratique concernant l'évaluation, le traitement et la référence en santé sexuelle pour vos patients. Votre participation à ce questionnaire pourrait aider à établir des balises pour la formation de médecins et de futurs médecins de famille quant à la prévention et la promotion de la santé sexuelle.

Il n'y a pas de risque d'inconfort important associé à votre participation à ces rencontres, puisque les questions portent sur l'aspect professionnel de votre pratique de la médecine en matière de santé sexuelle. Advenant le cas que certaines questions suscitent en vous un inconfort personnel ou lié à votre pratique professionnelle, une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter de votre situation.

#### **Anonymat et confidentialité**

Les renseignements et données recueillis sont confidentiels. Seule la personne responsable du projet et sa direction de recherche auront accès aux formulaires de consentement, aux questionnaires et à la banque de données. Des mesures seront prises pour préserver l'anonymat des réponses lors de la saisie des données des questionnaires sur un logiciel informatique. Le matériel de recherche (questionnaire papier, web et/ou banque de données codés) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par la personne responsable du projet pour la durée totale du projet. Les questionnaires ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications des résultats de recherche.

#### **Participation volontaire**

Votre participation à ce projet est libre et volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer sans aucune contrainte ou pression extérieure et que, par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours du questionnaire. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche les

renseignements recueillis (incluant la publication d'articles, d'un mémoire, d'un essai ou d'une thèse, la présentation des résultats lors de conférences ou de communications scientifiques) à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement et ce, à moins d'un consentement explicite de votre part. Vous êtes libre de refuser de répondre à toute question qui suscite en vous un inconfort, de même que de retirer votre participation à tout moment et ce, sans avoir à vous justifier, et sans que les données ne soient enregistrées.

#### **Compensation financière**

Aucune contribution financière n'est prévue pour ce projet. Toutefois, ce projet constitue une occasion de réfléchir à votre pratique professionnelle en ce qui concerne la santé sexuelle de vos patients.

#### **Questions sur le projet et sur vos droits**

Vous pouvez contacter la personne responsable du projet pour toute question sur le projet. Vous pouvez également discuter avec la direction de recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que personne participant à la recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM, numéro de certificat FSH-2015-48. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPÉ, Anick Bergeron, au 514 987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : [beraeron.anick@uqam.ca](mailto:beraeron.anick@uqam.ca).

Le projet a également été soumis et approuvé par le Comité d'Éthique de la Recherche du CIUSSS de la Capitale-Nationale (secteurs CSSS Vieille Capitale, Québec-Nord, Portneuf, Direction de Santé Publique, Jeffrey Hale St-Bridgid's), numéro de certificat 2015-2016-07. Pour toute plainte ou commentaire concernant ce projet, s'adresser à la commissaire aux plaintes du CIUSSS de la Capitale-Nationale madame Dominique Charland, au 418-681-0088 ou 1-877-767-2227, ou par courriel à l'adresse suivante : [plaintes03@caap-capitalexationale.org](mailto:plaintes03@caap-capitalexationale.org).

#### **Remerciements**

Votre collaboration est importante pour la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

**Signatures*****Participante, participant***

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la personne responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner, et sans que les informations me concernant ne soit divulguées ou utilisées pour fins d'analyses et de recherche. Il me suffit d'en informer la personne responsable du projet.

J'accepte de participer à :

Un questionnaire portant sur mes perceptions, attitudes, degré de confort et antécédents de formation en matière de prise en charge (évaluation, traitement et/ou référence) de la santé sexuelle des patient(e)s.

