

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉVALUATION DE L'UNITÉ DE SEXUALITÉ HUMAINE, PROGRAMME
D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DISPENSÉ AUX FUTUR(E)S MÉDECINS DE
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
SARAH RAYMOND

OCTOBRE 2008

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.01-2006). 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.»

REMERCIEMENTS

Je ne saurais passer sous silence l'importance de certaines personnes qui ont particulièrement partagé mon quotidien au cours des deux dernières années.

Je voudrais remercier la Docteure Le-Mai Tu, urologue à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, ainsi que Madame Lise Amyot, du Département de sexologie de l'UQÀM, de m'avoir proposé l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine comme sujet de mémoire. Depuis le tout début de l'aventure, ce projet m'a grandement stimulée. Docteure Tu, j'ai perçu dans nos échanges que vous attribuez une grande importance au travail accompli lors de cette évaluation, et je suis heureuse de voir que vous appréciez la qualité et l'aboutissement de ce travail.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance à mon directeur de mémoire, Monsieur Martin Blais, professeur-chercheur au Département de sexologie. Martin, merci pour ta disponibilité et ton implication exceptionnelles. Avoir partagé ce projet avec toi m'a permis d'apprendre énormément. Merci d'avoir constamment poussé plus loin mes limites et d'avoir répondu à mes millions de questions. Tout le bagage que j'ai acquis ainsi que l'esprit critique que j'ai développé à tes côtés font maintenant partie intégrante de la sexologue que je suis. J'ai eu la chance de bénéficier d'une direction incroyable, et je t'en serai toujours reconnaissante. Ta passion est contagieuse, le savais-tu?

À mes parents, dont je ressens le support et les encouragements même à sept heures de route de Montréal. Il n'existe pas de qualificatif assez fort pour vous remercier de toute l'aide apportée. À ma petite sœur Vanessa qui, alors que je quitte

les bancs universitaires, plonge à son tour dans l'aventure dans une tout autre discipline. Merci à vous trois de toujours croire en moi.

Je souhaite adresser un merci particulier à mon amoureux, Mathieu Bouchard-Fortier, qui a su partager le quotidien de la sexologue passionnée et impliquée que je suis. Merci pour ta compréhension, tes encouragements, ton écoute et ta présence inconditionnelle. Tu es un public attentionné, critique et fidèle. Pour tous les aléas rencontrés au cours des deux dernières années, tu as su plus d'une fois me ramener sur terre et m'aider à tout remettre en perspective.

Enfin, merci à tous ceux et celles qui ont croisé mon parcours, et qui savent pertinemment que les échanges que nous avons eus m'ont soutenue, stimulée et éclairée. Vous saurez vous reconnaître et être conscients de la valeur que vous représentez pour moi.

J'aimerais terminer ces remerciements en adressant un clin d'œil à ma grand-mère qui, avec les écarts de générations, a toujours cru qu'étant en sexologie, j'étudiais la médecine. Non, grand-maman, je ne suis pas médecin. Mais j'ose croire que je réussirai à démontrer que l'éducation à la sexualité des professionnels de la santé doit faire partie de leur cheminement académique. J'espère ainsi avoir apporté ma contribution, si petite soit-elle, à l'amélioration de leur formation à l'égard de la sexualité.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
RÉSUMÉ	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
LA PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 L'importance de la relation entre professionnels de la santé et patients.....	3
1.2 Les qualités personnelles et interpersonnelles influençant la relation entre les professionnels de la santé et les patients.....	5
1.3 La formation des professionnels de la santé à l'égard de la sexualité.....	6
1.4 Les limites des études évaluatives	7
1.4.1 Les évaluations de programmes et leurs limites	7
1.4.2 Les mesures et leurs limites conceptuelles.....	7
1.5 Les modèles théoriques utilisés.....	9
1.6 Le programme évalué	10
CHAPITRE II	
PROPRIÉTÉS PSYCHOMÉTRIQUES DU <i>QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES ATTITUDES DES PROFESSIONNELS(LES) DE LA SANTÉ À L'ÉGARD DE LA SEXUALITÉ (QEAPS)</i>	13
2.1 L'importance de la relation entre professionnels de la santé et patients.....	13
2.1.1 Les qualités personnelles et interpersonnelles influençant la relation entre professionnels de la santé et patients.....	14
2.1.2 Les mesures et leurs limites conceptuelles	15
2.2 Méthode	17
2.2.1 Élaboration du QEAPS	17

2.2.2	Version préliminaire du QEAPS.....	18
2.2.3	Procédure de validation de la version finale du QEAPS.....	18
2.3	Résultats.....	21
2.3.1	Description des participants.....	21
2.3.2	Analyses factorielles confirmatives (AFC).....	21
2.3.3	Fidélité et stabilité temporelle.....	26
2.4	Les facteurs associés.....	27
2.4.1	L'intention.....	27
2.4.2	L'utilité perçue.....	28
2.4.3	Le sentiment de confort.....	28
2.4.4	Le sentiment d'efficacité personnelle.....	30
2.5	Discussion.....	30
2.5.1	Limites et recommandations.....	32
CHAPITRE III		
ÉVALUATION DE L'UNITÉ DE SEXUALITÉ HUMAINE, PROGRAMME		
D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DISPENSÉ AUX FUTURS MÉDECINS		
DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE.....		
3.1	L'importance de la relation entre professionnels de la santé et patients.....	34
3.1.1	Les programmes d'éducation à la sexualité destinés aux professionnels de la santé.....	36
3.1.2	Les impacts des programmes d'éducation à la sexualité sur les facteurs influençant la relation entre les professionnels de la santé et les patients.....	37
3.1.3	Les limites des études évaluatives.....	38
3.2	Méthode.....	38
3.2.1	L'Unité de sexualité humaine.....	38
3.2.2	Participants et recrutement.....	40
3.2.3	Instruments de mesure.....	42
3.2.4	Considérations déontologiques.....	43
3.2.5	Analyses statistiques.....	44

3.3 Résultats.....	45
3.3.1 Description des participants au Temps 1	45
3.3.2 Analyses d'équations d'estimation généralisées.....	48
3.4 Discussion.....	56
3.4.1 Impacts à court terme	56
3.4.2 Impacts à moyen terme	56
3.4.3 Les recommandations	58
3.4.4 Limites de l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine.....	62
CHAPITRE IV	
LA DISCUSSION.....	64
4.1 Les impacts mesurés à court terme	65
4.2 Le maintien des changements mesurés	66
4.2.1 L'intention.....	66
4.2.2 Le sentiment de confort.....	66
4.2.3 L'utilité perçue.....	67
4.2.4 Le sentiment d'efficacité personnelle	68
4.3 Les recommandations	69
4.3.1 Les objectifs	69
4.3.2 La bonification des méthodes pédagogiques.....	70
4.3.3 Limites de l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine.....	72
CONCLUSION.....	75
APPENDICE A	
QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES ATTITUDES DES PROFESSIONNEL(LE)S DE LA SANTÉ À L'ÉGARD DE LA SEXUALITÉ.....	79
APPENDICE B	
VERSION COURTE DU QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES ATTITUDES DES PROFESSIONNEL(LE)S DE LA SANTÉ À L'ÉGARD DE LA SEXUALITÉ	87
BIBLIOGRAPHIE	95

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
2.1 Exemple de modèle factoriel de deuxième ordre pour la variable intention.....	22

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1	Planification de l'Unité de sexualité humaine..... 12
2.1	Tests d'ajustement des modèles 22
2.2	Indicateurs et coefficients de saturation de l'échelle de l'intention 23
2.3	Indicateurs et coefficients de saturation de l'échelle de l'utilité perçue..... 24
2.4	Indicateurs et coefficients de saturation de l'échelle du confort 25
2.5	Indicateurs et coefficients de saturation de l'échelle du sentiment d'efficacité personnelle 26
3.1	Agenda de l'unité de sexualité humaine 40
3.2	Précisions quant à l'échantillon et la collecte de données..... 41
3.3	Structure du QEAPS..... 43
3.4	Description de l'échantillon 46
3.5	Moyennes et écarts-types obtenus au QEAPS dans les groupes expérimental et témoin à chaque temps 47
3.6	Résultats des équations d'estimation généralisées des sous-échelles de l'intention 49
3.7	Résultats des équations d'estimation généralisées des sous-échelles de l'utilité perçue 51
3.8	Résultats des équations d'estimation généralisées des sous-échelles du sentiment de confort 53
3.9	Résultats des équations d'estimation généralisées des sous-échelles du sentiment d'efficacité personnelle 55
3.10	Sommaire des recommandations issues de l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine..... 61

RÉSUMÉ

La sexualité est une partie intégrante de la santé. Les professionnels de la santé sont alors bien souvent les premières personnes vers qui les gens se tournent afin de trouver des réponses à leurs questions sur cette dimension. Cependant, plusieurs études suggèrent que ces professionnels possèderaient des attitudes négatives à l'égard de la sexualité, seraient inconfortables à aborder la sexualité et n'auraient pas les habiletés nécessaires pour le faire. Diverses facultés de médecine nord-américaines offrent des programmes d'éducation à la sexualité à leurs étudiants afin d'améliorer ces variables. Au Québec, la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke inclut un programme d'éducation à la sexualité, appelé Unité de sexualité humaine, dans le cheminement académique des futurs médecins.

En 30 ans, l'Unité de sexualité humaine n'a jamais fait l'objet d'une évaluation quant à ses effets. L'objectif du mémoire est d'évaluer ce programme, afin de mesurer les changements observés chez les étudiants. La présente étude évaluative est basée sur un devis quasi-expérimental, avec un groupe témoin non équivalent. Un questionnaire d'évaluation des attitudes des professionnels de la santé à l'égard de la sexualité, inspirée des modèles sociocognitifs (Ajzen, 1985; 1991; 2006, Bandura, 1986, Triandis, 1980) a été développé, puis validé. Cet instrument est utilisé pour l'évaluation qui se fait en trois temps de mesure, auprès d'un groupe expérimental (n=172) et d'un groupe témoin (n=136). La collecte de données a été réalisée par des modalités papier-crayon et web. Les variables mesurées sont l'intention, l'utilité perçue, le sentiment de confort ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle. L'imputation multiple de données a été privilégiée en raison du nombre important de données manquantes et des équations d'estimation généralisées ont été réalisées afin de mesurer les changements dans le temps.

Les résultats démontrent que l'ensemble des scores mesurés sur chacune des variables s'est amélioré immédiatement après la participation à l'Unité de sexualité humaine. Cependant, ces changements ne se sont maintenus que pour certaines variables de l'intention, du sentiment de confort ainsi que du sentiment d'efficacité personnelle. En conclusion, des hypothèses explicatives sont présentées afin de comprendre ces résultats. De plus, différentes recommandations visant à maximiser les impacts de l'Unité de sexualité humaine sont proposées.

Mots-clés : éducation à la sexualité, professionnels de la santé, évaluation de programme

INTRODUCTION

La Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, au Québec, accorde une place importante à l'éducation à la sexualité dans le cadre du cursus universitaire de ses étudiants. Lors de leur dernière année d'études pré-cliniques en médecine, ceux-ci doivent participer à un programme d'éducation à la sexualité obligatoire nommé Unité de sexualité humaine. À chaque Unité de sexualité humaine, et ce, depuis plus de trente ans, des sexologues animent des petits groupes de discussion d'une dizaine d'étudiants, après avoir assisté à divers témoignages d'individus vivant une réalité jugée taboue, telle la sexualité des personnes âgées, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, les personnes vivant avec le VIH, les agressions sexuelles, le travail du sexe ou encore la sexualité après une intervention chirurgicale ou avec un handicap. Les discussions en petits groupes amènent les étudiants à réfléchir et prendre conscience de leurs attitudes et leurs valeurs liées à la sexualité. Outre une évaluation réalisée par les étudiants à l'égard des aspects techniques de l'Unité de sexualité humaine, aucune évaluation des effets n'a jusqu'à maintenant été menée afin de saisir les impacts de ce programme quant aux objectifs de formation. Une demande du milieu proposant l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine a été l'élément déclencheur de l'étude.

Diverses études démontrent que les professionnels de la santé jouent un rôle important lorsqu'il s'agit d'aborder la santé sexuelle auprès des patients. Il est donc important que ces professionnels de la santé bénéficient d'une éducation à l'égard de la sexualité explicite et adaptée afin de développer une aisance et un confort à discuter de sexualité, ainsi que différentes habiletés leur permettant de questionner les patients sur cette dimension. Le présent mémoire, réalisé par article, a pour objectif d'évaluer l'Unité de sexualité humaine afin de mesurer ses impacts à court et moyen termes auprès des étudiants qui y participent. Cette évaluation se veut de nature formative et porte sur l'évaluation des résultats. Il s'agit

d'une évaluation de l'efficacité, puisqu'elle permettra d'établir dans quelle mesure les objectifs du projet ont été atteints (Scriven, 1991). L'évaluation s'inscrit donc dans une perspective de révision puisque l'Unité de sexualité humaine a été implantée il y a plusieurs années.

Afin d'atteindre cet objectif de recherche, une méthodologie quantitative a été privilégiée. Un questionnaire ciblant spécifiquement le contexte de la relation entre les professionnels de la santé et les patients a été développé, puis validé auprès d'étudiants en médecine québécois. Cet instrument de mesure a par la suite été utilisé afin d'évaluer les effets de l'Unité de sexualité humaine. Les données ont été recueillies sur trois temps de mesure auprès d'un groupe expérimental ayant participé à l'Unité de sexualité humaine lors de leur deuxième année d'études, et d'un groupe témoin d'étudiants en première année en médecine. Les analyses réalisées permettront donc de tirer des conclusions quant à l'impact de l'Unité de sexualité humaine auprès des étudiants en médecine, et d'émettre des recommandations afin de maximiser les changements mesurés.

Ce mémoire est organisé comme suit. Le premier chapitre expose la problématique de l'étude et le second chapitre présente la démarche et les résultats de l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine sous forme d'article scientifique. Le dernier chapitre propose une discussion plus large des résultats obtenus ainsi que des recommandations pour la révision du programme proposé par l'Unité de sexualité humaine. Une conclusion résume par la suite l'ensemble de la démarche réalisée.

CHAPITRE I

LA PROBLÉMATIQUE

La santé est un concept multidimensionnel faisant partie de la vie de chaque individu. Une des dimensions de la santé, la dimension sexuelle, se traduit à travers différents comportements, croyances, attitudes et pensées. Ceux-ci sont influencés par des facteurs d'ordre culturel ou social, économique, psychologique ou religieux (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2006). Lorsqu'une promotion de la santé efficace doit être mise en place, les individus doivent pouvoir bénéficier d'une approche respectueuse vis-à-vis la façon dont ils vivent leur sexualité (OMS, 2006). En ce sens, il est primordial que chaque individu jouisse d'une approche positive à l'égard de la sexualité, notamment de la part des professionnels de la santé.

1.1 L'importance de la relation entre professionnels de la santé et patients

Le rôle des professionnels de la santé dans le maintien et le rétablissement de la santé sexuelle apparaît primordial (Nusbaum et Hamilton, 2002; Skelton et Matthews, 2001). En effet, étant bien souvent les premiers professionnels rencontrés lorsque des difficultés d'ordre physique ou psychologique surgissent, ils occupent un rôle de première ligne dans la promotion de la santé sexuelle auprès des patients (McCall et McKay, 2004; Skelton et Matthews, 2001). Cette promotion de la santé sexuelle se traduit à travers les rôles de prévention, de sensibilisation et d'information qu'occupent les professionnels de la santé (Nusbaum, Gamble et Pathman, 2002). Par leur rôle, ils peuvent être amenés à informer (Faulder, Roley, Stone et Glasier., 2004; Pakpreo, 2005; Reynolds et Magnan, 2005; Waterhouse, 1993), à questionner (Nusbaum, Gamble et Pathman, 2002; Reynolds et

Magnan, 2005; Rosen, Kountz, Post-Zwicker, Leiblum, Wiegel, 2005; Skelton et Matthews, 2001; Tsimtsiou, Hatzimouratidis, Nokopoulou, Kyrana, Salpigidis et Hatzichristou., 2006; Waterhouse, 1993) et à répondre aux questionnements des patients à l'égard de la sexualité (Kuczynski, 1980; Nusbaum, Gamble et Pathman, 2002; Reynolds et Magnan, 2005; Waterhouse, 1993). Pour le professionnel de la santé, tout comme pour le patient, une consultation où la dimension sexuelle est explicitement abordée et questionnée se révèle différente d'une consultation habituelle, puisqu'elle soulève une gêne et un inconfort plus grand (Tomlinson, 1998).

Dans le contexte actuel où il est possible d'observer un changement social à l'égard de la sexualité et des comportements sexuels (Irwin, 1997), les différents questionnements adressés aux professionnels de la santé ne se limitent plus à la dimension biologique de la sexualité. Ils concernent désormais de nombreux aspects de la santé sexuelle tels que l'image corporelle (Faulder *et al.*, 2004; Kuczynski, 1980; Lewis et Bor, 1994), les problématiques liées au VIH ou les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (Kelley, St. Lawrence, Smith, Hood et Cook, 1987; McGrory, McDowell et Muskin, 1990; Tesch, Simpson et Kirby, 1990; Verhoeven, Bovjin, Helder, Peremans, Hermann, Royen, Denekens, Avonts., 2003; Yedidia, Berry et Barr, 1996), la violence familiale et sexuelle (Maheux, Haley, Rivard et Gervais., 1999) l'homosexualité (Kelley *et al.*, 1987; Klamen, Grossman et Kopacz, 1999; Leiblum, Rosen, Platt, Cross et Black, 1993; Mathews, Booth, Turner et Kessler, 1986; McKelvey, Webb, Baldassar, Robinson et Riley., 1998; Téllez, Ramos, Umland, Palley et Skipper., 1999), le transsexualisme (Sanchez, Rabatin, Sanchez, Hubbard et Kalet, 2006) ainsi que la contraception et l'avortement (Kuczynski, 1980; Leiblum *et al.*, 1993; Lewis et Bor, 1994; McKelvey *et al.*, 1998). Les patients doivent pouvoir bénéficier de la part de ces professionnels d'une approche respectueuse vis-à-vis la sexualité (OMS, 2006), quelles que soient leurs différences ou caractéristiques présumées.

1.2 Les qualités personnelles et interpersonnelles influençant la relation entre les professionnels de la santé et les patients

La relation entre les professionnels de la santé et leurs patients doit être empreinte de certaines qualités, telles que le respect (OMS, 2006; Solursh, Ernst, Lewis, Prisant, Mills, Solursh et Salazar, 2003) et la sensibilité (Baraitser, Elliott et Bigrigg, 1998; Dixon-Woods, Regan, Robertson, Young, Cordle et Tobin, 2002). Les professionnels de la santé doivent faire preuve de qualités telles l'empathie (Laidlaw, Kaufman, Sargeant, MacLeod, Blake et Simpson, 2007) et l'ouverture (Laidlaw *et al.*, 2007). Ils doivent aussi posséder des attitudes non discriminatoires (Dixon-Woods *et al.*, 2002) et de non-jugement (Ferrara, Pugnaire, Jonassen, O'Dell, Clay, Hatem et Carlin., 2003; Laidlaw *et al.*, 2007) vis-à-vis les différentes facettes de la sexualité humaine. Néanmoins, plusieurs professionnels de la santé rapportent un certain inconfort à parler de problèmes sexuels avec les patients ainsi qu'à les questionner sur leur sexualité (Faulder *et al.*, 2004; Kuczynski, 1980; Lewis et Bor, 1994; Verhoeven *et al.*, 2003). Plusieurs facteurs sont associés à cet inconfort : le sexe des professionnels de la santé (les hommes rapportant un plus grand sentiment de malaise; Tsimtsiou *et al.*, 2006), une faible expérience dans le traitement des problèmes sexuels (Tsimtsiou *et al.*, 2006), des connaissances insuffisantes quant à la gestion des questionnements sexuels (Grigg, 1997), des attitudes défavorables envers la sexualité (Kuczynski, 1980; Schnarch, 1981; Schnarch, 1982) ainsi que les thématiques particulières soulevées par les patients telles que la violence familiale et sexuelle (Maheux *et al.*, 1999), l'homosexualité (Kelley *et al.*, 1987; Klamen, Grossman et Kopacz, 1999; Leiblum *et al.*, 1993; Mathews *et al.*, 1986; McKelvey *et al.*, 1998; Téllez *et al.*, 1999) ou les problématiques liées au VIH et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (Kelly *et al.*, 1987; McGrory, McDowell et Muskin, 1990; Tesch, Simpson et Kirby, 1990; Yedidia, Berry et Barr, 1996).

En ce qui concerne les attitudes envers la sexualité, une attitude d'ouverture des professionnels de la santé favoriserait un lien positif avec les patients et encouragerait la discussion sur la sexualité (Duberstein, Meldrum, Fiscella, Shields et Epstein, 2007; Grigg, 1997). La qualité des interactions entre les professionnels de la santé et les patients serait également influencée par des habiletés de communication (Croft et Asmussen, 2005; Grigg,

1997; Ong, De Haes, Hoos et Lammes, 1995; Rider et Keefer, 2006), dont un déterminant important serait leur sentiment d'efficacité personnelle (Baraitser, Elliott et Bigrigg, 1998; Kuczynski, 1980, Skelton et Matthews, 2001), défini comme la croyance en leur capacité à changer leur comportement (Ajzen, 1991).

1.3 La formation des professionnels de la santé à l'égard de la sexualité

Les tendances exposant un inconfort à aborder la sexualité (Skelton et Matthews, 2001; Verhoeven *et al.*, 2003), un manque de connaissances quant à la gestion des questionnements sexuels (Grigg, 1997) et vis-à-vis les réalités des individus vivant une thématique jugée taboue (Sanchez *et al.*, 2006), en plus des attitudes conservatrices des professionnels de la santé à l'égard de la sexualité (Kuczynski, 1980; McGrory, McDowell et Muskin, 1990; Schnarch, 1981; Schnarch, 1982; Wallick, Cambre et Townsend, 1995) font écho à certaines lacunes relevées dans diverses études en regard de leur formation. En effet, les professionnels de la santé seraient peu préparés à gérer les situations à caractère sexuel et/ou n'auraient pas les habiletés pour y faire face (Garrard, Vaitkus, Held et Chilgren., 1976; Faulder *et al.*, 2004; FitzGerald, Crowley, Greenhouse, Probert et Horner, 2003; Rosen *et al.*, 2005; Schnarch, 1981; Verhoeven *et al.*, 2003). Les professionnels de la santé doivent alors non seulement bénéficier d'une éducation sur les aspects biologiques de la sexualité leur permettant d'établir des diagnostics le cas échéant, mais ils doivent également recevoir davantage d'éducation sur les aspects psychologiques et sociaux (Lewis et Bor, 1994) ainsi que sur leurs propres attitudes et valeurs à l'égard de la sexualité (Dunn et Alarie, 1997). Ces connaissances multidisciplinaires pourraient leur permettre de développer des attitudes positives face à la sexualité, en plus de se percevoir davantage outillés afin d'intervenir dans les situations à caractère sexuel (Lewis et Bor, 1994). Former les professionnels de la santé à la sexualité permettrait d'améliorer leurs attitudes envers celle-ci dans le contexte où, dans l'exercice de leur profession, ils ont à faire l'anamnèse de la vie sexuelle des patients et à offrir des services en conséquence (Fisher, Grenier, Watters, Lamont, Cohen et Askwith., 1988; Tsimtsiou *et al.*, 2006; Vollmer, Wells, Blacker et Ulrey, 1989). De plus, offrir aux professionnels de la santé une formation à l'égard de la sexualité leur permettrait d'augmenter leur confiance en leurs capacités à gérer des situations à caractère sexuel et à

interagir avec les patients à l'égard de ce sujet, les incitant à davantage discuter de cette dimension (Baraitser, Elliott et Bigrigg, 1998; Lindau, Goodrich, Leitsch et Cook, 2008; Skelton et Matthews, 2001)

1.4 Les limites des études évaluatives

1.4.1 Les évaluations de programmes et leurs limites

Peu d'études récentes sont disponibles sur les programmes d'éducation à la sexualité dispensés dans les facultés de sciences infirmières et de médecine. Au Québec, aucune évaluation des programmes d'éducation à la sexualité dispensés aux professionnels de la santé n'a pu être recensée dans les publications scientifiques. Quant aux évaluations recensées, la plupart ont été effectuées suivant un devis pré-expérimental (Dixon-Woods *et al.*, 2002; Lindau *et al.*, 2008; Skelton et Matthews, 2001; Wallick, Cambre et Townsend, 1995), parfois avec une unique mesure en post-test (Baraitser, Elliott et Bigrigg, 1998; Faulder *et al.*, 2004; Skelton et Matthews, 2001). De plus, très peu d'études ont vérifié la stabilité temporelle des changements observés en effectuant des relances plusieurs mois après la fin du programme. L'évaluation de cette stabilité est pourtant pertinente afin de voir dans quelle mesure les changements se maintiennent dans l'environnement de travail des professionnels de la santé. Les études évaluatives de certains programmes peuvent également posséder des biais de sélection importants, la participation y étant facultative. Ainsi, ce sont fréquemment les plus motivés qui participent aux programmes et, en général, ils ont déjà des attitudes favorables à l'égard de la sexualité (Faulder *et al.*, 2004; Fisher *et al.*, 1988).