Je souhaite être informée, informé des résultats de la recherche lorsqu'ils seront disponibles :

oui  non

---

---

---

---

---

Nom, en lettres moulées, et coordonnées

---

Signature de la participante, du participant

---

Date

**Personne responsable du projet**

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les risques du projet à la personne participante et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

---

Signature de la personne responsable

---

Date

**Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis à la personne participante.**

**APPENDICE C**

**QUESTIONNAIRE**

**ANALYSE DE BESOINS EN DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL EN SANTE  
SEXUELLE A L'INTENTION DE MEDECINS ET RESIDENTS EN UNITE DE  
MEDECINE FAMILIALE**

## Questionnaire

Bonjour,

Vous êtes invité, invitée à remplir ce questionnaire qui s'adresse aux médecins de famille et résident(e)s en médecine familiale du territoire couvert par le CIUSSS de la Capitale-Nationale. Celui-ci porte sur votre bagage théorique et pratique, ainsi que sur vos perceptions et attitudes quant à la prise en charge de la santé sexuelle des patients en tant que médecin de famille.

Ce questionnaire, **ANONYME** et **CONFIDENTIEL**, vous aidera à faire le point à propos de votre pratique en matière de santé sexuelle comme médecin auprès de vos patient(e)s. Vos réponses aideront à documenter les besoins éventuels en formation intra et extracurriculaire, pour ainsi cibler les objectifs et le contenu d'éventuels programmes de développement professionnel en santé sexuelle destinés aux médecins et résidents en médecine. Ultimement, cela pourrait permettre d'optimiser les services offerts à la population.

Nous vous invitons à répondre franchement et honnêtement à toutes les questions, en vous disant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Advenant le cas où certaines questions s'appliquent plus ou moins à votre situation, nous vous demandons de choisir la réponse qui correspond **LE PLUS** à votre expérience.

Une fois votre questionnaire complété, cliquez sur le bouton « Envoyer le questionnaire ».

**Nous vous remercions de votre précieuse collaboration!**

### Section 1. Questions générales

1. Vous êtes :

- Un homme                       Une femme

2. Vous êtes âgé(e) :

- Entre 20 et 29 ans             Entre 30 et 39 ans             Entre 40 et 49 ans  
 Entre 50 et 59 ans             Entre 60 et 69 ans             70 ans et plus

3. Vous êtes :

- Médecin patron             Résident(e) 1             Résident(e) 2     Résident(e) 3

4. Depuis combien d'années pratiquez-vous la médecine familiale?

\_\_\_\_\_ ans, \_\_\_\_\_ mois.

5. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2012), la santé sexuelle représente « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en rapport avec la sexualité, qui ne se borne pas seulement à l'absence de maladies, dysfonctionnements ou infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence.»

Avez-vous déjà reçu une formation en santé sexuelle?

- Oui.

Si oui, précisez l'association ou l'organisme (Exemple : formation pré-graduée; stage en clinique de santé sexuelle, formation offerte par des organismes ou associations, congrès, etc.)

\_\_\_\_\_

- Non, jamais. *Passez à la question 6*

5.1. Au total, combien d'heures de formation en santé sexuelle avez-vous reçues?

- Moins de 5 heures  
 Entre 5 et 10 heures inclusivement  
 Entre 11 et 20 heures inclusivement  
 Entre 21 et 40 heures inclusivement  
 Plus de 40 heures

5.2. Sur quoi portait le contenu de votre (vos) formation(s) en santé sexuelle? (Exemples : Infections Transmissibles Sexuellement et par le Sang (ITSS), techniques d'entrevue, abus/violences sexuelles, sexualité chez les adolescent(e)s, sexualité pendant/après la grossesse, orientation sexuelle, identité sexuelle, dysfonctions sexuelles, traitements pharmacologiques, etc.).

- Précisez : \_\_\_\_\_.

6. Au cours des trois derniers mois, quel pourcentage de vos patient(e)s a abordé spontanément un thème relatif à la santé sexuelle avec vous lors d'une consultation (poser des questions, exprimer une préoccupation ou une plainte, etc.)? \_\_\_\_\_%

6.1 Au cours des trois derniers mois, comment vous êtes-vous comporté(e) lorsqu'un(e) patient(e) a abordé spontanément la santé sexuelle avec vous lors d'une consultation? (Cochez tout ce qui s'applique).