1.4.2 Les mesures et leurs limites conceptuelles

Aux limites des devis d'évaluation s'ajoutent celles des instruments de mesure. Ces mesures ne tiennent généralement pas compte des conditions susceptibles d'influencer l'actualisation des variables mesurées dans les comportements. Comme le propose Ajzen (1991), auteur d'un des modèles sociocognitifs utilisés ici, ces variables ne s'actualisent pas de la même façon selon : 1) le contexte dans lequel elles s'expriment; 2) l'action à poser; 3) la cible de l'intervention et 4) le moment où le comportement doit être adopté. D'abord, en ce qui

concerne le contexte dans lequel elles s'expriment, force est de constater que les mesures recensées ne portent généralement pas sur le contexte spécifique de la relation entre les professionnels de la santé et les patients. Les mesures recensées se concentrent plutôt sur des caractéristiques individuelles des professionnels de la santé, en prenant pour acquis qu'elles s'expriment indépendamment des contextes et des actions à poser. Or, la relation entre les professionnels de la santé et les patients constitue un cas spécifique où il est souhaitable que les professionnels suspendent leurs jugements personnels en regard des caractéristiques de leurs patients (McGrory, McDowell et Muskin, 1990; Sanchez *et al.*, 2006; Wallick, Cambre et Townsend, 1995). Leurs attitudes personnelles ne seraient donc pas nécessairement de bons prédicteurs de leurs agissements professionnels. Ensuite, en ce qui a trait à l'action à poser, il faut noter qu'aucune des mesures recensées ne repose sur une typologie explicite des interventions attendues de la part des professionnels de la santé en matière de sexualité. Pourtant, au moins trois formes d'actions principales de la part des professionnels de la santé en la matière peuvent être identifiées: informer (Faulder *et al.*, 2004; Reynolds et Magnan, 2005; Waterhouse, 1993), questionner (Nusbaum, Gamble et Pathman, 2002; Reynolds et Magnan, 2005; Rosen *et al.*, 2005; Tsimtsiou *et al.*, 2006; Waterhouse, 1993) et répondre aux questionnements des patients (Kuczynski, 1980; Nusbaum, Gamble et Pathman, 2002; Reynolds et Magnan, 2005; Waterhouse, 1993).

En ce qui concerne les cibles sur lesquelles doivent porter ces actions, les mesures recensées permettent de relever : les orientations sexuelles minoritaires (Klamen, Grossman et Kopacz, 1999; Téllez *et al.*, 1999), les troubles de la genralité (Sanchez *et al.*, 2006), le vieillissement (Bouman, Arcelus et Banbow, 2006), la contraception et l'avortement (Leiblum *et al.*, 1993; Lewis et Bor, 1994; McKelvey *et al.*, 1998) ainsi que les problématiques liées aux VIH/sida et aux ITSS (Kelley *et al.*, 1987; McGrory, McDowell et Muskin, 1990; McKelvey *et al.*, 1998; Tesch, Simpson et Kirby, 1990; Yedidia, Berry et Barr, 1996). Certaines dimensions sont absentes de ces mesures, telles que la gestion des impacts de la médication, des chirurgies et des maladies sur la sexualité des patients ainsi que la satisfaction sexuelle. Quant au temps où poser ces actions, les études recensées n'en font aucunement mention.

Cependant, il est important de mentionner qu'au moment de développer et d'implanter l'Unité de sexualité humaine, la philosophie de l'éducation à la sexualité était différente à plusieurs égards. À cette époque, l'accent était mis sur la clarification de ses propres valeurs ainsi que sur le développement du confort. Les programmes conçus à ce moment font alors partie d'une génération de programmes d'éducation à la sexualité différente de celle d'aujourd'hui. Depuis, les générations de programmes ont évolué et combinent divers facteurs (Kirby, 1999). Maintenant, il est question d'ancrage théorique, d'acquisition de connaissances et de développement d'habiletés. L'accent est également mis sur le changement de comportement ainsi que sur ses déterminants. À cet égard, il y a donc un décalage entre l'évaluation actuelle et les objectifs de la formation tels que formulés initialement.

1.5 Les modèles théoriques utilisés

Pour l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine, différents modèles sociocognitifs (Ajzen, 1985; 1991; 2006, Bandura, 1986, Triandis, 1980) ont été utilisés. Puisqu'aucun modèle théorique n'était clairement intégré au programme, ces modèles ont été choisis pour leur faciliter d'opérationnalisation, les références fréquentes qui y sont faites dans les écrits sur le changement des comportements liés à la santé ainsi que leur pertinence en regard des objectifs de la formation. L'évaluation tient compte de quatre variables inspirées de ces théories, soit l'intention, l'utilité perçue, le sentiment de confort ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle. La variable intention désigne dans quelle mesure l'étudiant est motivé et préparé à adopter le comportement ciblé (Ajzen, 1985; 2006). Quant à la variable utilité perçue, elle est inspirée du concept des croyances liées au rôle social et renvoie à la croyance de ce qui est approprié ou de ce qui doit être fait ou non par un individu occupant une position similaire à celle de l'étudiant (Triandis, 1980). La variable confort désigne dans quelle mesure l'étudiant se sent à l'aise vis-à-vis le comportement, et est inspirée du concept d'affect faisant référence aux réponses émotives qu'il suscite et est influencé par les expériences passées (Triandis, 1980). Enfin, la variable sentiment d'efficacité personnelle représente la capacité perçue qu'a l'étudiant quant à ses habiletés à mettre en œuvre le comportement (Bandura, 1986).

Ces dimensions ont été retenues puisqu'elles ont démontré être de bons prédicteurs de l'intention à changer un comportement et de bons prédicteurs pour développer le comportement lui-même (Ajzen, 2006; Triandis, 1980). Il est vrai qu'aucune variable comportementales n'est utilisée pour l'évaluation, mais des travaux précédents ont démontré la capacité prédictive des variables utilisées dans le présent projet. En effet, ces variables ont été positivement associés dans divers domaines tels l'arrêt de fumer le tabac (Jomphe-Hill, Boudreau, Amyot, Déry et Godin, 1997), l'utilisation du condom lors des relations sexuelles (Godin, Fortin, Michaud, Bradet et Kok, 2001), l'intention de faire un don de sang (Godin, Sheeran, Cooner, Gagné, Blondeau et Germain, 2004) ou l'intention de passer une mammographie pour dépister le cancer du sein (Godin, Gagné, Maziade, Moreault et Beaulieu, 2001).

1.6 Le programme évalué

Au Québec, la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke inclut dans le cheminement académique des futurs médecins quatre jours d'éducation à la sexualité. L'Unité de sexualité humaine a été mise sur pied dans les années 70, à la suite de révisions du curriculum de la faculté de médecine de l'Université du Minnesota, aux États-Unis. Suite à cette révision, des lacunes avaient été constatées à l'égard de l'éducation à la sexualité dans le curriculum de ses étudiants en médecine, particulièrement vis-à-vis leurs attitudes et leurs connaissances à l'égard de la sexualité. L'Université du Minnesota a donc mis sur pied des séminaires qui avaient pour objectifs de permettre aux étudiants de comprendre davantage leur sexualité, tout en prenant conscience de leurs attitudes à l'égard de leur sexualité, mais également celle des autres. S'étant fortement inspirée de l'ensemble des séminaires qui ont été développées dans cette université américaine, la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke a créé l'Unité de sexualité humaine.

Cette Unité de sexualité humaine a pour objectifs généraux de (d'):

(1) Développer des attitudes favorables envers certaines réalités entourant la sexualité humaine et certaines thématiques jugées taboues;

- (2) Acquérir une aisance face à sa propre sexualité ainsi que face à la sexualité en général dans un contexte de relation médecin-patient;
- (3) Prendre conscience de la pertinence et de l'utilité d'aborder la question de la sexualité dans un contexte médecin-patient.

L'Unité de sexualité humaine prône une approche pédagogique expérientielle où différents témoignages sont présentés aux étudiants. Les témoignages sont offerts par divers organismes communautaires offrant des services reliés à ces thématiques jugées taboues. Après la présentation des témoignages, les étudiants sont invités à rejoindre leurs sous-groupes respectifs, qui comprennent une dizaine d'étudiants. Une discussion y est animée par un sexologue qui recueille leurs réactions aux témoignages, les accompagne dans leurs réflexions et les invite à se questionner sur les informations dispensées dans les témoignages. L'animation des discussions est libre selon chaque sexologue. Celles-ci peuvent alors porter tant sur le contenu des témoignages que sur le propre vécu sexuel des étudiants. Chaque jour consacré au programme se répartit sur deux ou trois blocs (avant-midi, après-midi et soirée).

Tableau 1.1
Planification de l'Unité de sexualité humaine

Jour 1	Avant-midi	1. Définition de la sexualité : la sexualité des enfants et des adolescents (1h30) 2. Retour en petits groupes (1h15)
	Après-midi	1. Réflexions sur la sexualité : la sexualité des adultes (1h30). 2. Retour en petits groupes (1h15)
Jour 2	Avant-midi	1. Les travailleurs et travailleuses du sexe (1h30) 2. Retour en petits groupes (1h15)
	Après-midi	1. Diversités sexuelles : les orientations sexuelles (1h30) 2. Retour en petits groupes (1h15)
	Soirée	1. L'identité sexuelle : la transsexualité (1h30).
Jour 3	Avant-midi	1. La sexualité des personnes handicapées physiquement ou après interventions chirurgicales (1h30) 2. Retour en petits groupes (1h15; sur la transsexualité et la sexualité des personnes handicapées)
	Après-midi	1. Expression de la violence dans la sexualité (1h30) 2. Retour en petits groupes (1h15)
Jour 4	Avant-midi	1. La sexualité des personnes séropositives/sidatiques (1h30) 2. Retour en petits groupes (1h15)
	Après-midi	1. La sexualité des aîné(e)s (1h30) 2. Retour en petits groupes (1h15)

CHAPITRE II

PROPRIÉTÉS PSYCHOMÉTRIQUES DU *QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES ATTITUDES DES PROFESSIONNELS(LES) DE LA SANTÉ À L'ÉGARD DE LA SEXUALITÉ (QEAPS)*

Sarah RAYMOND ¹, B.A. Candidate M.A. sexologie

Martin BLAIS ¹, Ph.D.

Le-Mai TU ², M.D., M.Sc.

¹ Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

² Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

2.1 L'importance de la relation entre professionnels de la santé et patients

Le rôle des professionnels de la santé dans le maintien et le rétablissement de la santé sexuelle apparaît primordial (Nusbaum et Hamilton, 2002). En effet, étant bien souvent les premiers professionnels rencontrés lorsque des difficultés d'ordre physique ou psychologique surgissent, ils occupent un rôle de première ligne dans la promotion de la santé sexuelle auprès des patients (McCall et McKay, 2004). Cette promotion de la santé sexuelle se traduit à travers le rôle de prévention, de sensibilisation et d'information qu'occupent les professionnels de la santé (Nusbaum, Gamble et Pathman, 2002). Les patients doivent être en mesure de pouvoir bénéficier de la part de ces professionnels d'une approche respectueuse vis-à-vis la sexualité (OMS, 2006). La qualité de leur rôle étant influencée par des habiletés

interpersonnelles, ces dernières auraient un impact sur les soins de santé dont bénéficient les patients (Rider et Keefer, 2006).

2.1.1 Les qualités personnelles et interpersonnelles influençant la relation entre professionnels de la santé et patients

La relation entre les professionnels de la santé et leurs patients doit être empreinte de sensibilité et de respect, où les habiletés de communication et l'ouverture démontrée de la part des professionnels ont une grande importance (Croft et Asmussen, 1993; Grigg, 1997; Rider et Keefer, 2006). Néanmoins, plusieurs professionnels de la santé rapportent un certain inconfort à parler de problèmes sexuels avec les patients ainsi qu'à les questionner sur leur sexualité (Faulder *et al.*, 2004; Kuczynski, 1980; Lewis et Bor, 1994). Plusieurs facteurs contribuent à expliquer cet inconfort : le sexe des professionnels de la santé (les hommes rapportant un plus grand sentiment de malaise; Tsimtsiou *et al.*, 2006), une faible expérience dans le traitement des problèmes sexuels (Tsimtsiou *et al.*, 2006), des connaissances insuffisantes (Grigg, 1997), des attitudes générales défavorables envers la sexualité (Schnarch, 1981; Schnarch, 1982; Kuczynski, 1980) ainsi que des thématiques particulières soulevées par les patients (Kelley *et al.*, 1987; Klamen, Grossman et Kopacz, 1999; Kuczynski, 1980; Mathews *et al.*, 1986; McKelvey *et al.*, 1998; Téllez *et al.*, 1999; Yedidia, Berry et Barr, 1996). En ce qui concerne les attitudes envers la sexualité, une attitude d'ouverture des professionnels de la santé favorise un lien positif avec les patients et encourage la discussion sur la sexualité (Duberstein *et al.*, 2007; Grigg, 1997). Les études ayant tenté de qualifier les attitudes générales des professionnels de la santé face à la sexualité – libérales ou conservatrices, érotophiles ou érotophobes – rapportent dans l'ensemble des résultats contradictoires. En effet, certaines rapportent des attitudes plus conservatrices à l'égard de la sexualité chez les professionnels de la santé (Kuczynski, 1980; Schnarch, 1981; Schnarch, 1982; Schnarch et Jones, 1981) et d'autres, une plus grande ouverture (Fisher *et al.*, 1988).

Quant aux thématiques soulevées par les patients, certaines sont particulièrement susceptibles de causer de l'inconfort chez les professionnels de la santé, notamment les problématiques

liées au VIH ou aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (Kelly *et al.*, 1987; McGrory, McDowell et Muskin, 1990; Tesch, Simpson et Kirby, 1990; Yedidia, Berry et Barr, 1996), l'homosexualité (Kelley *et al.*, 1987; Klamen, Grossman et Kopacz, 1999; Leiblum *et al.*, 1993; Mathews *et al.*, 1986; McKelvey *et al.*, 1998; Téllez *et al.*, 1999), le transsexualisme (Sanchez, 1999) ainsi que la contraception et l'avortement (Kuczynski, 1980; Leiblum *et al.*, 1993; Lewis et Bor, 1994; McKelvey *et al.*, 1998). Enfin, la qualité du rôle des professionnels de la santé serait également influencée par des habiletés de communication (Croft et Asmussen, 2005; Grigg, 1997; Rider et Keefer, 2006), dont un déterminant important serait leur sentiment d'efficacité personnelle (Kuczynski, 1980).

2.1.2 Les mesures et leurs limites conceptuelles

En regard des connaissances actuelles, les instruments ayant été utilisés dans les travaux présentés précédemment comportent certaines lacunes. Ces mesures ne tiennent généralement pas compte des conditions susceptibles d'influencer l'actualisation de ces variables dans des comportements. Dans la foulée de la réflexion d'Ajzen (1985; 1991), on peut avancer que ces variables ne s'actualisent pas de la même façon selon : 1) le contexte dans lequel elles s'expriment; 2) l'action à poser; 3) la cible de l'intervention et 4) le moment où le comportement doit être adopté. D'abord, en ce qui concerne le contexte dans lequel elles s'expriment, force est de constater que les mesures recensées ne portent généralement pas sur le contexte spécifique de la relation entre professionnels de la santé et patients. Ces mesures se concentrent plutôt sur des caractéristiques individuelles des professionnels de la santé, en prenant pour acquis qu'elles s'expriment indépendamment des contextes et des actions à poser. Or, la relation entre professionnels de la santé et patients constitue un cas spécifique où il est souhaitable que les professionnels suspendent leurs jugements personnels en regard des caractéristiques de leurs patients (McGrory, McDowell et Muskin, 1990; Sanchez *et al.*, 2006; Wallick, Cambre et Townsend, 1995). Leurs attitudes personnelles ne seraient donc pas nécessairement de bons prédicteurs de leurs agissements professionnels. Ensuite, en ce qui a trait à l'action à poser, il faut noter qu'aucune des mesures recensées ne repose sur une typologie explicite des interventions attendues de la part des professionnels de la santé en matière de sexualité. Pourtant, au moins trois formes d'actions principales de la part des

professionnels de la santé en la matière peuvent être identifiées: informer (Faulder *et al.*, 2004; Reynolds et Magnan, 2005; Waterhouse, 1993), questionner (Nusbaum, Gamble et Pathman, 2002; Reynolds et Magnan, 2005; Rosen *et al.*, 2005; Tsimtsiou *et al.*, 2006; Waterhouse, 1993) et répondre aux questionnements des patients (Kuczynski, 1980; Nusbaum, Gamble et Pathman, 2002; Reynolds et Magnan, 2005; Waterhouse, 1993).

En ce qui concerne les cibles sur lesquelles doivent porter ces actions, les mesures recensées permettent de relever : les orientations sexuelles minoritaires (Klamen, Grossman et Kopacz, 1999; Téllez *et al.*, 1999), les troubles de la genralité (Sanchez, 1999), le vieillissement (Bouman, Arcelus et Banbow, 2006), la contraception et l'avortement (Leiblum *et al.*, 1993; Lewis et Bor, 1994; McKelvey *et al.*, 1998) ainsi que les problématiques liées aux VIH/sida et aux ITSS (Kelley *et al.*, 1987; McGrory, McDowell et Muskin, 1990; McKelvey *et al.*, 1998; Tesch, Simpson et Kirby, 1990; Yedidia, Berry et Barr, 1996). Certaines dimensions de la sexualité sont absentes de ces études telles : la gestion des impacts de la médication, des chirurgies et des maladies sur la sexualité des patients et la satisfaction sexuelle. Quant au moment où poser ces actions, les instruments recensés n'en font aucunement mention. Enfin, il est important de mentionner que la période pendant laquelle plusieurs des instruments de mesure recensés ont été développés contribue à expliquer l'absence de certains concepts connus aujourd'hui, notamment à l'égard de la philosophie de l'éducation sexuelle et des connaissances théoriques. En effet, à l'époque, ces théories pouvaient être peu voir pas développées, ce qui explique qu'il est impossible de retrouver certains concepts jugés primordiaux actuellement lorsqu'il est question de l'évaluation de l'éducation à la sexualité des professionnels de la santé.

Le présent article expose un modèle conceptuel visant à étudier : l'intention des professionnels de la santé à aborder la sexualité dans le cadre de leur pratique, l'évaluation de l'utilité qu'ils en font, leur confort vis-à-vis certaines problématiques jugées taboues ainsi que leur perception de contrôle lorsque ces situations se présentent. Le *Questionnaire d'évaluation des attitudes des professionnels de la santé à l'égard de la sexualité* (QEAPS) est destiné à évaluer ces dimensions.

2.2 Méthode

2.2.1 Élaboration du QEAPS

Le modèle conceptuel sous-jacent au QEAPS est inspiré des modèles sociocognitifs (Ajzen, 1985; 1991; 2006; Bandura, 1986, Triandis, 1980). Ajzen (1985; 1991; 2006) postule que l'impact des attitudes sur le comportement est modulé par au moins quatre dimensions, soit l'action à poser; la cible du comportement à poser; le contexte où elles s'expriment; et le moment où celui-ci doit être adopté. Dans le QEAPS, trois types d'action sont évalués : informer, questionner et répondre aux questions des patients. Quatre cibles ont été retenues, à savoir : les impacts de la médication, des traitements et d'une chirurgie sur la sexualité; la gestion des risques sexuels (méthodes contraceptives, dépistage des ITSS et stratégies de prévention mises en place par le patient); la qualité de vie sexuelle (qualité de vie sexuelle, satisfaction sexuelle, dysfonctions sexuelles); ainsi que les thématiques jugées taboues (violence conjugale, agression sexuelle, transsexualisme, homosexualité). Toutes les actions attendues envers les cibles ont été situées dans le contexte spécifique de la relation entre le professionnel de la santé et le patient. La dimension temps a été prise en compte en demandant aux professionnels de se projeter dans leur prochaine rencontre avec un patient.

Le QEAPS a été développé afin d'évaluer certains déterminants, proposés par ces théories sociocognitives, des actions attendues de la part des professionnels de la santé sur les quatre dimensions de la sexualité proposées : l'intention d'adopter ledit comportement (soit la motivation à développer le comportement (Ajzen, 1985; 2006)); l'utilité perçue (inspiré du concept des croyances liées au rôle social et renvoie à la croyance de ce qui est approprié ou de ce qui doit être fait ou non par un individu occupant une position similaire à celle de l'étudiant; Triandis, 1980); le confort (désigne dans quelle mesure l'étudiant se sent à l'aise vis-à-vis le comportement, et est inspirée du concept d'affect faisant référence aux réponses émotionnelles qu'il suscite; Triandis, 1980) et le sentiment d'auto-efficacité à l'adopter (soit la capacité perçue face à ses habiletés à mettre en place le comportement; Bandura, 1986).

2.2.2 Version préliminaire du QEAPS

Bien que le modèle conceptuel sous-jacent au QEAPS s'inspire des modèles sociocognitifs (Ajzen, 1985; 1991; 2006; Bandura, 1986, Triandis, 1980), la construction du questionnaire n'a pas suivi les procédures proposées par les auteurs. Une première banque de 32 énoncés a été générée. Dans le but de maximiser la validité de contenu de l'outil, un groupe d'experts, composé de quatre médecins et d'une chercheuse en santé publique, a été consulté (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis et Boyle, 1990). Les énoncés ont été révisés à partir de leurs commentaires. Une première collecte de données a été réalisée auprès d'étudiants en médecine et en sciences infirmières au Canada via un questionnaire à compléter sur Internet. Les analyses factorielles exploratoires ont révélé certaines constantes cohérentes avec le modèle conceptuel, suggérant trois facteurs communs à toutes les variables cognitives : les impacts de la médication, des traitements et d'une chirurgie, la gestion des risques sexuels et la qualité de vie sexuelle, ainsi qu'un quatrième facteur spécifique à l'échelle de confort : les thématiques jugées taboues. Toutefois, en raison de la forte corrélation de certains énoncés avec plusieurs facteurs (*cross-loading*), un travail de désambiguïsation et de reformulation des énoncés a été réalisé. La version finale du QEAPS, comportant 48 énoncés, a fait l'objet d'une seconde démarche de validation sur un nouvel échantillon.

2.2.3 Procédure de validation de la version finale du QEAPS

2.2.3.1 Recrutement

Un échantillon composé de 308 étudiants de première et deuxième année de médecine a été recruté dans une université québécoise francophone. Deux modalités de collecte des données ont été proposées. Pour le pré-test (n=308), la méthode papier-crayon a été privilégiée. Pour la relance (n=89), la méthode papier-crayon ainsi que celle informatisée via un site Internet ont été utilisées. Pour les analyses, les données recueillies à deux temps de mesure, soit au pré-test et à la relance neuf semaines plus tard ont été utilisées. Il est important que noter que seules les données des participants de première année qui n'ont pas suivi un programme

d'éducation à la sexualité au moment de la relance ont été utilisées pour évaluer la stabilité temporelle.

2.2.3.2 Considérations déontologiques

Le projet a reçu l'approbation des comités d'Éthique de deux institutions concernées par l'étude : le comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'UQÀM ainsi que le comité d'éthique de l'Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke. La participation à l'étude se faisait sur une base volontaire et le refus d'y participer n'entraînait aucun préjudice. Pour les deux modalités de complétion du questionnaire, un formulaire de consentement devait être signé par l'étudiant, soit au format papier, soit par signature électronique sur Internet. Aucune donnée nominale ne permettait d'identifier les participants. Un code recomposable connu d'eux seuls était demandé pour pouvoir assurer le pairage des questionnaires aux divers temps de mesure pour les analyses de stabilité temporelle. Les réponses fournies par voie électronique ont été transmises de façon anonyme à une base de données hébergée sur un serveur de l'UQÀM. Les coordonnées d'une ressource psychosociale étaient également mentionnées en cas de besoin.

2.2.3.3 Variables mesurées

Outre le QEAPS, certaines variables ont été intégrées à l'outil de mesure.

Variables sociodémographiques : l'âge en continu, le sexe.

Variable liée au cheminement académique : l'année de cheminement universitaire en médecine (première ou deuxième année), et l'accès antérieur à une formation sur la sexualité (codé oui (1) /non (0)).

Variables psychosociales : l'importance accordée à la religion (échelle de type Likert variant de 1) Pas du tout important à 6) Fortement important), ainsi que des énoncés du *Sociosexual*

Orientation Inventory (SOI) (Simpson et Gangestad, 1991). L'orientation sociosexuelle est définie comme « les différences individuelles vis-à-vis le désir d'avoir des relations sexuelles sans engagement » (Traduction de Simpson et Gangestad, 1991; 870). Cette mesure est associée au conservatisme sexuel comporte une dimension attitudinale et comportementale (Zost et Zurbrigeen, 2006). La dimension attitudinale retenue renvoie au confort à s'engager dans des relations sexuelles occasionnelles (Simpson et Gangestad, 1992). Les scores au *SOI* pour la variable attitudinale ont été standardisés, transformés en score Z puis additionnés afin d'obtenir une moyenne tel que suggéré par Simpson et Gangestad (1992). La dimension comportementale retenue pour l'étude ne comporte que l'énoncé questionnant le nombre de partenaires sexuels dans la dernière année. Le score obtenu au SOI peut être interprété comme un indicateur du traditionalisme à l'égard de la sexualité, les plus libéraux ayant des scores plus élevés et les plus conservateurs un score plus faible.

2.2.3.4 Analyses statistiques

Des analyses factorielles confirmatives ont été effectuées sur les énoncés se rapportant à chacune des quatre variables (intention, confort, évaluation de l'utilité et sentiment d'auto-efficacité). Toutes les analyses ont été effectuées avec une méthode robuste d'estimation par maximum de vraisemblance (MLR) avec le logiciel Mplus 4.21 (Muthén et Muthén, 1998-2006). Seuls les énoncés n'appartenant qu'à un seul facteur ont été conservés, assurant l'unidimensionnalité des facteurs et maximisant la cohérence ainsi que l'interprétabilité des facteurs, tout en restreignant le nombre d'énoncés retenus. Afin d'évaluer la fidélité des échelles, des coefficients de corrélations de Spearman ont été calculés sur les sous-échelles comportant deux énoncés et des coefficients alpha de Cronbach sur les échelles comportant au moins trois énoncés.

Afin de documenter les variables significativement associées à facteurs identifiés, une régression linéaire a été réalisée avec chacun des facteurs comme variable dépendante (méthode *Enter*) à l'aide du logiciel SPSS 13.0 (SPSS, 2006). Les variables indépendantes étaient les suivantes dans tous les modèles : le sexe, l'âge, l'année d'études en médecine,

l'accès antérieur à une formation sur la sexualité, l'importance accordée à la religion, le score attitudinal au *SOI* et le nombre de partenaires sexuels dans la dernière année indiqué au *SOI*. La stabilité temporelle a été évaluée à partir des données des participants n'ayant pas participé à un programme d'éducation à la sexualité (n=89) à l'aide de coefficients de corrélation de Pearson entre les scores au premier temps de mesure et à la relance neuf semaines plus tard.

2.3 Résultats

2.3.1 Description des participants

L'âge moyen des participants est de 21,7 ans. Parmi les étudiants, 64% sont des femmes et 36% des hommes. Un peu plus de la moitié des participants était en deuxième année de médecine au moment de l'étude (56%), les autres complétaient leur première année.

2.3.2 Analyses factorielles confirmatives (AFC)

Quatre modèles factoriels de deuxième ordre ont été testés. La Figure 1 présente un exemple de modèle testé pour l'intention. Pour les modèles intention, utilité perçue et sentiment d'efficacité personnelle, trois facteurs de premier ordre étaient postulés. Pour le modèle confort, quatre facteurs de premier ordre étaient postulés. Trois facteurs ont été extraits pour les variables intention, évaluation de l'utilité, confort et sentiment d'efficacité personnelle, à savoir (1) les impacts de la médication, des traitements et d'une chirurgie, (2) la gestion des risques sexuels et (3) la qualité de vie sexuelle. Un quatrième facteur a été extrait pour la variable confort, à savoir (4) les thématiques jugées taboues. Le tableau 1 présente les valeurs associées au test du chi-carré permettant de tester l'adéquation du modèle attendu aux données observées.

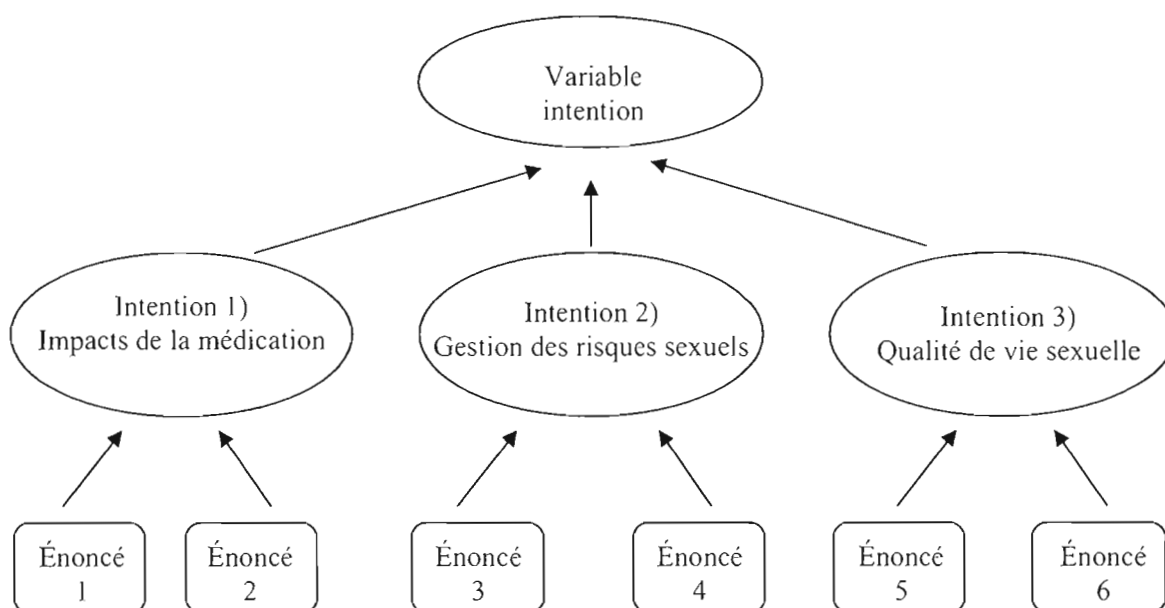


Figure 2.1 Exemple de modèle factoriel de deuxième ordre pour la variable intention

Ces quatre modèles ont été soumis séparément à des AFC. Certains énoncés ont été exclus parce qu'ils présentaient des saturations croisées significatives sur plusieurs facteurs de premier ordre. Leur retrait a permis d'assurer l'unidimensionnalité des échelles, s'assurant ainsi qu'un seul construit est mesuré par chacun des énoncés. Le tableau 1 présente les valeurs associées au test du modèle, suggérant un ajustement adéquat. Les valeurs p non significatives associées au test du Chi-carré suggèrent que chacun des modèles testés ne présentent pas de différences significatives avec les données observée. À l'exception de la sous-échelle Confort, l'ajustement adéquat du modèle associé à chacune des variables est également supporté par des résidus standardisés inférieurs à 2,00 (donc non significativement différents de zéro) et aucun indice de modification supérieur 4,00.

Tableau 2.1
Tests d'ajustement des modèles

Modèles de second ordre	Échelle d'intention	Échelle de l'utilité perçue	Échelle du confort	Échelle du sentiment d'efficacité personnelle
$\chi^2 (dl)$	1,65 (6)	12,79 (11)	19,55 (16)	4,09 (6)
p	$p=0,95$	$p=0,31$	$p=0,24$	$p=0,67$

Tableau 2.2
Indicateurs et coefficients de saturation de l'échelle de l'intention

J'ai l'intention de (d')...	Saturation des indicateurs sur les facteurs de premier ordre	Saturation des facteurs de premier ordre sur le facteur de deuxième ordre
1) Les impacts de la médication, des traitements et d'une chirurgie		0,68
1. Informer les patient(e)s des effets secondaires de leurs traitements sur leur sexualité	0,88	
4. Informer les patient(e)s des impacts possibles d'une chirurgie sur leur sexualité	0,87	
<i>r</i> de Spearman		0,76
2) Gestion des risques sexuels		0,79
6. Questionner les patient(e)s sur les méthodes de contraception qu'ils /elles utilisent	0,90	
7. Questionner les patient(e)s sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qu'ils/elles mettent en pratique	0,83	
<i>r</i> de Spearman		0,75
3) Qualité de la vie sexuelle		0,79
9. Évaluer la qualité de la vie sexuelle des patient(e)s	0,97	
10. Questionner la satisfaction sexuelle des patient(e)s	0,76	
<i>r</i> de Spearman		0,74
α de Cronbach de l'échelle globale Intention		0,84

Tableau 2.3
Indicateurs et coefficients de saturation de l'échelle de l'utilité perçue

Dans quelle mesure est-il nécessaire de (d')...	Saturation des indicateurs sur les facteurs de premier ordre	Saturation des facteurs de premier ordre sur le facteur de deuxième ordre
1) Les impacts de la médication, des traitements et d'une chirurgie		0,72
1. Informer les patient(e)s des effets secondaires de leurs traitements sur leur sexualité	0,93	
3. Informer les patient(e)s des impacts de la médication sur leur sexualité	0,93	
<i>r</i> de Spearman		0,88
2) Gestion des risques sexuels		0,68
5. Proposer des tests de dépistage aux patient(e)s	0,73	
6. Questionner les patient(e)s sur les méthodes de contraception qu'ils /elles utilisent	0,94	
7. Questionner les patient(e)s sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qu'ils/elles mettent en pratique	0,85	
α de Cronbach		0,87
3) Qualité de la vie sexuelle		0,74
9. Évaluer la qualité de la vie sexuelle des patient(e)s	0,99	
10. Questionner la satisfaction sexuelle des patient(e)s	0,86	
<i>r</i> de Spearman		0,86
α de Cronbach de l'échelle globale Utilité perçue		0,86

Tableau 2.4
Indicateurs et coefficients de saturation de l'échelle du confort

Dans quelle mesure seriez-vous confortable de (d')...	Saturation des indicateurs sur les facteurs de premier ordre	Saturation des facteurs de premier ordre sur le facteur de deuxième ordre
1) Les impacts de la médication, des traitements et d'une chirurgie		0,65
1. Informer les patient(e)s des effets secondaires de leurs traitements sur leur sexualité	0,91	
3. Informer les patient(e)s des impacts de la médication sur leur sexualité	0,95	
<i>r</i> de Spearman		0,88
2) Gestion des risques sexuels		0,74
6. Questionner les patient(e)s sur les méthodes de contraception qu'ils /elles utilisent	0,89	
7. Questionner les patient(e)s sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qu'ils/elles mettent en pratique	0,92	
<i>r</i> de Spearman		0,82
3) Qualité de la vie sexuelle		0,73
9. Évaluer la qualité de la vie sexuelle des patient(e)s	0,93	
10. Questionner la satisfaction sexuelle des patient(e)s	0,96	
<i>r</i> de Spearman		0,89
4) Confort avec des thématiques taboues		
Dans quelle mesure seriez-vous confortables si un(e) patient(e) vous révélait qu'il/elle...		0,74
12. a été victime d'une agression sexuelle	0,95	
14. est victime de violence conjugale	0,87	
<i>r</i> de Spearman		0,81
α de Cronbach de l'échelle globale Confort		0,88

Tableau 2.5
Indicateurs et coefficients de saturation de l'échelle du sentiment d'efficacité personnelle

Actuellement, je me sens capable de (d')...	Saturation des indicateurs sur les facteurs de premier ordre	Saturation des facteurs de premier ordre sur le facteur de deuxième ordre
1) Les impacts de la médication, des traitements et d'une chirurgie		0,75
1. Informer les patient(e)s des effets secondaires de leurs traitements sur leur sexualité	0,95	
3. Informer les patient(e)s des impacts de la médication sur leur sexualité	0,97	
<i>r</i> de Spearman		0,92
2) Gestion des risques sexuels		0,62
7. Questionner les patient(e)s sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qu'ils/elles mettent en pratique	0,93	
8. Questionner les patient(e)s souffrant d'une ITSS chronique (Ex. VIH/sida, herpès, condylomes) sur les stratégies mises en place pour éviter de la transmettre	0,89	
<i>r</i> de Spearman		0,85
3) Qualité de la vie sexuelle		0,67
9. Évaluer la qualité de la vie sexuelle des patient(e)s	0,98	
10. Questionner la satisfaction sexuelle des patient(e)s	0,96	
<i>r</i> de Spearman		0,93
α de Cronbach de l'échelle globale Sentiment d'efficacité personnelle		0,86

2.3.3 Fidélité et stabilité temporelle

Les coefficients alpha de Cronbach des facteurs obtenus à la suite des AFC oscillent entre 0,84 et 0,88 pour les échelles globales et entre 0,74 et 0,93 pour les corrélations de Spearman et l'alpha de Cronbach aux sous-échelles. Considérant la taille réduite des échelles, de tels indices témoignent d'une excellente cohérence interne (Cortina, 1993). Pour la stabilité temporelle, les coefficients de corrélation de Pearson obtenus aux dimensions de la variable

intention varie de 0,50 à 0,60; ceux de la variable évaluation de l'utilité varient de 0,42 à 0,57; ceux du confort varient de 0,41 à 0,56; et ceux du sentiment d'efficacité personnelle de 0,28 à 0,39. En raison de l'importante variation des coefficients selon les variables, les résultats suggèrent une stabilité temporelle parfois problématique.

2.4 Les facteurs associés

2.4.1 L'intention

La variable intention désigne dans quelle mesure l'étudiant est motivé et préparé à adopter le comportement ciblé (Ajzen, 2006). Les analyses de régression¹ pour les sous-échelles de l'intention ont montré que la première sous-échelle, soit l'intention des futurs médecins d'informer les patients des impacts de la médication, des traitements ou des chirurgies, était significativement associée au sexe ($B_{\text{ajust}} = -0,16$; $t(8)=2,68$, $p < .01$) et à l'accès antérieur à une formation ($B_{\text{ajust}} = 0,13$; $t(8)=2,21$, $p < 0,05$). Les participants de sexe féminin et ceux ayant eu accès à une formation antérieure sur la sexualité affichaient un score plus élevé sur cette sous-échelle.

L'intention de questionner les patients sur la gestion des risques sexuels était significativement associée à l'âge ($B_{\text{ajust}} = 0,15$; $t(8)=2,58$, $p = 0,01$), au sexe ($B_{\text{ajust}} = -0,22$; $t(8)=-3,73$, $p < 0,0001$) et au nombre de partenaires sexuels dans la dernière année ($B_{\text{ajust}} = 0,20$; $t(8)=3,28$, $p = 0,001$). Les participants plus âgés, de sexe féminin et rapportant davantage de partenaires sexuels dans la dernière année affichaient un score plus élevé sur cette sous-échelle.

L'intention d'évaluer la qualité de vie sexuelle des patients était significativement associée à l'accès antérieur à une formation sur la sexualité ($B_{\text{ajust}} = 0,20$; $t(8)=3,46$, $p = 0,01$) et au score attitudinal du *SOI* ($B_{\text{ajust}} = 0,16$; $t(8)=2,51$, $p < 0,05$). Les participants ayant eu accès à

¹ Afin de ne pas surcharger le texte de tableaux, les résultats des régressions sont rapportés dans le texte.

une formation antérieure sur la sexualité et ceux ayant un score attitudinal plus élevé affichaient un score plus élevé sur cette sous-échelle.

2.4.2 L'utilité perçue

La variable utilité perçue est inspirée du concept des croyances liées au rôle social et renvoie à la croyance de ce qui est approprié ou de ce qui doit être fait ou non par un individu occupant une position similaire à celle de l'étudiant (Triandis, 1980). Les analyses de régression pour les sous-échelles de l'utilité perçue ont montré que la première sous-échelle, soit la perception de l'utilité qu'ont les futurs médecins d'informer les patients des impacts de la médication, des traitements ou des chirurgies, n'était significativement associée à aucune des variables étudiées.

L'utilité perçue de questionner les patients sur la gestion des risques sexuels était significativement associée au sexe ($B_{\text{ajust}} = -0,16$; $t(8) = -2,67$, $p < 0,01$) et au nombre de partenaires sexuels dans la dernière année ($B_{\text{ajust}} = -0,21$; $t(8) = 3,33$, $p = 0,001$). Les participants de sexe féminin et rapportant davantage de partenaires sexuels dans la dernière année affichaient un score plus élevé sur cette sous-échelle.

L'utilité perçue d'évaluer la qualité de vie sexuelle des patients était significativement associée au sexe ($B_{\text{ajust}} = -0,12$; $t(8) = -1,94$, $p = 0,05$), à l'accès antérieur à une formation sur la sexualité ($B_{\text{ajust}} = 0,12$; $t(8) = 2,00$, $p < 0,05$) et au score attitudinal du SOI ($B_{\text{ajust}} = 0,15$; $t(8) = 2,34$, $p < 0,05$). Les participants de sexe féminin, ceux ayant eu accès à une formation antérieure sur la sexualité et ceux ayant un score attitudinal plus élevé au SOI affichaient un score plus élevé sur cette sous-échelle.

2.4.3 Le sentiment de confort

La variable confort désigne dans quelle mesure l'étudiant se sent à l'aise vis-à-vis le comportement, et est inspirée du concept d'affect faisant référence aux réponses émotionnelles

qu'il suscite (Triandis, 1980). Les analyses de régression pour les sous-échelles du confort ont montré que la première sous-échelle, soit le sentiment de confort des futurs médecins d'informer les patients des impacts de la médication, des traitements ou des chirurgies, était significativement associée à l'année d'études ($B_{\text{ajust}} = -0,14$; $t(8)=-2,39$, $p < 0,05$) et au score attitudinal du *SOI* ($B_{\text{ajust}} = 0,16$; $t(8)=-2,46$, $p < 0,05$). Les étudiants de première année en médecine et ceux ayant un score attitudinal plus élevé affichaient un score plus élevé sur cette sous-échelle.

Le sentiment de confort à questionner les patients sur la gestion des risques sexuels était significativement associé à l'année d'études ($B_{\text{ajust}} = -0,12$; $t(8)=-2,14$, $p < 0,05$) et au score attitudinal du *SOI* ($B_{\text{ajust}} = 0,13$; $t(8)=-2,01$, $p < 0,05$). Les étudiants de première année en médecine et ceux ayant un score attitudinal plus élevé affichaient un score plus élevé sur cette sous-échelle.

Le sentiment de confort à évaluer la qualité de vie sexuelle des patients était significativement associé à l'année d'études ($B_{\text{ajust}} = -0,14$; $t(8)=-2,47$, $p < 0,05$), à l'accès antérieur à une formation sur la sexualité ($B_{\text{ajust}} = 0,14$; $t(8)=2,43$, $p < 0,05$) et au score attitudinal du *SOI* ($B_{\text{ajust}} = 0,26$; $t(8)=4,09$, $p < 0,001$). Les étudiants de première année en médecine, ceux ayant déjà eu accès à une formation sur la sexualité et ceux ayant un score attitudinal libéral affichaient un score plus élevé sur cette sous-échelle.

Le sentiment de confort à aborder la sexualité avec des personnes vivant des thématiques jugées taboues était significativement associé à l'année d'études ($B_{\text{ajust}} = -0,35$; $t(8)=-6,39$, $p < 0,001$) et au score attitudinal du *SOI* ($B_{\text{ajust}} = 0,18$; $t(8)=2,96$, $p < 0,01$). Les étudiants de première année en médecine et ceux ayant un score attitudinal plus élevé affichaient un score plus élevé sur cette sous-échelle.

2.4.4 Le sentiment d'efficacité personnelle

La variable sentiment d'efficacité personnelle représente la capacité perçue qu'a l'étudiant quant à ses habiletés à mettre en œuvre le comportement (Bandura, 1986). Les analyses de régression pour les sous-échelles du sentiment d'efficacité personnelle ont montré que la première sous-échelle, soit le sentiment d'efficacité personnelle des futurs médecins à informer les patients des impacts de la médication, des traitements ou des chirurgies, était significativement associée au score attitudinal du *SOI* ($B_{\text{ajust}} = 0,16$; $t(8)=2,45$, $p < 0,05$). Les étudiants ayant un score attitudinal plus élevé affichaient un score plus élevé sur cette sous-échelle.

Le sentiment d'efficacité personnelle à questionner les patients sur la gestion des risques sexuels n'était significativement associé à aucune des variables mesurées.

Le sentiment d'efficacité personnelle à évaluer la qualité de vie sexuelle des patients était significativement associé à l'accès antérieur à une formation ($B_{\text{ajust}} = 0,17$; $t(8)=3,06$, $p < 0,01$), au nombre de partenaires sexuels dans la dernière année ($B_{\text{ajust}} = 0,14$; $t(8)=2,20$, $p < 0,05$) et au score attitudinal du *SOI* ($B_{\text{ajust}} = 0,17$; $t(8)=2,62$, $p < 0,001$). Les étudiants ayant déjà eu accès à une formation sur la sexualité, ceux ayant eu un plus grand nombre de partenaires sexuels dans la dernière année et ceux ayant un score attitudinal plus élevé affichaient un score plus élevé sur cette sous-échelle.

2.5 Discussion

Les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé lorsque vient le moment d'informer (Faulder *et al.*, 2004; Pakpreo, 2005; Reynolds et Magnan, 2005; Waterhouse, 1993), de questionner (Nusbaum, Gamble et Pathman, 2002; Reynolds et Magnan, 2005; Rosen *et al.*, 2005; Skelton et Matthews, 2001; Tsimtsiou *et al.*, 2006; Waterhouse, 1993) et de répondre aux questionnements des patients à l'égard de la sexualité (Kuczynski, 1980; Nusbaum, Gamble et Pathman, 2002; Reynolds et Magnan,

2005; Waterhouse, 1993). Pourtant, les études recensées montrent que la sexualité est une dimension de la santé peu abordée car elle suscite inconfort et malaises auprès des professionnels de la santé (Faulder *et al.*, 2004; Kuczynski, 1980; Lewis et Bor, 1994). L'exercice de leur rôle dépendrait alors de leurs attitudes à l'égard de la sexualité (Kuczynski, 1980; Schnarch, 1981; Schnarch, 198), leur confort (Faulder *et al.*, 2004; Kuczynski, 1980; Lewis et Bor, 1994) ainsi que leurs habiletés à en discuter (Croft et Asmussen, 2005; Grigg, 1997; Ong *et al.*, 1995; Rider et Keefer, 2006). Peu d'études existantes semblent offrir une typologie explicite des actions attendues de la part d'un professionnel de la santé quant au contexte et cibles visées par ces actions ainsi qu'à quel moment elles devraient avoir lieu. Les études s'intéressant aux professionnels de la santé ont permis de constater que les mesures disponibles lors de l'évaluation des attitudes, de l'ouverture, du confort ou encore de l'aisance sont limitées.

Le QEAPS a alors été développé afin de répondre à ces limites en mesurant des déterminants impliqués dans l'adoption de comportements spécifiques des professionnels de la santé en regard de la sexualité. Contrairement à plusieurs des mesures recensées, il est inspiré de cadres théoriques explicites (Ajzen, 1985; 1991; 2006, Bandura, 1986, Triandis, 1980). Le recours à ces structures conceptuelles a permis d'intégrer trois types d'action attendues des professionnels de la santé (informer, questionner et répondre aux questions des patients); quatre cibles visées par ces actions (les impacts de la médication, des traitements et d'une chirurgie, la gestion des risques sexuels, la qualité de vie sexuelle et les thématiques taboues); dans un temps précis (lors de leur prochaine rencontre avec un patient); et dans un contexte spécifique de la relation entre le professionnel de la santé et le patient. La force du QEAPS réside alors dans la formulation et la pertinence de ses énoncés qui sont associés à la réalité vécue dans un contexte professionnel de la santé-patient, en clarifiant les actions et cibles attendues des professionnels de la santé.

Les analyses factorielles menées sur les données ont permis d'identifier trois facteurs pour les variables intention, évaluation de l'utilité et sentiment d'efficacité personnelle, et un quatrième facteur pour la variable confort. Quant aux résultats obtenus lors des analyses corrélationnelles visant à évaluer la stabilité temporelle, ils démontrent que la stabilité

temporelle du QEAPS demeure incertaine. Cependant, une étude visant l'évaluation d'un programme d'éducation à la sexualité réalisé à l'aide du QEAPS a permis de constater qu'il s'agit d'une échelle sensible aux effets d'un programme sur la sexualité (Raymond, Blais et Tu, *en préparation*; article présenté au chapitre 3).