- Vous avez écouté sans stress mais vous ne saviez pas quoi en faire.  
 Vous vous sentiez embarrassé(e), et vous ne saviez pas quoi en faire.  
 Vous avez utilisé l'humour pour diminuer la tension.  
 Vous avez écouté et effectué des recommandations.  
 Fait des tests.

- Référé à un(e) gynécologue.
- Référé à un(e) sexologue.
- Lorsque approprié, vous avez prescrit une médication qui pourrait l'aider.
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_
- Aucun(e) patient(e) n'a abordé spontanément la santé sexuelle avec vous depuis le début de votre pratique.

6.2. En général, parmi ces patient(e)s vu(e)s **au cours des trois derniers mois**, quel pourcentage avez-vous explicitement questionné à propos de leur santé sexuelle? \_\_\_\_\_ %

6.3. En général, parmi vos patient(e)s vu(e)s **au cours des trois derniers mois**, comment la majorité a-t-elle réagi lorsque vous avez posé des questions à propos de leur santé sexuelle?

- Très mal       Mal       Indifférente       Bien       Très bien
- Vous n'avez pas posé de questions à vos patient(e)s à propos de leur santé sexuelle.

6.4 En général, **au cours des trois derniers mois**, dans quelle mesure vous sentiez-vous **confortable de discuter avec vos patient(e)s** de leur santé sexuelle? (*Veillez encrer le chiffre sur l'échelle qui correspond le mieux à votre sentiment de confort*)

Pas du tout confortable	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement confortable
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------

## Section 2. Efficacité personnelle

*Pour la prochaine question, veuillez encrer votre réponse sur une échelle de 1 à 7, (1) signifiant Pas du tout facile et (7) Extrêmement facile.*

	Dans quelle mesure est-il facile ou non pour vous d'adopter les comportements suivants?	Pas du tout facile							Extrêmement facile
1.	Questionner la satisfaction sexuelle des patient(e)s.	1	2	3	4	5	6	7	
2.	Évaluer la présence de dysfonctions sexuelles.	1	2	3	4	5	6	7	
3.	Amorcer la discussion avec le (la) patient(e) sur ses inquiétudes d'ordre sexuel.	1	2	3	4	5	6	7	
4.	Accueillir les confidences du (mondiale de la Santé) patient(e) à propos de ses préoccupations d'ordre sexuel.	1	2	3	4	5	6	7	
5.	Créer un lien de confiance avec le (la) patient(e) pour discuter de sa santé sexuelle.	1	2	3	4	5	6	7	
6.	Questionner le (la) patient(e) sur les méthodes de contraception qu'ils/elles utilisent.	1	2	3	4	5	6	7	
7.	Faire preuve de non-jugement à l'égard des préoccupations de santé sexuelle que le (la) patient (e) exprime.	1	2	3	4	5	6	7	
8.	Poser des questions ouvertes portant sur les santés sexuelles telles que pratiques sexuelles, Utilisation du condom Vaccination VPH Pap test Utilisation de la contraception hormonale.	1	2	3	4	5	6	7	
9.	Évaluer la qualité de la vie sexuelle des patient(e)s.	1	2	3	4	5	6	7	
10.	Identifier la principale cause d'un problème de désir/d'excitation/d'orgasme chez le (la) patient (e).	1	2	3	4	5	6	7	
11.	Informers les patient(e)s des effets secondaires de la médication sur leur sexualité.	1	2	3	4	5	6	7	
12.	Poser des questions fermées sur les symptômes du patient,	1	2	3	4	5	6	7	

	telles que « Avez-vous déjà eu une ITSS comme la gonorrhée ou la chlamydia? ».	
13.	Effectuer des recommandations de prévention et promotion de la santé sexuelle.	1 2 3 4 5 6 7
14.	Questionner les patient(e)s sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).	1 2 3 4 5 6 7
15.	Offrir un plan d'action qui dépasse la prescription d'une médication.	1 2 3 4 5 6 7
16.	Explorer avec le (la) patient (e) ce que représente une sexualité typique/atypique en fonction de son âge.	1 2 3 4 5 6 7
17.	Proposer des tests de dépistage.	1 2 3 4 5 6 7
18.	Terminer une consultation par un résumé de l'état de la santé sexuelle et un plan d'action.	1 2 3 4 5 6 7
19.	Référer le patient à une ressource de santé sexuelle.	1 2 3 4 5 6 7

### Section 3. Vos attitudes

Pour la prochaine section, encerclez votre réponse en répondant selon l'échelle suivante :

(-3) «Vous êtes certain que non» (0) «Ni non, ni oui» et (+3) «Vous êtes certain que oui».