Les régressions menées ont permis de constater que le QEAPS était sensible à des variables telles que le sexe, l'année d'études, l'accès antérieur à une formation sur la sexualité, le nombre de partenaires dans la dernière année et le score attitudinal au *SOI*. À cet effet, un score attitudinal plus élevé au *SOI*, qui signifie une plus grande aisance à s'engager dans des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels ou inconnus, semble aller de pair, chez les étudiants, avec une aisance à discuter de sexualité dans un contexte public et professionnel, et non uniquement dans un contexte privé. Seule la variable liée à l'importance accordée à la religion n'a pas été significativement associée aux sous-échelles. Ces résultats laissent penser que le QEAPS est une échelle pertinente pour distinguer des patrons d'attitudes différentes.

2.5.1 Limites et recommandations

Certaines limites peuvent être formulées à l'égard du QEAPS et de sa validation. Lors de la conception du QEAPS, plusieurs autres déterminants auraient pu être pris en compte au moment de l'intégration des approches conceptuelles sociocognitives. Les normes subjectives (Ajzen, 1985; 2006), les croyances de contrôle (Ajzen, 1985; 2006), le pouvoir de contrôle (Ajzen, 1985; 2006), l'habitude (Triandis, 1980) ou encore la norme morale personnelle (Triandis, 1980) sont des déterminants contribuant aux changements de comportements qu'il aurait été pertinent d'intégrer, mais que la longueur du QEAPS dans sa version actuelle nous a incités à mettre de côté.

Une autre limite provient du fait que les AFC ont été réalisées sur les mêmes données ayant conduit à formuler la structure factorielle finale du QEAPS. La petite taille de l'échantillon n'a pas permis de le diviser aléatoirement en deux parties. Il serait néanmoins important de

valider la structure factorielle sur un échantillon indépendant, dont la composition pourrait également varier. De plus, les AFC n'ont permis de maintenir que deux énoncés des thématiques jugées taboues, les deux faisant référence aux violences sexuelles, limitant ainsi l'évaluation des variables sur d'autres thématiques jugées taboues telles que la diversité des orientations sexuelles et des identités de genre. Il serait également pertinent de valider le QEAPS auprès de professionnels de la santé œuvrant activement dans divers milieux, en variant leurs caractéristiques, tant sur le plan du cheminement universitaire ou professionnel, ou encore le domaine médical de spécialisation comme la gynécologie, l'urologie ou une spécialisation en ITSS/VIH. Enfin, la généralisation des résultats de la validation du QEAPS est aussi limitée en raison de la composition de l'échantillon constitué uniquement d'étudiants en médecine de première et deuxième année. Il s'agit d'une population qui n'a pas encore de contacts directs avec des patients. Ainsi, il peut être difficile pour eux de se plonger avec réalisme dans le contexte proposé. Des études ultérieures sur la validité du QEAPS dans divers contextes devront être réalisées.

CHAPITRE III

ÉVALUATION DE L'UNITÉ DE SEXUALITÉ HUMAINE, PROGRAMME D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DISPENSÉ AUX FUTURS MÉDECINS DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Sarah RAYMOND ¹, B.A. Candidate M.A. sexologie

Martin BLAIS ¹, Ph.D.

Le-Mai TU ², M.D., M.Sc.

¹Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

²Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

3.1 L'importance de la relation entre professionnels de la santé et patients

Les professionnels de la santé jouent un rôle essentiel dans la promotion de la santé sexuelle auprès des patients (Cohen, 1995; Dunn et Alaric, 1997; McCall et McKay, 2004). Pour mener ce rôle à bien, ils doivent faire preuve de certaines qualités, telles que le respect (OMS, 2006; Solursh *et al.*, 2003), la sensibilité (Dixon-Woods *et al.*, 2002), l'empathie (Laidlaw *et al.*, 2007), l'ouverture (Laidlaw *et al.*, 2007) et ils doivent posséder des attitudes non discriminatoires (Dixon-Woods *et al.*, 2002) et de non-jugement (Laidlaw *et al.*, 2007) vis-à-vis les différentes facettes de la sexualité humaine. L'expression de ces qualités dans la relation entre professionnels de la santé et patients revêt une grande importance dans le

développement de leur relation professionnelle (Croft et Asmussen, 1993; Grigg, 1997; Parish et Clayton, 2007; Rider et Keefer, 2006), puisqu'elles influenceraient la qualité des soins de santé dispensés (Rider et Keefer, 2006; Parish et Clayton, 2007). De plus, ces qualités contribueraient au développement de la confiance des patients envers les professionnels de la santé (Parish et Clayton, 2007; Solursh *et al.*, 2003) et encourageraient donc les discussions sur la sexualité (Duberstein *et al.*, 2007; Grigg, 1997).

Toutefois, la formation et l'éducation à la sexualité nécessaire au développement de ces qualités sont souvent négligées dans les cursus académiques des professionnels de la santé (Parish et Clayton, 2007; Rosen *et al.*, 2005). De nombreuses études montrent que les professionnels de la santé sont plutôt inconfortables à discuter de sexualité (Faulder *et al.*, 2004; Kuczynski, 1980; Lewis et Bor, 1994; Parish et Clayton, 2007; Solursh *et al.*, 2003). Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être amenées. Les professionnels de la santé ne posséderaient pas les connaissances suffisantes à l'égard de la sexualité (Grigg, 1997, Parish et Clayton, 2007), dont le niveau élevé est associé à des attitudes plus favorables vis-à-vis la sexualité (Lewis et Bor, 1994; Quinn-Krach et Van Hoozer, 1988). Aussi, ils ne se sentiraient pas suffisamment outillés ou compétents pour discuter de sexualité (Cohen, 1995; Parish et Clayton, 2007; Reynolds et Magnan, 2005; Solursh *et al.*, 2003).

L'inconfort vécu par les professionnels de la santé vis-à-vis leur propre sexualité influencerait aussi leur propension à l'aborder (Cohen, 1995). De plus, ils jugeraient également la sexualité comme un sujet facultatif et non un soin primaire (Guthrie, 1999), et manqueraient souvent de temps pour l'aborder lors de leur consultation (Guthrie, 1999; Parish et Clayton, 2007). Enfin, ils posséderaient diverses attitudes négatives à l'égard de la sexualité (Schnarch, 1981; Schnarch, 1982; Kuczynski, 1980; Parish et Clayton, 2007), notamment envers les problématiques liées au VIH ou aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (Kelly *et al.*, 1987; McGrory, McDowell et Muskin, 1990; Tesch, Simpson et Kirby, 1990; Yedidia, Berry et Barr, 1996), la violence familiale et sexuelle (Maheux *et al.*, 1999) l'homosexualité (Kelley *et al.*, 1987; Klamen, Grossman et Kopacz, 1999; Leiblum *et al.*, 1993; Mathews *et al.*, 1986; McKelvey *et al.*, 1998; Téllez *et*

al., 1999), le transsexualisme (Sanchez *et al.*, 2006) ainsi que la contraception et l'avortement (Kuczynski, 1980; Leiblum *et al.*, 1993; Lewis et Bor, 1994; McKelvey *et al.*, 1998).

3.1.1 Les programmes d'éducation à la sexualité destinés aux professionnels de la santé

En Amérique du Nord, plusieurs programmes de formation sur la sexualité ont été mis sur pied dans le cadre du cheminement académique des futurs professionnels de la santé. Les données disponibles sur ces programmes d'éducation à la sexualité permettent de constater une grande variation quant à leurs objectifs, leur format et la façon dont ils sont dispensés (Barrett et McKay, 1998; Marcotte et Logan, 1977).

Environ 25% des facultés de médecine nord-américaines exigent que leurs étudiants complètent un cours spécifiquement sur la sexualité durant leurs études, alors que seulement 4,8% exigent plus d'un cours de formation (Solursh *et al.*, 2003). Au Canada, 50% des facultés de médecine incluent un programme d'éducation à la sexualité obligatoire dans le cheminement universitaire de leurs étudiants (Barrett et McKay, 1998). La durée de ces programmes nord-américains varie de trois heures (Wallick, Cambre et Townsend, 1995) à une semaine de cours (Rosen *et al.*, 2006). Au Canada, les facultés de médecine y consacrent en moyenne 18,5 heures (Dunn et Alarie, 1997) et aux États-Unis, entre trois et dix heures (Solursh *et al.*, 2003). Si certaines facultés proposent ces cours et programmes sur une base volontaire (Barrett et McKay, 1998), 87,5% des facultés interrogées par Solursh *et al.* (2003) disent favoriser l'éducation à la sexualité sous forme de lectures obligatoires. Au Canada, près de 40% des facultés proposent des cours durant la période préclinique (deux premières années universitaires), alors que plus de 60% les intègrent après la seconde année (Dunn et Alarie, 1997). Les thèmes à l'égard de la sexualité abordés dans les facultés de médecine canadiennes sont le plus souvent l'anatomie et la physiologie de la sexualité, les dysfonctions sexuelles, le VIH/Sida, l'homosexualité et la bisexualité ainsi que la sexualité des personnes aux prises avec une incapacité physique ou après une maladie (Dunn et Alarie, 1997; Solursh *et al.*, 2003). La majorité de ces formations dispense l'éducation à la sexualité sous forme de cours magistraux en favorisant l'acquisition de connaissances théorique vis-à-vis la gestion

de problèmes sexuels. Ils n'abordent alors pas l'aisance et le confort que doivent développer les professionnels de la santé afin de discuter de sexualité, ni les attitudes de ceux-ci à l'égard de différentes thématiques à caractère sexuel.

3.1.2 Les impacts des programmes d'éducation à la sexualité sur les facteurs influençant la relation entre les professionnels de la santé et les patients

Bien que, dans l'ensemble, les programmes d'éducation à la sexualité destinés aux professionnels de la santé diffèrent les uns des autres, il est possible de tirer des conclusions générales quant à leurs impacts sur les principaux facteurs impliqués dans leur relation avec le patient. Il demeure malgré tout difficile de comparer l'efficacité relative des programmes entre eux, en raison des importantes variabilités quant aux devis d'évaluation utilisés.

Globalement, les études évaluatives suggèrent que de tels programmes permettent de développer des attitudes plus favorables face à la sexualité en général (Fisher *et al.*, 1988; Marcotte et Logan, 1977; Schnarch, 1981; Schnarch et Jones, 1981) et à l'égard de thématiques spécifiques comme l'homosexualité (Dixon-Woods *et al.*, 2002; Garrard *et al.*, 1976; Wallick, Cambre et Townsend, 1995), la masturbation ainsi que les relations dans un cadre hors mariage (Garrard *et al.*, 1976). Toutefois, peu d'études se sont intéressées à la stabilité temporelle de ces changements d'attitudes et la seule recensée ne permet pas d'en affirmer le maintien au-delà d'un délai de six mois (Garrard *et al.*, 1976). Ces programmes auraient également un impact positif sur l'acquisition de connaissances (Garrard, 1976; Rosen *et al.*, 2006; Schnarch, 1981; Schnarch et Jones, 1981; Vollmer *et al.*, 1989). Ils amélioreraient aussi leur confort à l'égard de différentes clientèles et thématiques en lien avec la sexualité (Dixon-Woods *et al.*, 2002; Faulder *et al.*, 2004), leur confort à discuter (Baraitser, Elliott et Bigrigg, 1998; Dixon-Woods *et al.*, 2002) ainsi qu'à questionner les patients sur la sexualité (Garrard *et al.*, 1976).

Une amélioration des habiletés de communication, du sentiment d'efficacité personnelle et de leur confiance à aborder la santé sexuelle (Faulder *et al.*, 2004; Rosen *et al.*, 2006) est également mesurable, principalement lorsque des jeux de rôle permettent la mise en

application des habiletés de communication (Vollmer *et al.*, 1989). Malgré ces résultats encourageants, le stress et l'inquiétude vécus par les professionnels de la santé au moment d'aborder la sexualité n'ont pas diminué après la participation à un programme (Calamidas, 1987).

3.1.3 Les limites des études évaluatives

Malgré ces résultats positifs, des limites importantes doivent être soulignées. Parmi celles-ci, peu d'études récentes semblent disponibles sur les programmes d'éducation à la sexualité dispensés dans les facultés de sciences infirmières et de médecine. Au Québec, aucune évaluation des programmes d'éducation à la sexualité dispensés aux professionnels de la santé n'a pu être recensée. Quant à celles recensées, elles ont été pour la plupart effectuées suivant un devis pré-experimental (Dixon-Woods *et al.*, 2002; Wallick, Cambre et Townsend, 1995), dans certains cas avec une unique mesure en post-test (Faulder *et al.*, 2004). De plus, les outils étaient parfois non validés ou ne portaient pas sur la relation professionnels de la santé et patients. Très peu d'études ont vérifié la stabilité temporelle des changements observés en effectuant des relances plusieurs mois après la fin du programme. Les études évaluatives de certains programmes peuvent également posséder des biais de sélection, la participation y étant facultative. Ainsi, ce sont fréquemment les plus motivés qui participent aux programmes et, en général, ils ont déjà des attitudes favorables à l'égard de la sexualité (Faulder *et al.*, 2004; Fisher *et al.*, 1988).

3.2 Méthode

3.2.1 L'Unité de sexualité humaine

Depuis plus de 30 ans, la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke (Québec, Canada) dispense à ses étudiants, sur une base obligatoire, un programme d'éducation à la sexualité (l'Unité de sexualité humaine) d'une durée de quatre jours. Cette période intensive d'éducation à la sexualité a d'ailleurs permis à ce programme d'être jugé favorablement en comparaison à d'autres facultés de médecine nord-américaines (Solursh *et al.*, 2003). Il vise l'atteinte d'objectifs généraux permettant à l'étudiant de (d'):

- (1) Développer des attitudes favorables envers certaines réalités entourant la sexualité humaine et certaines thématiques jugées taboues;
- (2) Acquérir une aisance face à sa propre sexualité ainsi que face à la sexualité en général dans un contexte de relation médecin-patient;
- (3) Prendre conscience de la pertinence et de l'utilité d'aborder la question de la sexualité dans un contexte médecin-patient.

Au moment de sa conception, l'Unité de sexualité humaine s'est inspirée de séminaires offerts aux étudiants en médecine de l'Université du Minnesota, aux États-Unis. Ces séminaires avaient pour objectif de permettre aux étudiants de comprendre leur sexualité, tout en prenant conscience de leurs attitudes à l'égard de leur sexualité, mais également celle des autres. L'Unité de sexualité humaine préconise une approche pédagogique expérientielle où alternent la présentation de témoignages et des discussions en petits groupes. Les témoignages sont offerts par divers organismes communautaires offrant des services en lien avec ces thématiques jugées taboues. Les discussions en petits groupes rassemblent une dizaine d'étudiants et sont animées par un sexologue qui recueille leurs réactions aux témoignages, les accompagne dans leurs réflexions et les invite à se questionner sur les informations dispensées dans les témoignages. Les discussions sont libres et peuvent osciller entre le contenu des témoignages et leur propre vécu sexuel. Chaque jour consacré au programme se répartit sur deux ou trois blocs (avant-midi, après-midi et soirée). Le tableau 3.1 présente une vue d'ensemble de l'agenda de l'unité de sexualité humaine.

Tableau 3.1
Agenda de l'unité de sexualité humaine

Jour 1	Avant-midi	1. Définition de la sexualité : la sexualité des enfants et des adolescents (1h30) 2. Retour en petits groupes (1h15)
	Après-midi	1. Réflexions sur la sexualité : la sexualité des adultes (1h30). 2. Retour en petits groupes (1h15)
Jour 2	Avant-midi	1. Les travailleurs et travailleuses du sexe (1h30) 2. Retour en petits groupes (1h15)
	Après-midi	1. Diversités sexuelles : les orientations sexuelles (1h30) 2. Retour en petits groupes (1h15)
	Soirée	1. L'identité sexuelle : la transsexualité (1h30).
Jour 3	Avant-midi	1. La sexualité des personnes handicapées physiquement ou après interventions chirurgicales (1h30) 2. Retour en petits groupes (1h15; sur la transsexualité et la sexualité des personnes handicapées)
	Après-midi	1. Expression de la violence dans la sexualité (1h30) 2. Retour en petits groupes (1h15)
Jour 4	Avant-midi	1. La sexualité des personnes séropositives/sidaïques (1h30) 2. Retour en petits groupes (1h15)
	Après-midi	1. La sexualité des aîné(e)s (1h30) 2. Retour en petits groupes (1h15)

3.2.2 Participants et recrutement

L'Unité de sexualité humaine dispensée par la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke en juin 2007 a été évaluée suivant un devis quasi-expérimental avec groupe non-équivalent. Le groupe expérimental était composé de 172 étudiants de deuxième année ayant participé au programme offert. Le Tableau 3.2 résume les informations relatives à la collecte de données. Au temps pré-test, 147 étudiants ont complété la version papier. Au post-test qui avait lieu immédiatement après l'Unité de sexualité humaine, 161 étudiants ont complété la version papier. En raison de l'obligation à participer à l'Unité de sexualité humaine, le nombre d'étudiants est plus élevé au temps 1 qu'au temps 0 puisque l'ensemble de la cohorte se devait d'être présente. Enfin, lors de la relance en septembre 2007, 136 étudiants ont complétés la version papier du QEAPS.

Pour le groupe témoin, le pré-test a été réalisé en septembre 2007 à l'aide d'une version papier du questionnaire et a rejoint 97 étudiants. Au post-test, la version électronique du questionnaire a été privilégiée puisqu'il n'était pas possible de rencontrer sur place les étudiants et 21 étudiants ont complété l'outil. Pour la relance, un rappel électronique a été envoyé pour compléter une dernière fois le questionnaire. Cependant, la très faible réponse internet autant au post-test qu'à la relance a nécessité, en novembre 2007, une distribution papier du questionnaire pour le dernier temps de mesure afin de rejoindre un plus grand nombre d'étudiants et 89 l'ont complété.

Une difficulté logistique majeure explique la nécessité d'avoir eu recours à deux modalités de collecte de données pour le groupe témoin. Les étudiants en médecine de première année étant fortement sollicités à participer à une variété de projets, jumelés à un horaire très chargé et peu flexible pour distribuer les questionnaires dans le cadre de leurs cours explique la difficulté de recrutement pour ce groupe. C'est entre autres pour cette raison que la relance du groupe témoin n'a pu être faite dans le même intervalle de temps que celle du groupe expérimental. De plus, en raison d'absences ou encore de retrait de l'étude, certains étudiants peuvent avoir complété seulement un ou deux temps de mesure sur trois.

Tableau 3.2
Précisions quant à l'échantillon et la collecte de données

	Temps 0 (pré-test)	Temps 1 (post-test)	Temps 2 (Relance)
Groupe expérimental (n=)	147	161	136
Collecte de données	Papier	Papier	Papier
Intervalle de temps	-	10 jours plus tard	12 semaines plus tard
Groupe témoin (n=)	97	21	89
Collecte de données	Papier	Internet	Papier et internet
Intervalle de temps	-	7 jours plus tard	9 semaines plus tard

3.2.3 Instruments de mesure

Questionnaire d'évaluation des attitudes des professionnels de la santé à l'égard de la sexualité (QEAPS). Les variables dépendantes ont été mesurées par le QEAPS (Raymond, Blais et Tu, *en préparation*). Cet instrument de mesure s'est inspiré des approches sociocognitives (Ajzen, 1985; 1991; 2006, Bandura, 1986, Triandis, 1980) et mesure quatre principaux concepts, soit l'intention (mesure dans laquelle l'étudiant est motivé et préparé à adopter le comportement ciblé; Ajzen, 1985, 2006), l'utilité perçue (inspirée du concept des croyances liées au rôle social et renvoie à la croyance de ce qui est approprié ou de ce qui doit être fait ou non par un individu occupant une position similaire à celui de l'étudiant; Triandis, 1980), le sentiment de confort (désigne dans quelle mesure l'étudiant se sent à l'aise vis-à-vis le comportement, et est inspirée du concept d'affect faisant référence aux réponses émotives qu'il suscite; Triandis, 1980) et le sentiment d'efficacité personnelle (capacité perçue quant à ses habiletés à mettre en œuvre le comportement; Bandura, 1986).

Le QEAPS est composé d'échelles de type Likert variant de (1) Pas du tout à (7) Absolument. Les étudiants doivent répondre au questionnaire selon leur connaissance d'eux-mêmes sur le plan professionnel, en se projetant dans un contexte où ils auraient à rencontrer des patients. Les scores sont comptabilisés pour chacune des sous-échelles en calculant la moyenne aux énoncés. Le Tableau 3.3 décrit cet instrument (voir Appendice A pour une description détaillée de la démarche de validation du questionnaire et Appendice B pour le questionnaire en entier).

Variabes descriptives. D'autres variables ont été utilisées, soit l'âge, le sexe, l'année de cheminement universitaire ainsi que l'accès antérieur à une formation sur la sexualité.

Variabes de contrôle. L'âge et le sexe ont été inclus comme variables de contrôle dans les analyses réalisées.

Tableau 3.3
Structure du QEAPS

Échelle	Sous-échelles	Nombre d'énoncés	Indice de cohérence interne*	Exemple d'énoncés
Intention	1) Impact de la médication, des traitements et d'une chirurgie (Intention-Bio)	2	0,76	J'ai l'intention d'informer les patients des impacts possibles d'une chirurgie sur leur sexualité
	2) Gestion des risques sexuels (Intention-Risque)	2	0,75	J'ai l'intention de questionner les patients sur les méthodes de contraception qu'ils utilisent
	3) Qualité de la vie sexuelle (Intention-QdV)	2	0,74	J'ai l'intention d'évaluer la qualité de la vie sexuelle des patients
Utilité perçue	1) Impact de la médication, des traitements et d'une chirurgie (Utilité-Bio)	2	0,88	Dans quelle mesure est-il nécessaire d'informer les patients des effets secondaires de leurs traitements sur leur sexualité
	2) Gestion des risques sexuels (Utilité-Risque)	3	0,87	Dans quelle mesure est-il nécessaire de proposer des tests de dépistage aux patients
	3) Qualité de la vie sexuelle (Utilité-QdV)	2	0,86	Dans quelle mesure est-il nécessaire de questionner la satisfaction sexuelle des patients
Confort	1) Impact de la médication, des traitements et d'une chirurgie (Confort-Bio)	2	0,88	Dans quelle mesure seriez-vous confortables d'informer les patients des impacts de la médication sur leur sexualité
	2) Gestion des risques sexuels (Confort-Risque)	2	0,82	Dans quelle mesure seriez-vous confortables de questionner les patients sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qu'ils mettent en pratique
	3) Qualité de la vie sexuelle (Confort-QdV)	2	0,89	Dans quelle mesure seriez-vous confortables de questionner la satisfaction sexuelle des patients
	4) Confort avec des thématiques jugées taboues (Confort-Tabou)	2	0,81	Dans quelle mesure seriez-vous confortables si un patient vous révélait qu'il a été victime d'une agression sexuelle
Sentiment d'efficacité personnelle	1) Impact de la médication, des traitements et d'une chirurgie (PBC-Bio)	2	0,92	Actuellement, je me sens capable d'informer les patients des effets secondaires de leurs traitements sur leur sexualité
	2) Gestion des risques sexuels (PBC-Risque)	2	0,85	Actuellement, je me sens capable de questionner les patients souffrant d'une ITSS chronique sur les stratégies mises en place pour éviter de la transmettre
	3) Qualité de la vie sexuelle (PBC-QdV)	2	0,93	Actuellement, je me sens capable de questionner la satisfaction sexuelle des patients

* Coefficient de corrélation de Spearman pour les échelles à deux items et alpha de Cronbach pour l'échelle à trois items.

3.2.4 Considérations déontologiques

L'étude évaluative a reçu l'approbation éthique du sous-comité d'admission du comité de programme de deuxième cycle du Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal ainsi que celle du comité d'éthique de l'Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke. Les étudiants étaient libres de participer à l'étude et leur refus n'entraînait aucun préjudice. Pour les deux modalités de complétion du questionnaire, un formulaire de consentement devait être signé par l'étudiant, soit au format papier, soit par signature électronique sur Internet. Aucune donnée nominale ne permettait d'identifier les étudiants. Un code recomposable connu d'eux seuls était demandé pour pouvoir associer les questionnaires aux trois temps de mesure. Les réponses fournies au QEAPS ont été transmises de façon anonyme à une base de données hébergée sur un serveur de l'Université du Québec à Montréal.

3.2.5 Analyses statistiques

3.2.5.1 Traitement des données manquantes

Pour le groupe expérimental, 65% des questionnaires ont été complétés à tous les temps. Le pourcentage des questionnaires comportant au moins une donnée manquante est de 17% pour le Temps 1; 9% pour le Temps 2; et de 23% pour le Temps 3. Pour le groupe témoin, 9% des questionnaires ont été complétés à tous les temps. Le pourcentage des questionnaires comportant au moins une donnée manquante est de 31% pour le Temps 1; 83% pour le Temps 2; et de 35% pour le Temps 3. En raison d'un nombre important de données manquantes à la relance, l'imputation multiple des données a été privilégiée. Cette méthode permis de remplacer les valeurs manquantes par les valeurs approximatives les plus plausibles en regard des variables pour lesquelles les données sont disponibles (McKnight, Mcknight, Sidani et Figueredo, 2007). Dix bases de données imputées ont été générées avec le logiciel Amelia II (Honaker, King & Blackwell, 2006) et les estimations rapportées ici représentent les moyennes des estimations de ces bases.

3.2.5.2 Analyses des effets

Des analyses d'équations d'estimation généralisées (GEE) ont été réalisées afin de mesurer les effets de l'Unité de sexualité humaine sur les variables visées par le QEAPS. Les GEE sont une approche de régression souple. Elle permet également de tenir compte de la nature corrélacionnelle des données pour chacun des participants d'un temps à l'autre (Twick, 2003 ; Vittinghoff, Glidden, Shiboski et McCulloch, 2005).

Les données obtenues ont été analysées à l'aide du logiciel Stata 8.2 (Stata Corp, 2003). Les variations dans le temps des variables dépendantes ont été analysées à l'aide des commandes *xggee* pour des équations d'estimation généralisées et *micombine* pour l'agrégation des multiples imputations. Des ajustements pour l'hétéroscédasticité (estimation robuste de la variance) et l'autocorrélation entre le temps de mesure (structure corrélacionnelle d'ordre 1) ont été spécifiés. Les variables suivantes étaient incluses dans chaque régression : l'âge, le sexe, le temps de mesure ainsi que l'interaction entre le temps de mesure et le groupe.

3.3 Résultats

3.3.1 Description des participants au Temps 1

Le groupe expérimental (n=172) était composé à 58,1% de femmes et 41,9% d'hommes. Les participants avaient en moyenne 21,9 ans. Un participant sur trois (33,3%) avait déjà suivi une formation sur la sexualité, soit dans le cadre de ses études ou à l'extérieur de celles-ci. Le groupe témoin (n=136) était composé à 72,1% de femmes et 27,9% d'hommes, dont l'âge moyen était de 21,49 ans. Le quart des participants (25,6%) avait déjà suivi une formation à l'égard de la sexualité, soit dans le cadre de ses études ou à l'extérieur de celles-ci.

Aucune différence n'est mesurée entre le groupe expérimental et le groupe témoin quant à l'âge moyen des participants et l'accès antérieur à une formation sur la sexualité. Par contre, le groupe témoin est composé d'un plus grand nombre de femmes que le groupe expérimental. Le Tableau 3.4 présente l'échantillon et le Tableau 3.5 les moyennes obtenues à chacune des sous-échelles, selon le groupe. Il faut noter que plusieurs des scores moyens étaient relativement élevés dès le pré-test, particulièrement sur les dimensions de nature

biomédicale (impacts de la médication, des traitements et d'une chirurgie). Les scores sur les dimensions psychosociales et sexologiques étaient les plus faibles au pré-test.

Tableau 3.4
Description de l'échantillon

	Groupe expérimental (n=172)	Groupe témoin (n=136)	Statistiques (<i>ddl</i>); <i>p</i>
Âge moyen	21,91 ans	21,49 ans	$t(305) = 1,29 ; p=0,20$
Sexe			
Femmes	58,1% (100)	72,1% (98)	$\chi^2(1) = 6,41 ; p=0,01$
Hommes	41,9% (72)	27,9% (38)	
Déjà suivi une formation sur la sexualité	33,3% (57)	25,6% (34)	$\chi^2(1) = 2,15 ; p=0,14$

Tableau 3.5
Moyennes et écarts-types obtenus* au QEAPS dans les groupes expérimental et témoin à chaque temps

	Groupe expérimental (n=172)			Groupe témoin (n=136)		
	Pré-test M (é.-t.)	Post-test M (é.-t.)	Relance M (é.-t.)	Pré-test M (é.-t.)	Post-test M (é.-t.)	Relance M (é.-t.)
Intention-Bio	6,06 ¹ (0,08)	6,39 (0,09)	6,17 (0,10)	6,04 (0,08)	5,88 (0,09)	6,06 (0,10)
Intention- Risque	5,90 (0,09)	6,32 (0,06)	6,04 (0,09)	6,34 (0,08)	6,30 (0,09)	6,05 (0,09)
Intention-QdV	4,45 (0,12)	5,44 (0,09)	5,05 (0,10)	4,75 (0,13)	5,15 (0,13)	4,77 (0,13)
Utilité-Bio	6,01 (0,07)	6,43 (0,06)	6,19 (0,07)	6,07 (0,09)	6,43 (0,06)	6,19 (0,07)
Utilité-Risque	6,08 (0,09)	6,40 (0,06)	6,05 (0,08)	6,25 (0,08)	5,97 (0,11)	6,07 (0,10)
Utilité-QdV	5,13 (0,10)	5,94 (0,08)	5,41 (0,09)	5,02 (0,14)	4,65 (0,15)	4,95 (0,13)
Confort-Bio	5,38 (0,11)	6,06 (0,07)	5,78 (0,08)	5,79 (0,10)	5,77 (0,11)	5,61 (0,12)
Confort-Risque	5,56 (0,10)	6,32 (0,07)	5,88 (0,10)	6,11 (0,10)	6,26 (0,11)	5,93 (0,10)
Confort-QdV	3,88 (0,13)	5,21 (0,10)	4,78 (0,11)	4,39 (0,15)	4,90 (0,14)	4,30 (0,15)
Confort-Tabou	5,87 (0,08)	6,28 (0,06)	5,98 (0,08)	6,03 (0,09)	5,86 (0,10)	6,06 (0,10)
PBC-Bio	6,05 (0,07)	6,36 (0,06)	6,13 (0,07)	6,03 (0,10)	5,38 (0,12)	5,79 (0,10)
PBC-Risque	5,17 (0,12)	5,94 (0,10)	5,10 (0,14)	4,98 (0,14)	3,12 (0,02)	4,90 (0,16)
PBC-Tabou	5,04 (0,12)	5,89 (0,11)	5,07 (0,14)	4,78 (0,15)	2,72 (0,13)	4,64 (0,18)

* Les moyennes sont ajustées en fonction de l'âge et du sexe.

¹ Les moyennes varient de 1 à 7, la valeur 1 désignant un faible niveau de confort, une faible intention, etc., et la valeur 7 désignant le niveau de confort maximal, l'intention maximale, etc., mesuré par l'échelle.

3.3.2 Analyses d'équations d'estimation généralisées

L'intention. Au post-test, la variable Intention-Bio avait été significativement influencée par l'Unité de sexualité humaine ($Z = 3,84; p < 0,001$). Après avoir contrôlé pour l'âge, le sexe, le temps de mesure ainsi que l'interaction entre le temps de mesure et le groupe, le résultat du groupe expérimental au post-test était plus élevé de 0,49. Cependant, cette augmentation ne s'est pas maintenue lors de la relance ($Z = 0,63; p = 0,53$) (voir Tableau 3.6).

Les variables Intention-Risque ($Z = 3,51; p < 0,001$) et Intention-QdV ($Z = 3,20; p < 0,001$) ont été significativement influencées par l'Unité de sexualité humaine au post-test et les augmentations observées dans le groupe expérimental s'étaient maintenues au moment de la relance ($Z = 3,32; p < 0,001$ et $Z = 2,98; p < 0,001$). Après avoir contrôlé pour l'âge, le sexe, le temps de mesure ainsi que l'interaction entre le temps de mesure et le groupe, les scores du groupe expérimental au post-test et à la relance étaient respectivement plus élevés de 0,46 et 0,43 pour l'Intention-Risque et de 0,59 et 0,58 pour l'Intention-QdV (voir Tableau 3.6).

Tableau 3.6
Résultats des équations d'estimation généralisées des sous-échelles de l'intention (n=308)

Variable	Intention 1) Impact de la médication, traitements et chirurgie				Intention 2) Gestion des risques sexuels				Intention 3) Qualité de vie			
	Coefficients	Erreur type	Valeur Z	Valeur p	Coefficients	Erreur type	Valeur Z	Valeur p	Coefficients	Erreur type	Valeur Z	Valeur p
Ordonnée à l'origine	5,39	0,35	15,46	< 0,001	5,52	0,39	14,09	< 0,001	3,47	0,56	6,18	< 0,001
Âge	0,03	0,02	2,04	0,04	0,04	0,02	2,33	0,02	0,06	0,03	2,23	0,03
Sexe ^a	-0,13	0,09	-1,46	0,14	-0,20	0,10	-1,96	0,05	-0,07	0,13	-0,52	0,61
Groupe expérimental ^b	0,02	0,12	0,19	0,85	-0,44	0,12	-3,76	< 0,001	-0,30	0,18	-1,64	0,10
Temps (2 ^e) ^c	-0,15	0,10	-1,47	0,14	-0,04	0,10	-0,38	0,70	0,40	0,15	2,78	0,01
Temps (3 ^e) ^c	0,03	0,11	0,24	0,81	-0,29	0,10	-2,89	< 0,001	0,02	0,14	0,14	0,89
Groupe expérimental × temps (2 ^e) ^d	0,49	0,13	3,84	< 0,001	0,46	0,13	3,51	< 0,001	0,59	0,18	3,20	< 0,001
Groupe expérimental × temps (3 ^e) ^d	0,08	0,13	0,63	0,53	0,43	0,13	3,32	< 0,001	0,58	0,19	2,98	< 0,001

^a Groupe de référence: Femmes

^b Groupe de référence: Groupe témoin

^c Groupe de référence: Premier temps de mesure (1)

^d Groupe de référence: Groupe (témoin) × Temps de mesure (1)

L'utilité perçue. Au post-test, les variables Utilité-Bio ($Z = 4,49; p < 0,001$), Utilité-Risque ($Z = 3,82; p < 0,001$) et Utilité-QdV ($Z = 5,75; p < 0,001$) ont été significativement influencées par l'Unité de sexualité humaine. Après avoir contrôlé pour l'âge, le sexe, le temps de mesure ainsi que l'interaction entre le temps de mesure et le groupe, les scores du groupe expérimental au post-test étaient respectivement plus élevés de 0,71, 0,61 et 1,18. Cependant, ces augmentations ne se sont pas maintenues au moment de la relance ($Z = 0,55; p = 0,58$, $Z = 1,10; p = 0,27$ et $Z = 1,84; p = 0,07$) (voir Tableau 3.7).

Tableau 3.7

Résultats des équations d'estimation généralisées des sous-échelles de l'utilité perçue (n=308)

Variable	Utilité perçue 1) Impact de la médication, traitements et chirurgie				Utilité perçue 2) Gestion des risques sexuels				Utilité perçue 3) Qualité de vie			
	Coefficients	Erreur type	Valeur Z	Valeur p	Coefficients	Erreur type	Valeur Z	Valeur p	Coefficients	Erreur type	Valeur Z	Valeur p
Ordonnée à l'origine	4,82	0,32	15,25	< 0,001	5,58	0,41	13,63	< 0,001	3,64	0,48	7,60	< 0,001
Âge	0,06	0,01	4,23	< 0,001	0,04	0,02	1,88	0,06	0,07	0,02	3,23	< 0,001
Sexe ^a	-0,12	0,09	-1,30	0,20	-0,21	0,10	-2,23	0,03	-0,23	0,12	-1,94	0,05
Groupe expérimental ^b	-0,06	0,12	-0,54	0,59	-0,17	0,12	-1,38	0,17	0,10	0,18	0,56	0,57
Temps (2 ^c)	-0,28	0,13	-2,10	0,04	-0,29	0,12	-2,35	0,02	-0,37	0,18	-2,11	0,04
Temps (3 ^c)	0,10	0,12	0,83	0,40	-0,19	0,10	-1,85	0,06	-0,08	0,15	-0,50	0,62
Groupe expérimental × temps (2 ^c) ^d	0,71	0,16	4,49	< 0,001	0,61	0,16	3,82	< 0,001	1,18	0,21	5,75	< 0,001
Groupe expérimental × temps (3 ^c) ^d	0,08	0,15	0,55	0,58	0,15	0,14	1,10	0,27	0,36	0,20	1,84	0,07

^a Groupe de référence: Femmes

^b Groupe de référence: Groupe témoin

^c Groupe de référence: Premier temps de mesure (1)

^d Groupe de référence: Groupe (témoin) × Temps de mesure (1)

Le sentiment de confort. Les variables Confort-Bio ($Z = 3,72; p < 0,001$), Confort-Risque ($Z = 3,38; p < 0,001$) et Confort-QdV ont été significativement influencées par l'Unité de sexualité humaine ($Z = 3,61; p < 0,001$) et les augmentations obtenues dans le groupe expérimental se sont maintenues au moment de la relance ($Z = 3,39; p < 0,001; Z = 2,83; p = 0,01$ et $Z = 4,26; p < 0,001$). Après avoir contrôlé pour l'âge, le sexe, le temps de mesure ainsi que l'interaction entre le temps de mesure et le groupe, les scores du groupe expérimental au post-test et à la relance étaient respectivement plus élevés de 0,70 et 0,57 pour le Confort-Bio, de 0,62 et 0,49 pour le Confort-Risque et de 0,82 et 0,99 pour le Confort-QdV (voir Tableau 3.8).

Au post-test, la variable Confort-Tabou a été significativement influencée par l'Unité de sexualité humaine ($Z = 4,27; p < 0,001$). Après avoir contrôlé pour l'âge, le sexe, le temps de mesure ainsi que l'interaction entre le temps de mesure et le groupe, le résultat du groupe expérimental au post-test était plus élevé de 0,58. Cependant, cette augmentation ne s'est pas maintenue lors de la relance ($Z = 0,50; p = 0,62$) (voir Tableau 3.8).

Tableau 3.8
 Résultats des équations d'estimation généralisées des sous-échelles du Sentiment de confort (n=308)

Variable	Confort 1) Impact de la médication, traitements et chirurgie				Confort 2) Gestion des risques sexuels				Confort 3) Qualité de vie				Confort 4) avec des thématiques jugées taboues			
	Coeffi- cients	E.T.*	Valeur Z	Valeur p	Coeffi- cients	E.T.	Valeur Z	Valeur p	Coeffi- cients	E.T.	Valeur Z	Valeur p	Coeffi- cients	E.T.	Valeur Z	Valeur p
Ordonnée à l'origine	3,97	0,45	8,80	< 0,001	5,14	0,41	12,41	< 0,001	2,76	0,68	4,08	< 0,001	4,94	0,38	12,95	< 0,001
Âge	0,08	0,02	4,12	< 0,001	0,05	0,02	2,47	0,01	0,07	0,03	2,23	0,03	0,05	0,02	3,08	< 0,001
Sexe ^a	0,10	0,11	0,86	0,39	-0,01	0,09	-0,16	0,87	0,21	0,15	1,44	0,15	-0,16	0,10	-1,67	0,10
Groupe expérimental ^b	-0,41	0,14	-2,82	0,01	-0,55	0,14	-3,97	< 0,001	-0,51	0,21	-2,47	0,01	-0,16	0,13	-1,25	0,21
Temps (2 ^e) ^c	-0,01	0,14	-0,10	0,92	0,15	0,13	1,12	0,26	0,51	0,18	2,84	< 0,001	-0,17	0,11	-1,60	0,11
Temps (3 ^e) ^c	-0,17	0,12	-1,39	0,17	-0,17	0,12	-1,46	0,14	-0,09	0,18	-0,47	0,64	0,04	0,11	0,33	0,74
Groupe expérimental × temps (2 ^e) ^d	0,70	0,19	3,72	< 0,001	0,62	0,18	3,38	< 0,001	0,82	0,23	3,61	< 0,001	0,58	0,14	4,27	< 0,001
Groupe expérimental × temps (3 ^e) ^d	0,57	0,17	3,39	< 0,001	0,49	0,17	2,83	0,01	0,99	0,23	4,26	< 0,001	0,07	0,14	0,50	0,62

* Erreur type

^a Groupe de référence: Femmes

^b Groupe de référence: Groupe témoin

^c Groupe de référence: Premier temps de mesure (1)

^d Groupe de référence: Groupe (témoin) × Temps de mesure (1)

Le sentiment d'efficacité personnelle. La variable PBC-Bio a été significativement influencée par l'Unité de sexualité humaine ($Z = 5,75$; $p < 0,001$) et les augmentations observées dans le groupe expérimental se sont maintenues au moment de la relance ($Z = 2,11$; $p = 0,03$). Après avoir contrôlé pour l'âge, le sexe, le temps de mesure ainsi que l'interaction entre le temps de mesure et le groupe, les scores du groupe expérimental au post-test et à la relance étaient respectivement plus élevés de 0,96 et 0,32 (voir Tableau 3.9).

Au post-test, les variables PBC-Risque ($Z = 12,41$; $p < 0,001$) et PBC-QdV ($Z = 12,84$; $p < 0,001$) ont été significativement influencées par l'Unité de sexualité humaine. Après avoir contrôlé pour l'âge, le sexe, le temps de mesure ainsi que l'interaction entre le temps de mesure et le groupe, les résultats du groupe expérimental étaient respectivement plus élevés de 2,64 et 2,91. Cependant, cette augmentation ne s'est pas maintenue au moment de la relance ($Z = 0,06$; $p = 0,96$ et $Z = 0,56$; $p = 0,57$) (voir Tableau 3.9).

Tableau 3.9

Résultats des équations d'estimation généralisées des sous-échelles du sentiment d'efficacité personnelle (n=308)

Variable	Sentiment d'efficacité personnelle 1) Impact de la médication, traitements et chirurgie				Sentiment d'efficacité personnelle 2) Gestion des risques sexuels				Sentiment d'efficacité personnelle 3) Qualité de vie			
	Coefficients	Erreur type	Valeur Z	Valeur <i>p</i>	Coefficients	Erreur type	Valeur Z	Valeur <i>p</i>	Coefficients	Erreur type	Valeur Z	Valeur <i>p</i>
Ordonnée à l'origine	5,03	0,41	12,22	< 0,001	3,97	0,70	5,70	< 0,001	3,56	0,72	4,93	< 0,001
Âge	0,05	0,02	2,73	0,01	0,06	0,03	1,73	0,08	0,07	0,03	2,01	0,05
Sexe ^a	-0,31	0,09	-3,24	< 0,001	-0,43	0,14	-3,08	< 0,001	-0,53	0,14	-3,68	< 0,001
Groupe expérimental ^b	0,02	0,13	0,18	0,86	0,18	0,18	0,99	0,32	0,26	0,20	1,30	0,20
Temps (2 ^c)	-0,65	0,14	-4,53	< 0,001	-1,87	0,17	-10,93	< 0,001	-2,06	0,19	-11,02	< 0,001
Temps (3 ^c)	-0,24	0,13	-1,83	0,07	-0,08	0,25	-0,32	0,75	-0,14	0,28	-0,52	0,61
Groupe expérimental × temps (2 ^c) ^d	0,96	0,17	5,75	< 0,001	2,64	0,21	12,41	< 0,001	2,91	0,23	12,84	< 0,001
Groupe expérimental × temps (3 ^c) ^d	0,32	0,15	2,11	0,03	0,02	0,29	0,06	0,96	0,18	0,32	0,56	0,57

^a Groupe de référence: Femmes

^b Groupe de référence: Groupe témoin

^c Groupe de référence: Premier temps de mesure (1)

^d Groupe de référence: Groupe (témoin) × Temps de mesure (1)

3.4 Discussion

Les professionnels de la santé sont des personnes clés auprès de la population lorsque vient le moment d'aborder la santé sexuelle (Cohen, 1995; Dunn et Alarie, 1997; McCall et McKay, 2004). Afin de développer une relation encourageant la discussion sur la sexualité (Duberstein *et al.*, 2007; Grigg, 1997), ils doivent faire preuve de diverses qualités interpersonnelles empreintes de respect et de non-jugement (OMS, 2006; Solursh *et al.*, 2003). L'Unité de sexualité humaine, un programme obligatoire d'éducation à la sexualité destiné aux étudiants en médecine de l'Université de Sherbrooke, vise le développement de ces qualités. Les effets de ce programme sur l'intention, l'utilité perçue, le sentiment de confort ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle ont été évalués immédiatement après l'intervention ainsi que trois mois plus tard.

3.4.1 Impacts à court terme

Malgré des scores relativement élevés en prétest, les participants semblent avoir, à court terme, modifié favorablement leur intention, leur sentiment de confort, ainsi que leur sentiment d'efficacité personnelle à informer et questionner les patients à l'égard de la sexualité. De même, la participation à l'Unité de sexualité humaine semble avoir contribué à renforcer chez les participants l'utilité perçue d'aborder la sexualité dans le cadre de leur pratique. En somme, des résultats favorables ont été observés à court terme sur toutes les dimensions mesurées par le QEAPS, y compris celles qui ne faisaient pas l'objet d'une intervention explicite dans le cadre de l'Unité de sexualité humaine.

3.4.2 Impacts à moyen terme

Toutefois, les changements observés à court terme ne se maintiennent que pour certaines dimensions : l'*intention* d'aborder avec les patients 1) la gestion des risques sexuels et 2) la qualité de leur vie sexuelle; le *sentiment de confort* à aborder avec les patients 1) l'impact de la médication, des traitements et d'une chirurgie sur leur sexualité, 2) la gestion des risques sexuels et 3) la qualité de leur vie sexuelle; ainsi que le *sentiment d'efficacité personnelle* à

aborder l'impact de la médication, des traitements et d'une chirurgie sur la sexualité. Certaines hypothèses explicatives peuvent alors être avancées afin d'expliquer le maintien de ces changements.

D'abord, les changements se sont maintenus sur la majorité des dimensions mesurées de l'intention, ce qui suggère que les méthodes éducatives utilisées par l'Unité de sexualité humaine, soit la place majeure attribuée aux témoignages et à la discussion, sont adéquates et favorisent le développement de l'intention chez les futurs médecins à discuter de sexualité avec leurs patients. Cependant, il serait adéquat d'apporter certaines modifications aux méthodes éducatives et au contenu abordé afin que les étudiants perçoivent et maintiennent leur intention d'informer les patients sur l'impact de la médication, des traitements et d'une chirurgie sur la sexualité.

L'augmentation du sentiment de confort observé à l'issue du programme, un des objectifs clairement visés par l'Unité de sexualité humaine, s'est aussi maintenue dans le temps. Les méthodes éducatives utilisées semblent également favoriser la stabilité de cette variable, puisque les étudiants ont l'opportunité d'écouter des témoignages, de questionner les gens qui les offrent ainsi que d'en discuter lors de sessions en petits groupes. Cependant, malgré les témoignages de diverses personnes vivant des thématiques jugées taboues, il s'agit de la seule dimension dont les changements ne se sont pas maintenus dans le temps. Puisque le QEAPS ne mesurait que deux thématiques jugées taboues associées exclusivement à la violence sexuelle, cette absence de maintien dans le temps illustre l'ampleur de l'inconfort face aux victimes de violences sexuelles et la nécessité d'intervenir plus intensivement sur cette dimension.

En ce qui concerne le sentiment d'efficacité personnelle, seule la dimension portant sur l'impact de la médication, des traitements et d'une chirurgie sur la sexualité était toujours significativement plus élevée après trois mois. Afin d'expliquer ce maintien, il peut être avancé que celle-ci est davantage associée à la réalité des étudiants en médecine, puisqu'elle renvoie davantage aux connaissances factuelles apprises tout au long de leur cheminement universitaire et est moins susceptible de soulever la dimension émotive. Aussi, lorsqu'il est

question du sentiment d'efficacité personnelle, il est nécessaire de rappeler l'importance de cibler le contexte dans lequel il doit être développé (Bandura, 1986), puisque les habiletés des professionnels de la santé sont susceptibles de différer selon les occasions auxquelles ils sont confrontés. Un étudiant pourrait posséder les habiletés et compétences nécessaires pour discuter de sexualité avec ses collègues, mais se sentir moins outillé pour questionner les patients. De même, il peut se sentir apte d'en discuter avec ses amis, mais non avec les patients.