	<b>Au cours du prochain mois, si vous deviez questionner la santé sexuelle, ce geste aurait-il les effets suivants pour vous ou votre patient(e)?</b>	<b>Vous êtes certain que non</b>				<b>Vous êtes certain que oui</b>		
1.	Permettrait d'intervenir tôt et de façon préventive.	-3	-2	-1	0	1	2	3
2.	Permettrait de recueillir des informations honnêtes de la part du patient.	-3	-2	-1	0	1	2	3
3.	Vous bousculerait dans vos valeurs.	-3	-2	-1	0	1	2	3
4.	Vous ferait découvrir des problèmes chez le (la) patient(e).	-3	-2	-1	0	1	2	3
5.	Vous sentiriez que vous causez de l'embarras à votre patient(e).	-3	-2	-1	0	1	2	3
6.	Vous auriez peur de poser des questions inappropriées.	-3	-2	-1	0	1	2	3
7.	Vous donnerait l'impression d'accomplir pleinement votre rôle de médecin omnipraticien.	-3	-2	-1	0	1	2	3
8.	Offrirait au (à la) patient(e) une occasion de discuter de préoccupations qu'il (elle) n'aurait pas osé aborder.	-3	-2	-1	0	1	2	3
9.	Vous vous sentiriez intrusif (ive).	-3	-2	-1	0	1	2	3
10.	Serait inconfortable pour vous.	-3	-2	-1	0	1	2	3
11.	Vous vous sentiriez proactif (ive).	-3	-2	-1	0	1	2	3
12.	Vous ne sauriez pas à quelle ressource référer le patient si un problème qui vous dépasse survenait.	-3	-2	-1	0	1	2	3
13.	Montrerait au (à la) patient(e) que vous êtes ouvert(e) à la discussion s'il (elle) en ressentait le besoin.	-3	-2	-1	0	1	2	3
14.	Vous manqueriez de temps pour aborder d'autres questions plus prioritaires.	-3	-2	-1	0	1	2	3
15.	Vous vous sentiriez dépassé(e) par la problématique soulevée.	-3	-2	-1	0	1	2	3
16.	Permettrait d'établir une relation de confiance avec votre patient(e).	-3	-2	-1	0	1	2	3

#### Section 4. Les obstacles et facilitateurs

Pour les prochaines questions, répondez par le choix de réponses suivant :

(-3) «Un obstacle très important»; (0) «Ni un obstacle, ni un facilitateur»; (Holman et al.)«Un facilitateur très important».