Aucun changement mesuré à court terme ne s'est maintenu pour la variable de l'utilité perçue. L'utilité perçue renvoie à l'importance accordée au fait de discuter de sexualité humaine dans le contexte médecin-patient et constituait une dimension explicitement visée par l'Unité de sexualité humaine. Toutefois, elle n'est pas systématiquement abordée par les méthodes pédagogiques mises en place dans l'Unité de sexualité humaine. Qui plus est, il s'agit d'une dimension dont l'importance doit non seulement être discutée dans le cadre de l'Unité de sexualité humaine, mais également dans l'ensemble du milieu médical et universitaire s'il s'agit de la considérer comme faisant partie de la santé générale. Il pourrait donc s'agir d'une dimension qui doit être abordée par différents acteurs dans le cadre de formations continues, par exemple, afin que les changements mesurés à court terme puissent être renforcés et se maintenir dans le temps.

3.4.3 Les recommandations

Si le développement du QEAPS a été inspiré en partie par des modèles théoriques sociocognitifs explicites ayant permis de spécifier les habiletés attendues chez les professionnels de la santé, il en va autrement de l'Unité de sexualité humaine. Certaines des dimensions mesurées par le QEAPS ne sont abordées que de manière marginale, voire pas du tout, par l'Unité de sexualité humaine, cette dernière visant prioritairement le confort. Le jugement évaluatif porté sur l'Unité de sexualité humaine l'a été à la lumière de connaissances théoriques qui ne sont pas celles sur lesquelles repose la conception de l'Unité de sexualité humaine. Ce programme d'éducation à la sexualité a été développé à une époque où l'accent était mis sur la clarification des valeurs et le développement du confort. La

philosophie actuelle qui guide les programmes d'éducation à la sexualité inclut des dimensions et des objectifs différents, tels l'acquisition de connaissances ou le développement de comportements. La présente évaluation est donc une invitation à ajouter un ancrage théorique renouvelé à l'Unité de sexualité humaine, à préciser ses objectifs, les habiletés concrètes qu'elle vise à développer chez les étudiants ainsi que les méthodes pédagogiques à mettre en œuvre pour répondre à ces aspects. La section qui suit offre une série de propositions faciles à mettre en œuvre.

Quand vient le moment de concevoir un programme d'éducation à la sexualité efficace, il importe d'identifier clairement les objectifs d'intervention et les comportements que ces objectifs visent à développer (Kirby, Laris et Rolleri, 2007). Pour des programmes s'adressant aux professionnels de la santé, il est capital de définir les actions attendues de leur part à la suite de la participation à ce programme d'éducation à la sexualité. Dans cette optique, l'Unité de sexualité humaine bénéficierait de cibler spécifiquement la discussion sur la projection que les étudiants se font d'eux-mêmes dans leur rôle de futur médecin. Puisque les étudiants seront en stage l'année suivant leur participation à l'Unité de sexualité humaine, il serait adéquat de les inviter à réfléchir à la façon dont ils aborderaient la sexualité dans ce contexte professionnel, en plus d'identifier avec eux les difficultés et barrières qu'ils pourraient rencontrer. L'Unité de sexualité humaine permet au futur médecin de discuter de leur propre sexualité et elle contribue au développement de leur confort à discuter du sujet avec les patients. Cependant, l'Unité de sexualité humaine bénéficierait de centrer précisément ses objectifs sur le confort de la relation entre le professionnel de la santé et un patient.

Étant donné l'importance de la formation des professionnels de la santé à l'égard de la sexualité, l'impact de l'Unité de sexualité humaine n'est pas négligeable. Cependant, à l'instar des conclusions de Garrard *et al.* (1976), la participation à un tel programme ne semble pas être suffisante pour assurer la stabilité dans le temps des améliorations mesurées. Certes, les discussions en petits groupes favorisent les échanges, mais une mise en application d'habiletés contribuerait à l'atteinte des objectifs de la formation (Kirby, Laris et Rolleri, 2007) et pourrait favoriser le développement d'un sentiment de compétence. La mise

en place de jeux de rôle contribuerait à l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle associée aux habiletés de communication (Vollmer *et al.*, 1989) et pourrait augmenter leur maintien dans le temps.

Quant à l'importance de discuter de sexualité dans le contexte professionnel de la santé et patient, elle doit non seulement être abordée dans un programme d'éducation à la sexualité, mais elle doit également être véhiculée dans l'ensemble du milieu médical et universitaire. De plus, il pourrait être pertinent d'inviter chacun des conférenciers à exposer pourquoi, selon leurs expériences, la sexualité est une dimension importante à aborder dans le contexte entre professionnel de la santé et patient. Le Tableau 3.10 présente un résumé des recommandations émises à l'égard de l'Unité de sexualité humaine sur chacune des variables mesurées.

Tableau 3.10

Sommaire des recommandations issues de l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine.

	Impacts de la médication, traitements et chirurgie	Qualité de la vie sexuelle	Gestion des risques sexuels	Thématiques/ clientèles jugées taboues
Intention	<ul style="list-style-type: none"> • Cibler la discussion sur la projection qu'ils se font d'eux dans leur rôle de futur médecin. • Les discussions en petits groupes ont un impact positif sur cette variable. Il semble approprié de poursuivre avec cette méthode d'apprentissage. 			—
Confort	<ul style="list-style-type: none"> • Centrer les objectifs sur le confort de la relation entre le professionnel de la santé et un patient, plutôt que sur le confort à l'égard de leur propre sexualité. • Les discussions en petits groupes ont un impact positif sur cette variable. Il semble approprié de poursuivre avec cette méthode d'apprentissage. 			<ul style="list-style-type: none"> • Cibler la discussion sur la projection qu'ils se font d'eux dans leur rôle de futur médecin. • Centrer davantage la discussion sur chacune des thématiques jugées taboues à la suite des témoignages.
Utilité perçue	<ul style="list-style-type: none"> • Cette dimension doit être rappelée tout au long du curriculum de leur formation académique. • Lors des témoignages, amener les conférenciers à exposer pourquoi ils trouvent important que les professionnels de la santé abordent la sexualité dans le cadre de leur pratique, afin de permettre aux étudiants de faire des liens avec une situation concrète. 			—
Sentiment d'efficacité personnelle	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en application des nouvelles habiletés pourrait favoriser le développement d'un sentiment de compétence. • Observer des mises en situation et jeux de rôles. 			—

3.4.4 Limites de l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine

À la suite de l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine, certaines limites doivent être soulignées. Le nombre important de données manquantes est une des limites principales de l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine, qui pourrait être expliquée par certaines difficultés logistiques rencontrées lors de la collecte de données du groupe témoin ainsi que l'absence de motivation à répondre au QEAPS. Afin de palier cette limite, l'imputation multiple des données manquantes a été favorisée. Cependant, une des limites de l'imputation est de présumer que les cas pour lesquels des données sont manquantes se comportent comme ceux pour lesquels les données sont complètes. Comme cette condition ne peut être assurée, il n'est pas possible d'affirmer que les données manquantes sont dues uniquement au hasard. Quant aux limites spécifiques à la population visée, une assignation aléatoirement aurait été préférable dans les groupes expérimental et témoin. Cependant, puisque l'Unité de sexualité humaine est incluse dans le cheminement universitaire des futurs médecins, il était impossible d'assigner les participants aléatoirement à chacun des groupes. D'un autre côté, étant donné la petite taille des cohortes visées par l'étude, il était préférable de s'adresser à l'ensemble des étudiants afin de maximiser la taille de l'échantillon. De plus, il est possible que les participants n'ayant pas répondu au questionnaire présentent des caractéristiques particulières qui auraient pu influencer leurs réponses. Il est cependant impossible d'en rendre compte par l'imputation, puisque qu'aucune mesure n'évalue ces caractéristiques. Enfin, le QEAPS est un nouvel outil de mesure qui devrait être validé sur divers échantillon de professionnels de la santé afin de s'assurer de ses propriétés psychométriques. Le QEPAS est un outil en développement qui a fait l'objet d'une validation sommaire et dont les propriétés et la qualité restent à démontrer.

Certains facteurs associés à l'implantation de l'Unité de sexualité humaine constituent également des limites à l'évaluation. Bien que la présence à l'Unité de sexualité humaine soit obligatoire, l'exposition des étudiants au programme demeure variable en raison des absences de certains étudiants. Malgré un contrôle des présences, certains d'entre eux réussissent à s'absenter lors des conférences et ne se présentent que dans leur petit groupe, où ce même contrôle est beaucoup plus facile et où leur absence ne pourrait pas passer inaperçue. De plus,

des modifications de dernières minutes aux activités, comme l'absence ou le retard d'un conférencier, questionnent la mesure dans laquelle l'Unité de sexualité humaine a été appliquée tel que planifiée. Enfin, bien qu'un guide d'animation indiquant des pistes de réflexion existe, l'adhésion des sexologues-animateurs aux consignes suggérées demeure variable. Cette adhésion est d'ailleurs très dépendante de la direction que prennent les discussions en petits groupes. Ces facteurs liés à l'implantation n'ont pas été documentés et il a donc été impossible de contrôler statistiquement les effets.

Enfin, l'absence d'une intervention de groupe auprès des participants du groupe témoin ne permet pas d'éliminer la possibilité que ce ne soit pas tant le programme spécifique de l'Unité de sexualité humaine qui soit responsable des changements observés que le simple effet de la participation à des discussions sur la sexualité, peu importe leur contenu spécifique. Seul le contraste de l'Unité de sexualité humaine avec un groupe témoin ayant reçu une intervention où les participants étaient amenés à discuter activement de contenus généraux sur la sexualité (plutôt que des contenus spécifiques proposés par l'Unité de sexualité humaine) aurait permis de mesurer cet effet possible lié à la seule participation à un programme sur la sexualité, quel que soit son contenu.

En conclusion, l'article a présenté l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine offerte par l'Université de Sherbrooke aux étudiants de médecine. Dans cet article, nous avons tenté de démontrer la nécessité de former les professionnels de la santé à l'égard de la sexualité et nous avons mis en lumière certaines des lacunes que présentent ces formations dans leur curriculum. L'évaluation de l'Unité de sexualité humaine a été réalisée à l'aide d'un nouvel outil de mesure des attitudes des professionnels de la santé à l'égard de la sexualité qui essaie de palier certaines des principales limites des évaluations de programmes qui ont été recensées. Les résultats de cette évaluation font voir des changements à court terme, bien que plusieurs n'aient pas été maintenus à moyen terme. Différentes recommandations à l'égard des programmes d'éducation à la sexualité ont été émises afin de bonifier de l'Unité de sexualité humaine et permettront d'éclairer le développement de différents programmes d'éducation à la sexualité destinés aux professionnels de la santé.

CHAPITRE IV

LA DISCUSSION

Lorsque vient le moment d'aborder la santé sexuelle, les professionnels de la santé sont des personnes clés auprès de la population (Cohen, 1995; Dunn et Alarie, 1997; McCall et McKay, 2004). Afin qu'une relation encourageant la discussion sur la sexualité avec les patients se développe (Duberstein *et al.*, 2007; Grigg, 1997), les professionnels de la santé doivent faire preuve de diverses qualités interpersonnelles empreintes principalement de respect et de non-jugement (OMS, 2006; Solursh *et al.*, 2003). Au Québec, l'Université de Sherbrooke dispense l'Unité de sexualité humaine, un programme obligatoire d'éducation à la sexualité destiné aux étudiants de deuxième année en médecine. Ce programme vise non seulement le développement de leur aisance à discuter de sexualité dans le cadre de leur pratique, mais également le développement du respect et du non-jugement à l'égard de différentes thématiques jugées taboues en invitant les étudiants à réfléchir sur leurs propres valeurs et préjugés.

Dans le cadre de la présente étude, l'impact de l'Unité de sexualité humaine a été mesuré à l'aide de quatre variables inspirées des modèles sociocognitifs (Ajzen, 1985; 1991; 2006, Bandura, 1986, Triandis, 1980). Le choix ces modèles est justifiable par l'intérêt de mesurer l'atteinte des objectifs de l'Unité de sexualité sur des déterminants spécifiques des comportements attendus de la part des médecins. Cependant, il est important de mentionner de nouveau que l'Unité de sexualité humaine a été évaluée avec ce qui est attendu d'un médecin dans le contexte social actuel et en fonction des connaissances théoriques qui pouvaient être peu développées au moment de la conception de l'Unité de sexualité humaine. Dans cette optique, il était nécessaire d'évaluer dans quelle mesure ce programme

d'éducation à la sexualité modifiait certains déterminants principaux associés aux comportements attendus. L'évaluation a été réalisée à l'aide d'un nouvel outil de mesure construit à partir de modèles théoriques qui étaient implicites à l'Unité de sexualité humaine. Les jugements sur l'atteinte des objectifs du programme que permettent de porter la présente évaluation sont alors teintés de ces choix conceptuels associés à l'instrument de mesure. Ainsi, l'intention, l'utilité perçue, le confort ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle en regard de contextes, d'actions et de problématiques spécifiques ont été évalués à court terme, immédiatement après l'intervention, ainsi qu'à moyen terme, environ trois mois plus tard.

4.1 Les impacts mesurés à court terme

L'évaluation immédiatement après l'Unité de sexualité humaine permet de constater que les participants auraient modifié favorablement leur intention, leur sentiment de confort, ainsi que leur sentiment d'efficacité personnelle à informer et questionner les patients à l'égard de la sexualité. De plus, il semble que leur participation à ce programme d'éducation à la sexualité ait contribué à renforcer chez les étudiants l'utilité perçue d'aborder la sexualité dans le cadre de leur pratique. En somme, des résultats favorables ont été observés à court terme sur toutes les dimensions mesurées par le QEAPS, y compris celles qui ne faisaient pas l'objet d'une intervention explicitement visée par les objectifs de l'Unité de sexualité humaine.

Ces constats à court terme permettent d'avancer que l'Unité de sexualité humaine a encouragé les étudiants à se questionner et à réfléchir à leur vision de la sexualité humaine dans le cadre de leur pratique professionnelle. En ce sens, les petits groupes de discussion à la suite de chacune des conférences et la présence d'un sexologue comme animateur ont certainement contribué au développement et l'amélioration des variables mesurées. Cependant, puisque les étudiants ne seront amenés que plusieurs mois plus tard à interagir avec des patients, et donc à mettre en pratique les comportements attendus, il est permis de se questionner quant à la stabilité des changements mesurés sur ces variables prédictives et à leur mise en application effective.

4.2 Le maintien des changements mesurés

Les changements observés à court terme ne se maintiennent seulement que pour certaines dimensions : l'*intention* d'aborder avec les patients 1) la gestion des risques sexuels et 2) la qualité de leur vie sexuelle; le *sentiment de confort* à aborder avec les patients 1) l'impact de la médication, des traitements et d'une chirurgie sur leur sexualité, 2) la gestion des risques sexuels et 3) la qualité de leur vie sexuelle; ainsi que le *sentiment d'efficacité personnelle* à aborder l'impact de la médication, des traitements et d'une chirurgie sur la sexualité. Certaines hypothèses explicatives peuvent alors être avancées afin d'expliquer que le maintien de ces changements n'est observable que pour certaines variables.

4.2.1 L'intention

D'abord, les changements se sont maintenus sur deux des trois dimensions mesurées par le QEAPS quant à l'intention. Ce maintien suggère que les méthodes éducatives utilisées par l'Unité de sexualité humaine, soit la place majeure attribuée aux témoignages, à la discussion avec les individus offrant les témoignages et celle en petits groupes ainsi que les échanges avec un sexologue, sont adéquates et favorisent le développement de l'intention chez les futurs médecins à discuter de sexualité avec leurs patients. Il est important de rappeler que l'intention est un facteur important impliqué dans le changement de comportement (Ajzen, 1991). En ce sens, il est permis de s'interroger sur la mesure dans laquelle l'intention des étudiants à questionner, à informer et à répondre aux questionnements des patients à l'égard de la sexualité sera mise en pratique lorsqu'ils feront face aux réalités hospitalières et cliniques. Ces résultats, bien qu'encourageants, invitent à réfléchir aux difficultés que rencontreront les étudiants lorsque viendra le moment de mettre en œuvre ces intentions dans leur contexte professionnel.

4.2.2 Le sentiment de confort

L'augmentation du sentiment de confort observé à l'issue du programme est un des objectifs principaux visés par l'Unité de sexualité humaine. Les changements mesurés à court terme se sont également maintenus dans le temps pour une majorité de variables. Tout comme pour

l'intention, les méthodes éducatives utilisées favorisent la stabilité de ces changements. En effet, les étudiants ont l'opportunité d'écouter des témoignages, de questionner les gens qui les offrent ainsi que d'en discuter lors de leurs sessions en petits groupes, favorisant ainsi l'accroissement de leur sentiment de confort sur impacts de la médication, des traitements et d'une chirurgie, la gestion des risques sexuels ainsi que la qualité de vie sexuelle.

Cependant, malgré les témoignages de diverses personnes vivant des thématiques jugées taboues, il s'agit de la seule dimension dont les changements ne se sont pas maintenus dans le temps. Ce constat illustre l'importance de l'inconfort vécu par les étudiants à l'égard de certaines réalités. Pour certains, l'Unité de sexualité humaine peut représenter la première occasion où ils sont en mesure de rencontrer des personnes présentant des thématiques telles que les agressions sexuelles. Il est démontré que plus les professionnels de la santé sont en contact avec des individus vivant une thématique jugée taboue, plus ils développeront des attitudes positives à leur égard (Sanchez *et al.*, 2006). Ainsi, il pourrait être trop ambitieux de croire que ces étudiants se sentiraient d'emblée plus confortables à aborder la sexualité avec ces populations après une seule rencontre. Il est pertinent de rappeler que dans la perspective d'Ajzen (2006), autant de thématiques à caractère sexuel deviennent autant de contextes différents dans lesquels les actions souhaitées auront lieu. Il est donc important que les étudiants en médecine soient confrontés à une variété de thématiques et situations à caractère sexuel puisque leurs réactions à certaines d'entre elles peuvent ne pas se généraliser à l'ensemble des thématiques et situations auxquelles ils auront à faire face. L'absence de maintien des changements illustre donc la nécessité d'intervenir plus intensivement sur la dimension du confort face à des thématiques jugées taboues.

4.2.3 L'utilité perçue

L'utilité perçue renvoie à l'importance accordée au fait de discuter de sexualité humaine dans le contexte de la relation entre le professionnel de la santé et le patient et constituait un objectif visé par l'Unité de sexualité humaine. Cependant, aucun changement mesuré à court terme ne s'est maintenu, et ce, pour l'ensemble des dimensions de la variable de l'utilité perçue. Toutefois, bien que cette variable faisait partie des objectifs de l'Unité de sexualité

humaine, elle n'est pas explicitement abordée par les méthodes pédagogiques mises en place dans l'Unité de sexualité humaine. Afin d'amorcer une réflexion auprès des étudiants, les personnes offrant les témoignages étaient parfois invitées à exposer pourquoi la sexualité doit être abordée dans la relation entre le professionnel de la santé et le patient, selon leur expérience de vie. Cependant, les pistes de réflexion lancées par les conférenciers peuvent ne pas être abordées systématiquement dans l'ensemble des petits groupes de discussion, limitant alors la réflexion et les échanges qu'aurait permis une discussion sur ce questionnement.

L'utilité perçue est une dimension dont l'importance doit non seulement être discutée dans le cadre de l'Unité de sexualité humaine, mais également dans l'ensemble des formations initiales et continues. À cet effet, les normes subjectives que percevra l'étudiant chez son entourage professionnel et la pression sociale à l'égard du comportement à développer l'influenceront à le mettre en place ou non (Ajzen, 2006). Un programme d'éducation à la sexualité ne peut donc constituer l'unique mesure véhiculant l'importance de questionner et d'informer les patients à l'égard d'un sujet comme la sexualité. Si un message positif énonçant la pertinence de l'aborder était véhiculé par les différents acteurs œuvrant dans le milieu médical, les étudiants en médecine seraient en mesure d'évaluer l'importance que leur entourage professionnel accorde à la santé sexuelle.

4.2.4 Le sentiment d'efficacité personnelle

En ce qui concerne le sentiment d'efficacité personnelle, seule la dimension portant sur l'impact de la médication, des traitements et d'une chirurgie sur la sexualité était toujours significativement plus élevée après trois mois. Cette dimension peut être davantage associée à la réalité des étudiants en médecine, puisqu'elle renvoie l'étudiant aux connaissances théoriques apprises durant ses deux premières années d'études. Ainsi, l'étudiant pourrait se sentir plus habilité à aborder cette dimension (Bandura, 1986). Il peut ainsi expliquer et vulgariser les impacts biologiques de la médication, des traitements ou encore d'une chirurgie sur la sexualité, puisque cette dimension est plus rationnelle et soulève peut-être moins d'enjeux émotifs que les dimensions psychosociales et sexologiques. L'étudiant pourrait alors

se sentir plus outillé à aborder cette dimension qui soulève moins de confrontations reliées à ses valeurs que la gestion des risques sexuels, par exemple.

Aussi, lorsqu'il est question du sentiment d'efficacité personnelle, il est nécessaire de rappeler l'importance de cibler le contexte dans lequel il doit être développé (Ajzen, 2006; Bandura, 1986). Un étudiant pourrait posséder les habiletés et compétences nécessaires pour discuter de sexualité avec ses collègues, mais se sentir moins outillé pour questionner les patients. C'est pourquoi il est primordial que les outils de mesures utilisés ciblent le contexte professionnel, puisque les habiletés des professionnels de la santé sont susceptibles de différer selon les occasions auxquelles ils sont confrontés. Enfin, il est important de rappeler que le sentiment d'efficacité personnelle n'est pas un objectif visé explicitement par l'Unité de sexualité humaine. En ce sens, l'intégration de mises en application d'habiletés permettrait certainement d'accroître le maintien du sentiment de compétence chez les futurs médecins sur davantage de dimensions.

4.3 Les recommandations

Si le développement du QEAPS a été guidé en partie par un modèle théorique explicite ayant permis de spécifier les habiletés attendues chez les professionnels de la santé, il en va autrement de l'Unité de sexualité humaine. Certaines des dimensions mesurées par le QEAPS ne sont abordées que de manière marginale, voire pas du tout, par l'Unité de sexualité humaine. La présente évaluation est une invitation à préciser les objectifs de l'Unité de sexualité humaine, les habiletés qu'elle vise à développer chez les étudiants ainsi que les méthodes pédagogiques pour y arriver. La section qui suit offre une série de propositions à cet égard.

4.3.1 Les objectifs

Lorsque vient le moment de concevoir un programme d'éducation à la sexualité efficace, il importe d'identifier clairement les objectifs d'intervention visés et les comportements que ces objectifs souhaitent développer (Kirby, Laris et Rolleri, 2007). Pour des programmes

s'adressant aux professionnels de la santé, il est capital de définir les actions attendues (Ajzen, 1985; 2006) de leur part à la suite de la participation à ce programme d'éducation à la sexualité puisque l'action souhaitée, qu'elle soit dite passive (répondre aux questionnements) ou active (questionner et informer), n'exige pas la même implication de la part du professionnel de la santé. Puisque ce programme d'éducation à la sexualité permet au futur médecin de discuter de leur propre sexualité avec d'autres, il contribue au développement de leur confort à discuter du sujet avec les patients (Cohen, 1995). Cependant, l'objectif étant de contribuer à la formation de professionnels de la santé respectueux et sensibles aux réalités vécues par les patients, l'Unité de sexualité humaine bénéficierait de centrer ses objectifs sur le confort dans le contexte (1985; Ajzen, 2006) de la relation entre le professionnel de la santé et le patient, plutôt sur le confort à l'égard de leur propre sexualité. En ce sens, l'Unité de sexualité humaine bénéficierait d'orienter ses objectifs non pas vers le changement des attitudes générales des étudiants à l'égard de la sexualité, mais devrait les inviter à suspendre leur jugement dans le cadre de leur pratique professionnelle.

4.3.2 La bonification des méthodes pédagogiques

Étant donné l'importance de la formation des professionnels de la santé à l'égard de la sexualité, l'impact de l'Unité de sexualité humaine sur la formation des futurs professionnels de la santé à l'égard de la sexualité n'est pas négligeable. La force de ce programme d'éducation à la sexualité réside principalement dans l'espace qu'il offre aux étudiants, leur permettant de s'exprimer vis-à-vis leur sexualité, mais aussi la sexualité dans le cadre de leur pratique professionnelle. Ainsi, l'absence d'objectifs de formation visant la transmission de connaissances théoriques explicites est à l'avantage de l'Unité de sexualité humaine, puisque les programmes visant l'acquisition de connaissances ne semblent pas diminuer l'inquiétude des professionnels de la santé à intégrer la sexualité dans leur pratique professionnelle (Calamidas, 1987) et par ricochet, limitent le temps consacré au développement de leur aisance.

Cependant, à l'instar des conclusions de Garrard *et al.* (1976), la participation à un tel programme ne semble pas être suffisante pour assurer la stabilité temporelle des

améliorations mesurées à moyen terme. Certaines recommandations peuvent être émises afin de maximiser l'impact de l'Unité de sexualité humaine. Certes, il est clair que les discussions en petits groupes favorisent les échanges et la prise de conscience des valeurs, mais une mise en application plus concrète d'habiletés contribuerait à l'atteinte des objectifs de la formation (Kirby, Laris et Rolleri, 2007) et pourrait favoriser le développement d'un sentiment de compétence à aborder la sexualité. Comme le mentionnaient certaines conclusions d'évaluation de programmes, la mise en place de jeux de rôle favorise le maintien des changements dans le temps, puisque ces activités pédagogiques contribuent à l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle associée aux habiletés de communication (Vollmer *et al.*, 1989). L'observation des jeux de rôle invite également les étudiants à prendre connaissance des différentes façons de gérer les questionnements sexuels et des façons dont ils peuvent les intégrer dans une consultation courte et efficace (O'Keefe et Tesar, 1999). Concrètement, ces jeux de rôles pourraient être utilisés afin d'inviter les étudiants à formuler des questions pertinentes à adresser aux patients à l'égard de la sexualité. Après chaque conférence, les dernières vingt minutes de discussion dans les sous-groupes pourraient y être consacrées afin que les étudiants prennent conscience de différentes formulations possibles lorsqu'il s'agit d'aborder la sexualité avec les patients.

Dans son ensemble, le présent guide d'animation distribué aux sexologues avant leur participation à l'Unité de sexualité humaine indique des questions de discussions invitant les étudiants à parler davantage de leur sexualité que de la sexualité dans le cadre de leur pratique. Ainsi, l'établissement d'un nouveau guide d'animation exposant de nouvelles lignes directrices quant aux pistes de discussions serait approprié. Inspiré d'une approche théorique permettant le développement d'habiletés précises, ce guide permettrait non seulement une cohérence des discussions entre les groupes, mais fournirait également aux sexologues un portrait clair des réalités que peuvent rencontrer les professionnels de la santé lorsqu'il est question d'aborder la sexualité dans le contexte professionnel. En ce sens, il importe de personnaliser l'information véhiculée à travers le programme d'éducation à la sexualité, afin de rendre les situations abordées adaptées à leur réalité et leur contexte professionnel (Kirby, Laris et Rolleri, 2007) en ciblant, entre autres, la discussion sur la projection que les étudiants se font d'eux-mêmes dans le contexte professionnel.

L'importance de discuter de sexualité dans la relation professionnel de la santé et patients doit être un message qui est non seulement abordé dans un programme d'éducation à la sexualité, mais qui doit également être véhiculé dans l'ensemble du milieu médical et universitaire. Cette dimension doit être rappelée tout au long du curriculum de leur formation académique, afin que les étudiants en médecine perçoivent, tel que mentionné par Triandis (1980), la pertinence pour un professionnel de la santé comme eux de discuter de sexualité avec les patients. Lors des discussions en petits groupes, il serait pertinent d'amener les étudiants à réfléchir sur la désirabilité sociale, en les questionnant sur leur réelle intention et confort à aborder la sexualité dans le cadre de leur pratique et la pression qu'ils peuvent percevoir dans leur environnement au fait de devoir être confortables à l'aborder. Il serait pertinent de discuter avec eux des normes (subjectives) qu'ils perçoivent à cet égard dans leur milieu de travail (Ajzen, 2006).

Diverses propositions et recommandations ont été émises afin de maximiser l'espace qu'occupe l'éducation à la sexualité dans le cheminement universitaire des étudiants en médecine de l'Université de Sherbrooke. Il serait également pertinent de réfléchir à la possibilité d'offrir l'Unité de sexualité humaine plus tardivement dans le cheminement universitaire des étudiants en médecine, lorsqu'ils commenceront à interagir avec des patients, par exemple. Il est important de se rappeler que l'Unité a lieu lors de leur deuxième année de médecine, et que près de deux ans les séparent encore de leur résidence. Il faut maintenant voir dans quelle mesure, à court et moyen terme, certains des changements proposés pourront être apportés afin de maximiser l'impact de l'Unité de sexualité humaine, en gardant en tête les contraintes de temps non seulement dans les petits groupes, mais aussi pour la durée de l'Unité de sexualité humaine en général.

4.3.3 Limites de l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine

Certaines limites doivent être soulignées à la suite de l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine. Une des limites principales de cette évaluation est le nombre important de données

manquantes. Certaines difficultés logistiques rencontrées lors de la collecte de données ainsi que l'absence de motivation à répondre au QEAPS pourraient être des causes expliquant le faible taux de participation du groupe témoin. Afin de pallier cette limite, l'imputation multiple des données manquantes a été favorisée. Cependant, une des limites de l'imputation est de présumer que les cas pour lesquels des données sont manquantes se comportent comme ceux pour lesquels les données sont complètes. Comme cette condition ne peut être assurée, il n'est pas possible d'affirmer que les données manquantes sont dues uniquement au hasard. Quant à la population visée, une assignation aléatoirement aurait été préférable pour chacun des groupes (expérimental et témoin), mais elle était impossible puisque l'Unité de sexualité humaine est incluse dans le cheminement universitaire des futurs médecins. De plus, étant donné la petite taille des cohortes visées par l'étude, il était préférable de s'adresser à l'ensemble des étudiants afin de maximiser la taille de l'échantillon. Il est possible que les participants n'ayant pas répondu aient des caractéristiques particulières qui auraient pu influencer leurs réponses. En l'absence de mesure de ces caractéristiques, il est impossible d'en rendre compte par l'imputation. Enfin, le QEAPS est un outil de mesure construit à partir de modèles théoriques qui n'ont pas été explicitement utilisés dans la planification de l'Unité de sexualité humaine. Ainsi, le jugement porté à la suite de l'évaluation est fait à l'aide d'un instrument de mesure dont les dimensions ne sont pas explicitement visées par le programme. De plus, il s'agit d'un nouvel outil de mesure dont la validation reste sommaire et doit être poursuivie dans d'autres contextes de recherche afin d'en vérifier les qualités métriques.

Certains facteurs associés à l'implantation de l'Unité de sexualité humaine constituent également des limites à l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine. Puisque ce programme d'éducation à la sexualité fait partie du cheminement académique des étudiants en médecine et que des crédits universitaires sont associés à la participation, leur présence est obligatoire. Cependant, l'exposition des étudiants au programme demeure variable en raison des absences de certains. Certains d'entre eux s'absentent lors des conférences et ne se présentent que dans leur petit groupe pour les discussions, où le contrôle des présences est beaucoup plus facile et où leur absence ne passerait pas inaperçue. Certains de ces étudiants ont donc complété le

QEAPS sans avoir assisté à l'ensemble de l'Unité de sexualité humaine, ce qui peut introduire un certain biais dans leurs réponses.

De plus, des modifications de dernières minutes aux activités, comme l'absence ou le retard d'un conférencier, questionnent la mesure dans laquelle l'Unité de sexualité humaine a été appliquée tel que planifiée. En ce sens, la présence de témoignages, qui diffèrent d'une année à l'autre en raison de la variation du vécu des conférenciers présents, peut influencer la perception des étudiants à l'égard de certaines thématiques jugées taboues. Enfin, bien qu'un guide d'animation indiquant des pistes de réflexion existe, l'adhésion des sexologues aux consignes suggérées demeure variable. Cette adhésion est d'ailleurs très dépendante de la direction que prennent les discussions en petits groupes. Bref, ces facteurs liés à l'implantation n'ont pas été documentés et il a donc été impossible de contrôler statistiquement leurs effets.

Enfin, l'absence d'une intervention de groupe auprès des participants du groupe témoin ne permet pas d'éliminer la possibilité que ce ne soit pas tant le programme spécifique de l'Unité de sexualité humaine qui soit responsable des changements observés que le simple effet de la participation à des discussions sur la sexualité, peu importe leur contenu spécifique. Seul le contraste de l'Unité de sexualité humaine avec un groupe témoin ayant reçu une intervention où les participants étaient amenés à discuter activement de contenus généraux sur la sexualité (plutôt que des contenus spécifiques tels que proposés par l'Unité de sexualité humaine) aurait permis de mesurer cet effet possible lié à la seule participation à un programme sur la sexualité, quel que soit son contenu. Il est donc difficile de poser un jugement sûr à l'égard des effets de l'Unité de sexualité humaine et des impacts de son alternance entre les conférences et les discussions en petits groupes sur différentes variables qui prédisent le comportement attendu.

CONCLUSION

Le présent mémoire a proposé une évaluation formative des résultats de l'Unité de sexualité humaine offerte dans le cadre du cheminement universitaire des étudiants en médecine. Parallèlement à cette démarche, le mémoire a permis de mettre en relief l'importance du rôle des professionnels de la santé et de leurs habiletés interpersonnelles lorsqu'il est question d'aborder la santé sexuelle avec leurs patients. Au-delà de ce constat, la nécessité de former les professionnels de la santé à l'égard de la sexualité a été mise en évidence. La Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke a perçu la pertinence d'une telle éducation à la sexualité puisqu'elle offre depuis plus de trente ans l'Unité de sexualité humaine, un programme d'éducation à la sexualité obligatoire dans le cheminement universitaire des étudiants. Suite à une demande du milieu, l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine a été réalisée afin d'en mesurer les impacts.

Puisqu'aucun outil de mesure recensé ne semblait s'adresser spécifiquement aux professionnels de la santé et le contexte de leur pratique lorsqu'il est question d'aborder la sexualité, le questionnaire d'évaluation des attitudes des professionnels de la santé à l'égard de la sexualité a été développé (QEAPS). Le cadre conceptuel de ce questionnaire s'est inspiré des modèles sociocognitifs (Ajzen, 1985; 1991; 2006, Bandura, 1986, Triandis, 1980) et les concepts d'intention, d'utilité perçue, de confort et de sentiment d'efficacité personnelle ont été privilégiés. Une version préliminaire a tout d'abord été distribuée à quatre professionnels de la santé et une chercheure en santé publique afin de vérifier sa validité de contenu de l'outil. Par la suite, une première collecte de données a été réalisée à travers le Canada, via un questionnaire à compléter sur Internet. Les données ainsi recueillies ont permis d'identifier trois facteurs communs à chaque variable, soit les impacts de la médication, des traitements et d'une chirurgie, la gestion des risques sexuels ainsi que la qualité de vie sexuelle. Un quatrième facteur, les thématiques jugées taboues, s'est ajouté à la variable confort. Les données ont également permis de clarifier trois types d'actions

attendues de la part des professionnels de la santé, soit questionner, informer et répondre aux questionnements des patients. Cependant, de fortes corrélations entre certains énoncés ont forcé une reformulation de plusieurs d'entre eux. Ainsi, la version finale du QEAPS a été rédigée puis validée auprès d'un nouvel échantillon d'étudiants en médecine de première et de deuxième année à l'Université de Sherbrooke.

Des analyses factorielles confirmatives ont permis de clarifier la structure factorielle du QEAPS. Les coefficients de corrélation et alpha de Cronbach obtenus par la suite ont démontré une excellente cohérence interne sur les échelles globales de l'outil. De plus, des analyses de régression linéaire sur chacun des facteurs ont permis de constater que le QEAPS était sensible à certaines variables sociodémographiques et psychosociales tel l'âge, le sexe, l'accès antérieur à une formation sur la sexualité, le nombre de partenaires sexuels dans la dernière année ainsi que le score attitudinal au *Sociosexual Orientation Inventory* (Simpson et Gangestad, 1991). La stabilité temporelle du QEAPS apparaît plus problématique et devra faire l'objet de nouvelles analyses auprès d'autres échantillons.

Cet outil, bien que nouveau et encore en développement, a été utilisé pour l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine offerte en juin 2007. L'évaluation a été réalisée auprès d'un groupe expérimental ayant participé au programme à la fin de leur deuxième année d'études et d'un groupe témoin non équivalent constitué d'étudiants en première année. Ces deux groupes ont complété à trois reprises le QEAPS. En raison de difficultés logistiques ayant conduit à un nombre important de données manquantes chez certains participants, une méthode d'imputation des données a été privilégiée.

Globalement, les résultats obtenus à l'évaluation ont permis de constater que l'Unité de sexualité humaine avait des impacts à court terme sur l'ensemble des variables évaluées, soit l'intention, l'utilité perçue, le sentiment de confort ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle. Cependant, ces changements n'ont été maintenus à moyen terme que pour certains facteurs des variables de l'intention, du sentiment de confort et du sentiment d'efficacité personnelle. Aucun changement ne s'est maintenu pour la variable de l'utilité perçue. Ces résultats ont alors permis de soulever des hypothèses explicatives sur ce maintien

des gains dans le temps, mais également sur leur absence et les facteurs les expliquant. L'Unité de sexualité humaine bénéficierait d'intégrer un cadre théorique à son programme, de préciser ses objectifs et, les habiletés qu'elle vise à développer chez les étudiants, ainsi que d'adopter de nouvelles méthodes pédagogiques pour y arriver. Les résultats ont également permis de dégager des recommandations à l'égard de l'Unité de sexualité humaine, mais également pour d'éventuels programmes d'éducation à la sexualité destinés aux professionnels de la santé.

L'évaluation de l'Unité de sexualité humaine permet de mettre en lumière la pertinence de varier les méthodes d'enseignement dans un même programme. Cette stratégie permettrait d'améliorer différentes dimensions ayant un impact sur le développement du comportement souhaité. En effet, l'objectif ultime d'un tel programme est que les étudiants transposent ces améliorations dans le cadre de leurs stages, et éventuellement de leur pratique professionnelle. C'est pourquoi les programmes d'éducation à la sexualité bénéficieraient de formuler leurs objectifs de formation vis-à-vis différentes variables ayant un impact sur le comportement. Il serait également pertinent de maximiser le développement des habiletés, afin de développer un sentiment de compétence à aborder la sexualité. Enfin, l'évaluation de l'Unité de sexualité humaine met en évidence l'importance de développer des programmes d'éducation à la sexualité à l'aide d'un modèle théorique, facilitant ainsi l'évaluation de ses impacts sur les différentes variables visées par ses objectifs.

En guise de conclusion, certaines pistes de recherche futures peuvent être formulées à l'égard de l'évaluation des programmes de formation offerts aux professionnels de la santé. Aucune étude recensée ne semble s'être intéressée à l'évaluation de l'implantation de ces programmes, alors que sa mise en place a certainement un rôle à jouer dans les changements mesurés. Il serait donc pertinent de réaliser une telle évaluation, afin de dégager des pistes concrètes et réalistes afin de maximiser l'implantation de programmes d'éducation à la sexualité dans la réalité complexe d'un cheminement universitaire chargé, comme celui de médecine. Il serait également intéressant de documenter les obstacles rencontrés par les professionnels

de la santé lorsqu'il est question de santé sexuelle, et des stratégies qu'ils sont en mesure de mettre en place afin de les gérer et de les surmonter.

APPENDICE A

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES ATTITUDES DES PROFESSIONNEL(LE)S
DE LA SANTÉ À L'ÉGARD DE LA SEXUALITÉ

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES ATTITUDES DES PROFESSIONNEL(LE)S DE LA SANTÉ À L'ÉGARD DE LA SEXUALITÉ

La sexualité est un aspect de la santé que les professionnels de la santé abordent de façon variable avec les patients. Les questions qui suivent visent à déterminer les manières dont vous le faites.

Si vous ne rencontrez pas de patient(e)s présentement, veuillez répondre selon votre connaissance de vous-mêmes sur le plan professionnel, en vous projetant dans un contexte où vous auriez à en rencontrer.

CRÉATION D'UN CODE UNIQUE

Puisque nous solliciterons votre participation à trois occasions, un code unique doit être créé.

Ce code unique permettra d'associer vos deux questionnaires complétés, à une semaine puis 3 mois d'intervalle.

Pour ce faire, vous êtes invité(e) à fournir:

- les deux premières lettres du prénom de votre mère;
- les deux premières lettres du prénom de votre père,
- ainsi que le jour et le mois de votre naissance.

Ainsi, pour un individu dont les parents se nomment Marie (MA) et Jean (JE) et né le 05 janvier (01) nous obtiendrons MAJE0501. Ce code ne pourra être connu que par vous, et d'aucune manière les chercheurs ne pourront vous identifier.

Votre code unique (en caractères d'imprimerie) : _____

SECTION 1 - QUESTIONS GÉNÉRALES

1. Quel âge avez-vous?

_____ ans

2. Vous êtes :

- Une femme
 Un homme

3. À l'extérieur de vos études, dans quelle province résidez-vous?

- 1 Nouveau-Brunswick
 2 Québec
 3 Autres : _____

4. Dans votre vie, quelle importance accordée vous à la religion?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Pas du tout
important | Un peu
important | Plutôt
important | Modérément
important | Très
important | Fortement
important |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

5. À quelle fréquence pratiquez-vous les rites de votre religion (tels que la prière, la confession, ou la fréquentation des lieux de cultes) ?

- | | | | | | | | |
|----------------------------|---|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Jamais | Une fois
tous les
deux ou
trois mois | Une
fois par
mois | Une fois
tous les 15
jours | Une fois
par
semaine | Plusieurs
fois par
semaine | Pratiquement
tous les jours | Au moins
une fois
par jour |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |

6. À quelle année de votre cheminement universitaire êtes-vous?

- 1 Première
 2 Deuxième
 3 Troisième
 4 Quatrième ou plus

7. Depuis le début de vos études comme professionnel(le)s de la santé, avez-vous déjà reçu une formation sur la sexualité?

- 1 Oui, dans le cadre de mes études universitaires
 2 Oui, à l'extérieur de mes études (Exemple : formations offertes par des organismes)
 0 Non **Passez à la question 8**

7.1 Au total, à combien d'heures de formation avez-vous assisté(e)?

- 1 Moins de 5 heures
 2 Entre 5 et 10 heures inclusivement
 3 Entre 10 et 20 heures inclusivement
 4 Entre 20 et 40 heures
 5 Plus de 40 heures

8. Connaissez-vous une ou plusieurs personne(s)... (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- 1 Personne homosexuelle
 2 Personne bisexuelle
 3 Personne transsexuelle
 4 Personne vivant avec le VIH/sida
 5 Personne ayant été victime d'une agression sexuelle
 6 Personne victime de violence conjugale
 7 Personne ayant déjà contracté une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS)

SECTION 2

La section suivante s'intéresse à votre intention d'aborder la sexualité avec les patient(e)s. Pour chaque énoncé, indiquez votre degré d'accord.

J'ai l'intention de (d')...	Pas du tout en accord	Un peu en accord	Plutôt en accord	Modérément en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord	Absolument en accord
1. Informer les patient(e)s des effets secondaires de leurs traitements sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
2. Informer les patient(e)s des impacts du vieillissement sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
3. Informer les patient(e)s des impacts de la médication sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
4. Informer les patient(e)s des impacts possibles d'une chirurgie sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
5. Proposer des tests de dépistage aux patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7
6. Questionner les patient(e)s sur les méthodes de contraception qu'ils /elles utilisent	1	2	3	4	5	6	7
7. Questionner les patient(e)s sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qu'ils/elles mettent en pratique	1	2	3	4	5	6	7
8. Questionner les patient(e)s souffrant d'une ITSS chronique (Ex. VIH/sida, herpès, condylomes) sur les stratégies mises en place pour éviter de la transmettre	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. Questionner la satisfaction sexuelle des patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7
11. Évaluer la présence de dysfonctions sexuelles	1	2	3	4	5	6	7

SECTION 3

La prochaine section se penche sur vos attitudes à l'égard de certaines problématiques sexuelles. Pour chaque énoncé, indiquez le degré de nécessité que vous lui accordez.

Dans quelle mesure est-il nécessaire de (d')...	Pas du nécessaire	Un peu nécessaire	Plutôt nécessaire	Modérément nécessaire	Fortement nécessaire	Très fortement nécessaire	Absolument nécessaire
1. Informer les patient(e)s des effets secondaires de leurs traitements sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
2. Informer les patient(e)s des impacts du vieillissement sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
3. Informer les patient(e)s des impacts de la médication sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
4. Informer les patient(e)s des impacts possibles d'une chirurgie sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
5. Proposer des tests de dépistage aux patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7
6. Questionner les patient(e)s sur les méthodes de contraception qu'ils/elles utilisent	1	2	3	4	5	6	7
7. Questionner les patient(e)s sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qu'ils/elles mettent en pratique	1	2	3	4	5	6	7
8. Questionner les patient(e)s souffrant d'une ITSS chronique (Ex. VIH/sida, herpès, condylomes) sur les stratégies mises en place pour éviter de la transmettre	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. Questionner la satisfaction sexuelle des patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7
11. Évaluer la présence de dysfonctions sexuelles	1	2	3	4	5	6	7

SECTION 4

La prochaine section se penche sur vos attitudes à l'égard de certaines problématiques sexuelles. Pour chaque situation, indiquez votre degré de confort.

Dans quelle mesure seriez-vous confortables de (d')...	Pas du tout confortable	Un peu confortable	Plutôt confortable	Modérément confortable	Fortement confortable	Très fortement confortable	Absolument confortable
1. Informer les patient(e)s des effets secondaires de leurs traitements sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
2. Informer les patient(e)s des impacts du vieillissement sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
3. Informer les patient(e)s des impacts de la médication sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
4. Informer les patient(e)s des impacts possibles d'une chirurgie sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
5. Proposer des tests de dépistage aux patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7
6. Questionner les patient(e)s sur les méthodes de contraception qu'ils /elles utilisent	1	2	3	4	5	6	7
7. Questionner les patient(e)s sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qu'ils/elles mettent en pratique	1	2	3	4	5	6	7
8. Questionner les patient(e)s souffrant d'une ITSS chronique (Ex. VIH/sida, herpès, condylomes) sur les stratégies mises en place pour éviter de la transmettre	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. Questionner la satisfaction sexuelle des patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7
11. Évaluer la présence de dysfonctions sexuelles	1	2	3	4	5	6	7
Dans quelle mesure seriez-vous confortables si un(e) patient(e) vous révélait qu'il/elle...							
12. a été victime d'une agression sexuelle	1	2	3	4	5	6	7
13. est d'une orientation autre qu'hétérosexuelle	1	2	3	4	5	6	7
14. est victime de violence conjugale	1	2	3	4	5	6	7
15. est transsexuel(le)	1	2	3	4	5	6	7

SECTION 5

Cette section s'intéresse à la capacité associée au fait d'aborder la sexualité avec les patient(e)s. Pour chaque énoncé, indiquez votre degré d'accord.

Actuellement, je me sens <u>capable</u> de(d')...	Pas du d'accord	Un peu d'accord	Plutôt d'accord	Modérément d'accord	Fortement d'accord	Très fortement d'accord	Absolument d'accord
1. Informer les patient(e)s des effets secondaires de leurs traitements sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
2. Informer les patient(e)s des impacts du vieillissement sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
3. Informer les patient(e)s des impacts de la médication sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
4. Informer les patient(e)s des impacts possibles d'une chirurgie sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
5. Proposer des tests de dépistage aux patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7
6. Questionner les patient(e)s sur les méthodes de contraception qu'ils /elles utilisent	1	2	3	4	5	6	7
7. Questionner les patient(e)s sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qu'ils/elles mettent en pratique	1	2	3	4	5	6	7
8. Questionner les patient(e)s souffrant d'une ITSS chronique (Ex. VIH/sida, herpès, condylomes) sur les stratégies mises en place pour éviter de la transmettre	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. Questionner la satisfaction sexuelle des patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7
11. Évaluer la présence de dysfonctions sexuelles	1	2	3	4	5	6	7

APPENDICE B

VERSION COURTE DU QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES ATTITUDES DES
PROFESSIONNEL(LE)S DE LA SANTÉ À L'ÉGARD DE LA SEXUALITÉ

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES ATTITUDES DES PROFESSIONNEL(LE)S DE LA SANTÉ
À L'ÉGARD DE LA SEXUALITÉ

La sexualité est un aspect de la santé que les professionnels de la santé abordent de façon variable avec les patients. Les questions qui suivent visent à déterminer les manières dont vous le faites.

Si vous ne rencontrez pas de patient(e)s présentement, veuillez répondre selon votre connaissance de vous-mêmes sur le plan professionnel, en vous projetant dans un contexte où vous auriez à en rencontrer.

CRÉATION D'UN CODE UNIQUE

Puisque nous solliciterons votre participation à trois occasions, un code unique doit être créé.

Ce code unique permettra d'associer vos deux questionnaires complétés, à une semaine puis 3 mois d'intervalle.