	<b>Au cours du prochain mois, si vous deviez questionner la santé sexuelle de vos patient(e)s, dans quelle mesure chaque condition suivante serait-elle un obstacle ou un facilitateur?</b>	<b>Un obstacle très important</b>					<b>Une condition très facilitante</b>		
1.	Vous devez gérer plusieurs préoccupations au cours d'une même consultation.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
2.	Votre patient(e) a un motif de consultation d'ordre sexuel/relationnel.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
3.	La santé sexuelle ne fait pas partie de la revue des systèmes.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
4.	Votre patient(e) consulte pour des symptômes d'ordre urinaire.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
5.	Il est peu probable que le (la) patient(e) présente des problèmes sexuels.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
6.	Vous effectuez un dépistage du cancer du col de l'utérus à une patiente.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
7.	Vous disposez d'une quantité de temps limitée.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
8.	Votre patient(e) est âgé(e) dans la cinquantaine.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
9.	Vous êtes persuadé(e) que ce patient/cette patiente est en bonne santé sexuelle.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
10.	Votre patient est de sexe féminin.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
11.	Vous craignez de poser des questions inappropriées.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
12.	Votre patient(e) est âgé(e) dans la trentaine.est plus jeune ou est plus vieux que vous?	-3	-2	-1	0	1	2	3	
13.	Vous avez des ressources électroniques ou des livres à proposer comme référence à votre patient(e).	-3	-2	-1	0	1	2	3	
14.	Votre patient(e) a plus de 65 ans.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
15.	Vous craignez d'être intrusif.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
16.	Vous croyez que cela rendra votre patient(e) mal à l'aise.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
17.	Vous discutez de contraception avec votre patient(e).	-3	-2	-1	0	1	2	3	
18.	Votre patient(e) est un(e) adolescent(e).	-3	-2	-1	0	1	2	3	
19.	Vous doutez d'être en mesure d'offrir une solution à son problème de santé sexuelle.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
20.	Le patient est de sexe masculin.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
21.	Vous disposez d'une quantité de temps suffisante pour faire le tour de la question avec votre patient(e).	-3	-2	-1	0	1	2	3	
22.	Votre patient(e) est âgé(e) dans la quarantaine.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
23.	La santé sexuelle n'est pas le motif principal de consultation de votre patient(e).	-3	-2	-1	0	1	2	3	
24.	Vous croyez avoir des connaissances insuffisantes pour répondre aux besoins du (mondiale de la Santé) patient(e) quant à sa santé sexuelle.	-3	-2	-1	0	1	2	3	
25.	Vous ne vous sentez pas à la hauteur.	-3	-2	-1	0	1	2	3	

26.	Vous avez peur de blesser votre patient(e) par vos propos.	-3	-2	-1	0	1	2	3
27.	Vous craignez d'être inapproprié(e).	-3	-2	-1	0	1	2	3
28.	La préoccupation de votre patient(e) est de l'ordre de la satisfaction sexuelle.	-3	-2	-1	0	1	2	3
29.	La préoccupation de votre patient(e) est de l'ordre de l'orientation sexuelle.	-3	-2	-1	0	1	2	3
30.	La préoccupation de votre patient(e) concerne les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).	-3	-2	-1	0	1	2	3
31.	L'intervention auprès de votre patient(e) nécessite du counseling en matière de santé sexuelle.	-3	-2	-1	0	1	2	3
32.	Votre patient exprime un malaise à parler de sa santé sexuelle.	-3	-2	-1	0	1	2	3
33.	Un(e) professionnel(le) spécialisé(e) en santé sexuelle est accessible pour votre patient(e).	-3	-2	-1	0	1	2	3
34.	Votre patient(e) est atteint(e) d'une maladie ou prend une médication qui peut avoir des conséquences sur la fonction ou la satisfaction sexuelle.	-3	-2	-1	0	1	2	3
35.	Questionner la santé sexuelle suscite un inconfort pour vous.	-3	-2	-1	0	1	2	3
36.	Vous disposez des compétences nécessaires pour aider votre patient(e) en matière de santé sexuelle.	-3	-2	-1	0	1	2	3

### Section 5. Anamnèse de la santé sexuelle auprès de vos patient(e)s

*Cette section fait le bilan de votre opinion à l'égard d'une anamnèse de la santé sexuelle auprès de vos patient(e)s.*

*Il se peut que vous ayez l'impression que certaines questions soient similaires ou redondantes; cette impression est justifiée car c'est le cas. Nous vous demandons de répondre spontanément, au mieux de votre connaissance, à toutes les questions.*

*Veillez encercler la réponse sur l'échelle de 1 à 7 qui correspond le mieux à votre opinion.*

5.1 Au cours du prochain mois, avez-vous l'intention de questionner la santé sexuelle de vos patient(e)s ?

Certainement non	1	2	3	4	5	6	7	Certainement oui
------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

5.2 Au cours du prochain mois, si vous le voulez, croyez-vous réussir à questionner la santé sexuelle de vos patient(e)s ?