Pour ce faire, vous êtes invité(e) à fournir:

- les deux premières lettres du prénom de votre mère;
- les deux premières lettres du prénom de votre père,
- ainsi que le jour et le mois de votre naissance.

Ainsi, pour un individu dont les parents se nomment Marie (MA) et Jean (JE) et né le 05 janvier (01) nous obtiendrons MAJE0501. Ce code ne pourra être connu que par vous, et d'aucune manière les chercheurs ne pourront vous identifier.

Votre code unique (en caractères d'imprimerie) : _____

SECTION 1 - QUESTIONS GÉNÉRALES

1. Quel âge avez-vous?

_____ ans

2. Vous êtes :

- Une femme
 Un homme

3. À l'extérieur de vos études, dans quelle province résidez-vous?

- 1 Nouveau-Brunswick
 2 Québec
 3 Autres : _____

4. Dans votre vie, quelle importance accordée vous à la religion?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Pas du tout
important | Un peu
important | Plutôt
important | Modérément
important | Très
important | Fortement
important |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

5. À quelle fréquence pratiquez-vous les rites de votre religion (tels que la prière, la confession, ou la fréquentation des lieux de cultes) ?

- | | | | | | | | |
|----------------------------|---|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Jamais | Une fois
tous les
deux ou
trois mois | Une
fois par
mois | Une fois
tous les 15
jours | Une fois
par
semaine | Plusieurs
fois par
semaine | Pratiquement
tous les jours | Au moins
une fois
par jour |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |

6. À quelle année de votre cheminement universitaire êtes-vous?

- 1 Première
 2 Deuxième
 3 Troisième
 4 Quatrième ou plus

7. Depuis le début de vos études comme professionnel(le)s de la santé, avez-vous déjà reçu une formation sur la sexualité?

- 1 Oui, dans le cadre de mes études universitaires
 2 Oui, à l'extérieur de mes études (Exemple : formations offertes par des organismes)
 0 Non *Passez à la question 8*

7.1 Au total, à combien d'heures de formation avez-vous assisté(e)?

- 1 Moins de 5 heures
 2 Entre 5 et 10 heures inclusivement
 3 Entre 10 et 20 heures inclusivement
 4 Entre 20 et 40 heures
 5 Plus de 40 heures

8. Connaissez-vous une ou plusieurs personne(s)... (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- 1 Personne homosexuelle
 2 Personne bisexuelle
 3 Personne transsexuelle
 4 Personne vivant avec le VIH/sida
 5 Personne ayant été victime d'une agression sexuelle
 6 Personne victime de violence conjugale
 7 Personne ayant déjà contracté une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS)

Inventaire d'orientation sexuelle (*Sociosexual Orientation Inventory (SOI)* (Simpson et Gangestad, 1991))

Veillez, s'il vous plaît, répondre honnêtement aux questions suivantes. Pour les questions relatives à des comportements, vous veillez *écrire* vos réponses dans les espaces prévus à cet effet. Pour les questions relatives à des pensées ou des attitudes, veillez *cocher la case* appropriée sur les échelles qui vous sont fournies.

9. Avec combien de partenaires différents avez-vous eu des relations sexuelles durant la dernière année ?

_____ Partenaire(s)

10. Avec combien de partenaires différents prévoyez-vous d'avoir des relations sexuelles durant les cinq prochaines années? (*Veillez, s'il vous plaît, donner une estimation précise et réaliste*)

_____ Partenaire(s)

11. Avec combien de partenaires avez-vous eu des relations sexuelles à une et une seule occasion?

_____ Partenaire(s)

12. Combien de fois vous arrive-t-il de fantasmer sur des relations sexuelles avec quelqu'un d'autre que votre partenaire actuel(le)? (*Entourez une réponse*)

Jamais	Une fois tous les 2-3 mois	Une fois par mois	Une fois tous les 15 jours	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Pratiquement tous les jours	Au moins une fois par jour
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

13. Le sexe sans amour, c'est bien.

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Pas du tout d'accord								Fortement en accord

14. Je peux imaginer être à l'aise et apprécier des relations sexuelles sans lendemain avec différent(e)s partenaires.

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Pas du tout d'accord								Fortement en accord

15. Je dois être étroitement attaché(e) à quelqu'un (à la fois émotionnellement et psychologiquement) avant que je puisse me sentir à l'aise et que je puisse apprécier totalement une relation sexuelle avec lui ou elle.

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Pas du tout d'accord								Fortement en accord

SECTION 2

La section suivante s'intéresse à votre intention d'aborder la sexualité avec les patient(e)s. Pour chaque énoncé, indiquez votre degré d'accord.

J'ai l'intention de (d)...	Pas du tout en accord	Un peu en accord	Plutôt en accord	Modérément en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord	Absolument en accord
1. Informer les patient(e)s des effets secondaires de leurs traitements sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
2. Informer les patient(e)s des impacts possibles d'une chirurgie sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
3. Questionner les patient(e)s sur les méthodes de contraception qu'ils /elles utilisent	1	2	3	4	5	6	7
4. Questionner les patient(e)s sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qu'ils/elles mettent en pratique	1	2	3	4	5	6	7
5. Évaluer la qualité de la vie sexuelle des patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7
6. Questionner la satisfaction sexuelle des patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7

SECTION 3

La prochaine section se penche sur vos attitudes à l'égard de certaines problématiques sexuelles. Pour chaque énoncé, indiquez le degré de nécessité que vous lui accordez.

Dans quelle mesure est-il nécessaire de (d')...	Pas du nécessaire	Un peu nécessaire	Plutôt nécessaire	Modérément nécessaire	Fortement nécessaire	Très fortement nécessaire	Absolument nécessaire
1. Informer les patient(e)s des effets secondaires de leurs traitements sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
2. Informer les patient(e)s des impacts de la médication sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
3. Proposer des tests de dépistage aux patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7
4. Questionner les patient(e)s sur les méthodes de contraception qu'ils/elles utilisent	1	2	3	4	5	6	7
5. Questionner les patient(e)s sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qu'ils/elles mettent en pratique	1	2	3	4	5	6	7
6. Évaluer la qualité de la vie sexuelle des patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7
7. Questionner la satisfaction sexuelle des patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7

SECTION 4

La prochaine section se penche sur vos attitudes à l'égard de certaines problématiques sexuelles. Pour chaque situation, indiquez votre degré de confort.

Dans quelle mesure seriez-vous confortables de (d')...	Pas du tout confortable	Un peu confortable	Plutôt confortable	Modérément confortable	Fortement confortable	Très fortement confortable	Absolument confortable
1. Informer les patient(e)s des effets secondaires de leurs traitements sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
2. Informer les patient(e)s des impacts de la médication sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
3. Questionner les patient(e)s sur les méthodes de contraception qu'ils /elles utilisent	1	2	3	4	5	6	7
4. Questionner les patient(e)s sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qu'ils/elles mettent en pratique	1	2	3	4	5	6	7
5. Évaluer la qualité de la vie sexuelle des patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7
6. Questionner la satisfaction sexuelle des patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7
Dans quelle mesure seriez-vous confortables si un(e) patient(e) vous révélait qu'il/elle...							
7. a été victime d'une agression sexuelle	1	2	3	4	5	6	7
8. est victime de violence conjugale	1	2	3	4	5	6	7

SECTION 5

Cette section s'intéresse à la capacité associée au fait d'aborder la sexualité avec les patient(e)s. Pour chaque énoncé, indiquez votre degré d'accord.

Actuellement, je me sens <u>capable</u> de(d')...	Pas du d'accord	Un peu d'accord	Plutôt d'accord	Modérément d'accord	Fortement d'accord	Très fortement d'accord	Absolument d'accord
1. Informer les patient(e)s des effets secondaires de leurs traitements sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
2. Informer les patient(e)s des impacts de la médication sur leur sexualité	1	2	3	4	5	6	7
3. Questionner les patient(e)s sur les stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qu'ils/elles mettent en pratique	1	2	3	4	5	6	7
4. Questionner les patient(e)s souffrant d'une ITSS chronique (Ex. VIH/sida, herpès, condylomes) sur les stratégies mises en place pour éviter de la transmettre	1	2	3	4	5	6	7
5. Évaluer la qualité de la vie sexuelle des patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7
6. Questionner la satisfaction sexuelle des patient(e)s	1	2	3	4	5	6	7

BIBLIOGRAPHIE

- Ajzen, Icek. 1985. « From intentions to actions: A theory of planned behaviour ». In J. Kuhl et J. Beckmann, Éditeurs. *Action Control: From cognition to behaviour*, p. 11-39, New-York: Springer.
- Ajzen, Icek. 1991. « The theory of planned behavior ». *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 50, p. 179-211.
- Ajzen, Icek. 2006. « Theory of planned behavior ». En ligne. <http://people.umass.edu/aizen/>. Consulté le 12 mai 2008.
- Bandura, Albert. 1986. *Social foundations of thought & action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall. 617 p.
- Baraitser, Paula, Lynne Elliott et Alison Bigrigg. 1998. « How to talk about sex and do it well : a course for medical students ». *Medical Teacher*, vol. 20, no 3, p. 237-240.
- Barrett, Michael et Alexander McKay. 1998. « Training in sexual health and STD prevention in Canadian medical Schools ». *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 7, no 4, p. 305-320.
- Bouman, Walter Pierre, Jon Arcelus et Susan Mary Benbow. 2006. « Nottingham study of sexuality ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literature ». *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 21, no 2, p. 149-161.
- Calamidas, Elizabeth G. 1987. « Sex education and the sexual anxiety of medical students ». *Journal of Sex Education and Therapy*, vol. 13, p. 29-32
- Cohen, Gerald S. 1995. « Applying the Canadian guidelines for sexual health education to family medicine : how well do they reflect practice and training? ». *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 4, no 1, p. 41-46.
- Contandriopoulos, André-Pierre, François Champagne, Louse Potvin, Jean-Louis Devis et Pierre Boyle. 1990. *Savoir préparer une recherche : La définir, la structurer, la financer*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 197 p.
- Cortina, Jose M. 1993. « What is coefficient alpha? An examination of theory and applications ». *Journal of Applied Psychology*, vol. 78, no 1, p. 98-104.

- Croft, C.A. et L. Asmussen, 1993. « A developmental approach to sexuality education: implications for medical practice ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 14, no 2, p. 109-114.
- Dixon-Woods, Mary, Joanne Regan, Noelle Robertson, Bridget Young, Christine Cordle et Martin Tobin. 2002. « Teaching and learning about human sexuality in undergraduate medical education ». *Medical Education*, vol. 36, p. 432-440.
- Duberstein, Paul, Sean Meldrum, Kevin Fiscella, Cleveland G. Shields et Ronald M. Epstein. 2007. Influences on patients' ratings of physicians: Physicians demographics and personality. *Patient Education and Counseling*, vol. 65, p. 270-274.
- Dunn, Marian E. et Pierre Alarie. 1997. « Trends in sexuality education in United States and Canadian medical schools ». *Journal of Psychology and Human Sexuality*, vol. 9, no 3-4, p. 175-184.
- Ferrara, E., M.P. Pugnaire, J.A. Jonassen, K. O'Dell, M. Clay, D. Hatem et M. Carlin. 2003. « Sexual health innovations in undergraduate medical education ». *International Journal of Impotence Research*, vol. 15. supp. 5, p. S46-S50.
- Faulder, Georgina S., Simon C. Roley, Nicole Stone et Anna Glasier. 2004. « Teaching sex education improves medical students' confidence in dealing with sexual health issues. *Contraception*, vol. 30, p. 135-139.
- Fisher, William A., Guy Grenier, Wendell W. Watters, John Lamont, May Cohen et Joyce Askwith. 1988. « Students' sexual knowledge, attitudes toward sex, and willingness to treat sexual concerns ». *Journal of Medical Education*, vol. 63, p. 379-930.
- FitzGerald, Mark, Tessa Crowley, Peter Greenhouse, Chris Probert et Patrick Horner. 2003. « Teaching sexual history taking to medical students and examining it: experience in one medical school and a national survey ». *Medical Education*, vol. 37, p. 94-98.
- Garrard, Judith, Aldona Vaitkus, James Held et R.A. Chilgren. 1976. « Follow-up effects of a medical school course in human sexuality ». *Archives of Sexual Behavior*, vol. 5, no 4, p. 331-340.
- Godin, G., C. Fortin, F. Michaud, R. Bradet, et G. Kok. 1997. « Use of condoms : Intention and behaviour of adolescents living in juvenile rehabilitation centres ». *Health Education Research : Theory and Practice*, vol. 12, p. 289-300.
- Godin, G., C. Gagné, J. Maziade, L. Moreault et D. Beaulieu. 2001. « Breast cancer : The intention to have a mammography and a clinical breast examination - Application of the theory of planned behavior ». *Psychology & Health*, vol. 16, no 4, p. 423-441.

- Godin, Gaston, Paschal Sheeran, Mark Cooner, Camille Gagné, Danielle Blondeau et Marc Germain. 2004. Étude des déterminants de l'intention de faire un don de sang parmi la population générale. Rapport de recherche présenté à Héma-Québec, 49 p.
- Grigg, Elizabeth. 1997. Guidelines for teaching about sexuality. *Nurse Education Today*, vol. 17, p. 62-66.
- Guthrie, Caitrian. 1999. « Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care ». *Journal of Clinical Nursing*, vol. 8, p. 313-321.
- Honaker, J., King, G., and Blackwell, M. 2006. *Amelia Software Web Site*. En ligne. < <http://gking.harvard.edu/amelia>>. Consulté le 28 mars 2008.
- Jomphe-Hill A., F. Boudreau, É. Amyot, D. Déry et G. Godin. 1997. « Predicting the stages of smoking acquisition according to the theory of planned behavior ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 21, p. 107-115.
- Kelley, Jeffrey A., Janet S. St. Lawrence, Steve Smith, Harold V. Hood et Donne J. Cook. 1987. « Medical students' attitudes toward AIDS and homosexual patients ». *Journal of Medicine Education*, vol. 62, p. 549-556.
- Kirby, Douglas B., B.A. Laris et Lori A. Rolleri. 2007. « Sex and HIV education programs : Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 40, p. 206-217.
- Kirby, D. 1999. « Reflections on two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy ». *Journal of School Health*, vol. 69, no 3, p.89-94.
- Klamen, Debra L., Linda S. Grossman et David R. Kopacz. 1999. « Medical student homophobia ». *Journal of Homosexuality*, vol. 37, no 1, p. 53-63.
- Kuczynski, H. June. 1980. « Nursing and medical students' sexual attitudes and knowledge: Curricular implications». *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, p. 339-342.
- Laidlaw, Toni Suzuki, David M. Kaufman, Joan Sargeant, Heather MacLeod, Kim Blake et David Simpson. 2007. « What makes a physician an exemplary communicator with patients? ». *Patient Education and Counseling*, vol. 68, p. 153-160.
- Leiblum, Sandra R., Raymond C. Rosen, Marcia Platt, Richard J. Cross et Carolyn Black. 1993. « Sexual attitudes and behavior of a cross-sectional sample of United States medical students: Effects of gender, age, and year of study ». *Journal of Sex Education and Therapy*, vol. 19, no 4, p. 235-245.

- Lewis, Sarah et Robert Bor. 1994. « Nurses' knowledge of and attitudes towards sexuality and the relationship of these with nursing practice ». *Journal of Advanced Nursing*, vol. 20, p. 251-259.
- Lindau, Stacy Tessler, Katie G. Goodrich, Sara A. Leitsch et Sandy Cook. 2008. « Sex in the curriculum : the effect of a multi-modal sexual history taking module on medical student skills ». *Sex Education*, vol. 8, no 1, p. 1-9.
- Maheux, Brigitte, Nancy Haley, Michèle Rivard et André Gervais. 1999. « Do physicians assess lifestyle health risks during general medical examinations? ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, no 3, p. 1830-1834.
- Marcotte, David B. et Constance Logan. 1977. « Medical sex education: allowing attitude alteration ». *Archives of Sexual Behavior*, vol. 6, no 2, p. 155-161.
- Mathews, Christopher, Mary W. Booth, John D. Turner et Lois Kessler. 1986. « Physicians' attitudes toward homosexuality - Survey of a California County Medical Society ». *The Western Journal of Medicine*, vol. 144, p. 106-110.
- McCall, Douglas et Alex McKay. 2004. Santé sexuelle: Promotion en milieux scolaires et parascolaires au Canada. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 146, p. 601-605.
- McGrory, Brian J., David M. McDowell et Philip R. Muskin. 1990. « Medical students' attitudes toward AIDS, homosexual and intravenous drug-abusing patients : A re-evaluation in New York city ». *Psychosomatics*, vol. 31, no 4, p. 426-433.
- McKelvey, Robert S., John A. Webb, Loretta V. Baldassar, Suzanne M. Robinson et Geoff Riley. 1998. « Sex knowledge and sexual attitudes among medical and nursing students ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 33, p. 260-266.
- McKnight, Patrick E., Katherine M. McKnight, Souraya Sidani et Aurelio José Figueredo. 2007. *Missing Data: A gentle introduction*. New York: Guildford Press, 251 p.
- Muthén, L.K. et B.O. Muthén. 1998-2006. *Mplus Users's Guide*, Troisième édition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nusbaum, Margaret R.H., George R. Gamble et Donald E. Pathman. 2002. « Seeking medical help for sexual concerns: frequency, barriers and missed opportunities ». En ligne. <http://findarticles.com/p/articles/mi_m0689/is_8_51/ai_90464044>. Consulté le 10 janvier 2008.
- Nusbaum, Margaret R.H. et Carol D. Hamilton. 2002. «The proactive sexual health history». En ligne. <http://findarticles.com/p/articles/mi_m3225/is_9_66/ai_93492942>. Consulté le 10 janvier 2008.

- O'Keefe, Rick et Catherine M. Tesar. 1999. « Sex talk : What makes it hard to learn sexual history taking? ». *Family Medicine*, vol. 31, no 5, p. 315-316.
- Organisation Mondiale de la Santé. 2006. Gender and reproductive rights. En ligne. <http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html>. Consulté le 16 décembre 2006.
- Ong, L.M.L., L.C.J. M. De Haes, A.M. Hoos et F.B. Lammes. 1995. « Doctor-Patient communication : a review of the literature ». *Social Science & Medicine*, vol. 40, no 7, p. 903-918.
- Pakpreo, Ponrat. 2005. « Medical education : Why do we take a sexual history? ». *Ethics Journal of the American Medical Association*, vol. 7, no 10. En ligne. <<http://virtualmentor.ama-assn.org/>>. Consulté le 20 mai 2008.
- Parish, Sharon J. et Anita H. Clayton. 2007. « Sexual medicine education : Review and Commentary ». *Journal of Sexual Medicine*, vol. 4, p. 259-268.
- Quinn-Krach, Peg et Helen Van Hoozer. 1988. « Sexuality of the ages and the attitudes and knowledge of nursing students ». *Journal of Nursing Education*, vol. 27, no 8, p. 359-363.
- Raymond, Sarah, Martin Blais et Le-Mai Tu. *En préparation*. Propriétés psychométriques du Questionnaire d'évaluation des attitudes des professionnel(le)s de la santé à l'égard de la sexualité (QEAPS) auprès des étudiants en médecine.
- Reynolds, Kathleen E., et Morris A. Magnan. 2005. « Nursing attitudes and beliefs toward human sexuality ». *Clinical Nurse Specialist*, vol. 19, no 5, p. 255-259.
- Rider, Elizabeth A. et Constance H. Keefer. 2006. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Medical Education*, vol. 40, p. 624-629.
- Rosen, Raymond, David Kountz, Tracey Post-Zwicker, Sandra Leiblum et Markus Wiegel. 2006. « Sexual communication skills in residency training : The Robert Wood Johnson Model ». *International Society for Sexual Medicine*, vol. 3, p. 37-46.
- Sanchez, Nelson F., Joseph Rabatin, John P. Sanchez, Steven Hubbard et Adina Kalet. 2006. « Medical students' ability to care for lesbian, gay, bisexual, and transgendered patients ». *Medical Student Education*, vol. 38, no 1, p. 21-27.
- Schnarch, David M. 1981. « Impact of sex education on medical students' projections of patients attitudes ». *Journal of Sex & Marital Therapy*, vol. 7, no 2, p. 141-155.
- Schnarch, David M. 1982. « The role of medical students' stereotype of physicians in sex education ». *Journal of Medical Education*, vol. 57, p. 922-930

- Schnarch, David M. et Klebert Jones. 1981. « Efficacy of sex education courses in medical school ». *Journal of Sex & Marital Therapy*, vol. 7, no 4, p. 307-317.
- Scriven, Michael. 1991. *Evaluation thesaurus*. 4ième edition. Newbury Park: Sage Publications, 391 p.
- Simpson, J. A., et S. W. Gangestad. 1991. « Individual differences in sociosexuality: evidence for convergent and discriminant validity ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 870–883.
- Simpson, J. A., et S. W. Gangestad. 1992. « Sociosexuality and romantic partner choice ». *Journal of Personality*, vol. 60, no 1, p. 31-51.
- Solursh, D.S., J.L. Ernst, R.W. Lewis, L. Michael Prisant, T.M. Mills, L.P. Solursh, R.G. Jarvis et S.H. Salazar. 2003. « The human sexuality education of physicians in North American medical schools ». *International Journal of Impotence Research*, vol. 15, supp. 5, p. S41-S45.
- Skelton, John R. et Philippa M. Matthews. 2001. « Teaching sexual history taking to health care professionals in primary care ». *Medical Education*, vol. 35, p. 603-608.
- SPSS for Windows. 2006. Rel. 13.0. Chicago: SPSS Inc.
- StataCorp. 2003. *Stata Statistical Software*. Release 8. College Station, TX: StataCorp LP.
- Télez, Cacilia, Mary Ramos, Bert Umland, Toby Palley et Betty Skipper. 1999. « Attitudes of physicians in New Mexico toward gay men and lesbians ». *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, vol. 3, no 3, p. 83-89.
- Tesch, Bonnie J, Deborah E. Simpson et Barbara D. Kirby. 1990. « Medical and nursing students' attitudes about AIDS issues ». *Academic Medicine*, vol. 65, no 7, p. 464-469.
- Tomlinson, John. 2008. « ABC of sexual health : Taking a sexual history ». *British Medical Journal*, vol. 317, p. 1573-1576.
- Triandis, H.C. 1980. « Values, attitudes, and interpersonal behaviour ». In .M.M. Page (Éditeurs.), *Nebraska symposium on motivation: Beliefs, attitudes and values*, vol. 1, p. 195-259, Lincoln, NE: University of Nebraska.
- Tsimtisou, Zoi, Konstantinos Hatzimouratidis, Evangelia Nokopoulou, Evie Kyrana, George Salpigidis et Dimitris Hatzichristou. 2006. « Predictors of physicians' involvement in adressing sexual health issues ». *International Society for Sexual Medicine*, vol. 3, p. 583-588.
- Twisk, Jos W.R. 2003. *Applied longitudinal data analysis for epidemiology*. : Cambridge: Cambridge University Press, 301 p.

- Verhoeven, V., K. Bovjin, A. Helder, L. Peremans, I. Hermann, P. Van Royen, J. Denekens et D. Avonts. 2003. « Discussing STIs : doctors are from Mars, patients from Venus ». *Family Practice*, vol. 20, no 1, p. 11-15.
- Vittinghoff, Eric, David V. Glidden, Stephen C. Shiboski et Charles E. McCulloch. 2005. *Regression methods in biostatistics: Linear, logistic, survival, and repeated measures models*. New York: Springer, 340 p.
- Vollmer, Shirah, Kenneth Wells, Kay H. Blacker et Gordon Ulrey. 1989. « Improving the preparation of preclinical students for taking sexual histories ». *Academic Medicine*, vol. 64, p. 474-479.
- Wallick, Mollie M., Karl M. Cambre et Mark H. Townsend. 1995. « Influence of a freshman-year panel presentation on medical students' attitudes toward homosexuality ». *Academic Medicine*, vol. 70, no 9, p. 839-841.
- Waterhouse, Julie. 1994. « Discussing sexual concerns with health care professionals ». *Journal of Holistic Nursing*, vol. 11, no 2, p. 125-134,
- Yedidia, Michael J., Carolyn A. Berry et Judith K. Barr. 1996. « Changes in physicians' attitudes toward AIDS during residency training : A longitudinal study of medical school graduates » . *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 37, p. 179-191.
- Zost, Megan R. et Eileen L. Zurbrigeen. 2006. « Gender differences in the enactment of sociosexuality: an examination of implicit social motives, sexual fantasies, coercive sexual attitudes, and aggressive sexual behavior ». *The Journal of Sex Research*, vol. 14.