Vous êtes certain que non	1	2	3	4	5	6	7	Vous êtes certain que oui
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

5.3 Au cours du prochain mois, dans quelle mesure sera-t-il facile ou difficile pour vous de questionner la santé sexuelle de vos patient(e)s ?

Très difficile	1	2	3	4	5	6	7	Très facile
----------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------

5.4 Au cours du prochain mois, questionner la santé sexuelle de vos patient(e)s sera une question de devoir pour vous.

Fortement en désaccord	1	2	3	4	5	6	7	Fortement en accord
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

5.5 Au cours du prochain mois, si vous ne questionnez pas la santé sexuelle de vos patient(e)s, vous aurez des regrets.

Fortement en désaccord	1	2	3	4	5	6	7	Fortement en accord
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

5.6 Questionner la santé sexuelle des patient(e)s est approprié pour un médecin de famille.

Fortement en désaccord	1	2	3	4	5	6	7	Fortement en accord
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

5.7 Au cours du prochain mois, questionner la santé sexuelle de vos patient(e) sera une question de responsabilité pour vous.

Fortement en désaccord	1	2	3	4	5	6	7	Fortement en accord
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

5.8 Au cours du prochain mois, si vous ne questionnez pas la santé sexuelle de vos patients(e)s, vous serez préoccupé(e).

Fortement en désaccord	1	2	3	4	5	6	7	Fortement en accord
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

5.9 Au cours du prochain mois, vous avez la motivation pour questionner la santé sexuelle de vos patient(e)s.

Certainement non	1	2	3	4	5	6	7	Certainement oui
------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

5.10 Questionner la santé sexuelle des patient(e)s est le comportement attendu d'un médecin de famille.

Fortement en désaccord	1	2	3	4	5	6	7	Fortement en accord
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

5.11 À votre avis, parmi les médecins de famille que vous connaissez et qui pratiquent en Unité de Médecine Familiale, combien questionnent la santé sexuelle de leurs patient(e)s ?

Aucun	1	2	3	4	5	6	7	Tous
-------	---	---	---	---	---	---	---	------

5.12 Questionner la santé sexuelle des patient(e)s est ce qu'il faut faire lorsqu'on est un médecin de famille.

Fortement en désaccord	1	2	3	4	5	6	7	Fortement en accord
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

5.13 Au cours du prochain mois, questionner la santé sexuelle de vos patient(e)s sera une question d'obligation morale pour vous.

Fortement en désaccord	1	2	3	4	5	6	7	Fortement en accord
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

5.14 Au cours du prochain mois, vous êtes déterminé(e) à questionner la santé sexuelle auprès de vos patient(e)s?

Vous êtes certain que non	1	2	3	4	5	6	7	Vous êtes certain que oui
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

5.15 Au cours du prochain mois, si vous le souhaitez, vous serez capable de continuer à questionner la santé sexuelle de vos patient(e)s?

Vous êtes certain que non	1	2	3	4	5	6	7	Vous êtes certain que oui
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

5.16 Au cours du prochain mois, si vous ne questionnez pas la santé sexuelle de vos patient(e)s, vous vous sentirez mal.

Fortement en désaccord	1	2	3	4	5	6	7	Fortement en accord
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

5.17 Au cours du prochain mois, questionner la santé sexuelle de vos patient(e)s sera une question de principe pour vous.

Fortement en désaccord	1	2	3	4	5	6	7	Fortement en accord
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

Merci!

APPENDICE D

FICHE DE PRÉVENTION CLINIQUE

## Fiche de PRÉVENTION CLINIQUE

**Tabagisme**

Identifier, documenter l'évolution du statut tabagique et conseiller au besoin (CAN ADAPPT 2012)

**Hyperlipidémie**

Faire un bilan lipidique aux 3 à 5 ans chez tous les hommes de 40 à 75 ans et toutes les femmes de 50 à 75 ans (SCC 2013)

**Alimentation et activité physique**

Il peut être approprié, en fonction de l'état général ou de facteurs de risques cardiovasculaires, de recommander les mesures à adopter (USPSTF 2014)

**Diabète**

Dépister tous les 3 ans chez les plus de 40 ans, de même que chez les moins de 40 ans porteurs de facteurs de risque (ACD 2013, GECSEP 2012)

**Hypertension artérielle**

Mesurer la tension artérielle de chaque patient à chaque visite médicale appropriée (GECSEP 2012, FECH)

**Abus d'alcool**

Identifier l'abus d'alcool chez les adultes (USPSTF 2013, OIQ 2012)

**Obésité**

Mesurer l'indice de masse corporelle chez tous les adultes, puis offrir ou référer à des interventions comportementales structurées si l'obésité est documentée (GECSEP 2015)

**Cancers**

Dépister aux 2 ans après une décision éclairée du patient : pour les hommes - colorectal (50-74 ans) et prostate (55-70 ans); pour les femmes - sein (50-69 ans), colorectal (50-74 ans), col utérin (21 à 69 ans) (ABG 2010, INSPQ 2011, AQP 2012, OIQ 2013, USPSTF 2012, GECSEP 2013, 2014)

**Ostéoporose**

Rechercher des facteurs de risques pour les 50 ans et plus. Si identifiés, effectuer une mesure de la densité minérale osseuse ainsi que pour les 65 ans et plus (SCC, USPSTF 2010, MSSS 2012)

Documenter une histoire de chute à partir de 65 ans (INSPQ 2011)

**Infections transmissibles sexuellement et par le sang**

Évaluer les facteurs de risque chez tout adulte actif sexuellement, offrir un counseling préventif et dépister les ITSS selon les facteurs de risque détaillés (MSSS 2014, USPSTF 2014)

**Immunisation**

Compléter la vaccination de l'adulte selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) en considérant l'âge, les facteurs de risque (dont la grossesse et les maladies chroniques) et le nombre de doses déjà reçues pour « diphtérie - coqueluche - tétanos », « rougeole - rubéole - oreillons ». Les adultes réceptifs de certains groupes pourraient nécessiter une vaccination contre la poliomyélite et la varicelle. Offrir annuellement la vaccination contre l'influenza surtout s'il y a des facteurs de risque chez l'adulte ou des contacts familiaux à risque. Vacciner une fois les adultes de plus de 65 ans, de même que les plus de 18 ans en état d'immunosuppression contre les pneumocoques. Offrir le vaccin contre le Zona aux 60 ans et plus et le considérer pour certains groupes à risque dès l'âge de 50 ans. Envisager tout autre vaccin, selon les risques, dont ceux pour protéger les voyageurs.



APPENDICE E

VOLET QUANTITATIF:  
INVITATION A COMPLETER LE QUESTIONNAIRE

EN QUOI CONSISTE VOTRE  
PARTICIPATION ?

Vous êtes invité, invitée à remplir un questionnaire en ligne d'une durée maximale de 20 minutes, une seule fois.

Votre participation est libre et volontaire.

**Pour participer, veuillez copier le lien**

**suivant dans votre navigateur web:**

**[https://](https://fr.surveymonkey.com/r/santesexuelleMedFamCIUSS)**

**[fr.surveymonkey.com/r/santesexuelleMedFamCIUSS](https://fr.surveymonkey.com/r/santesexuelleMedFamCIUSS)**  
**SCN**

**Prise en charge de la  
santé sexuelle des  
patient(e)s: Vos  
perceptions, attitudes et  
besoins en  
développement  
professionnel**

**À tous les médecins  
de  
famille et résidents en  
médecine familiale  
CIUSSS Capitale-  
Nationale**

Votre collaboration est d'autant plus précieuse qu'elle pourrait avoir une influence directe sur les services offerts à la population dans le futur. Merci!

Marie-Josée Côté  
Candidate à la maîtrise en sexologie  
Université du Québec à Montréal  
sous la supervision de Joanne O'Leary, Ph.D.

Projet approuvé par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de l'UGAM (#SH-2015-048), et par le Comité d'Éthique de la Recherche du CIUSSS-CN. (2015-2016-07).