

ABORDER LA SEXUALITÉ PENDANT L'ENTRETIEN MÉDICAL

UNE COMPÉTENCE QUI S'APPREND

Serge Goulet et Bruno Fortin

Malgré leur désir de devenir d'excellents communicateurs et promoteurs de la santé, les résidents sont parfois très mal à l'aise d'aborder la sexualité dans le contexte d'un entretien en cabinet. Ils « oublient » de vérifier si les patients sont satisfaits de leur vie sexuelle.

Certains rougissent pendant l'entrevue, affirmant par la suite en supervision qu'on ne parle pas de ces affaires-là.

La sexualité ne surgit souvent qu'indirectement en abordant la contraception, la ménopause ou les troubles sexuels. La promotion de la santé devrait-elle inclure la promotion d'une santé sexuelle de façon positive? Nous souhaitons pour le moins passer le message qu'il est permis et souhaitable de parler de sexualité avec sérénité.

DES OBSTACLES

La route est bordée d'obstacles lorsqu'il est question d'aborder la sexualité. Le manque de connaissance, les croyances morales et les contraintes de temps en sont des exemples¹. C'est aussi le cas de l'impression que la santé sexuelle n'est pas importante, qu'elle n'est qu'un luxe qui ne relève pas du domaine médical, que l'on ne peut rien faire pour l'améliorer ou qu'elle se déroule dans une zone d'intimité qu'il ne faut pas aborder². Plusieurs médecins admettent éviter les questions de nature sexuelle, particulièrement avec les patients de cultures différentes, de crainte que cela soit jugé inapproprié³. Même les résidents qui se disent à l'aise de discuter des comportements et des intérêts sexuels de leurs patients entament rarement les discussions sur la sexualité⁴.

Les patients, quant à eux, considèrent que leur santé sexuelle est importante. La grande majorité (85%) d'entre eux voudraient parler de leurs problèmes à leur médecin, mais craignent que ce dernier les trouve anormaux ou ne les

prenne pas au sérieux³. Ils croient que leur médecin rejetterait leurs préoccupations sexuelles¹.

La majeure partie des cliniciens qui s'informent de façon systématique des préoccupations de leurs patients en matière de santé sexuelle constatent que plus de la moitié veulent en parler. Au contraire, la plupart des médecins qui ne le font jamais estiment que moins de 10% de ces derniers auraient un problème sexuel¹. Il semble donc que l'attitude et les valeurs du médecin sont déterminantes pour que le patient se confie et pour que le médecin puisse lui fournir les services requis par la suite³. La prévalence des problèmes sexuels est de 31% à 34% chez les hommes et de 41% à 43% chez les femmes^{2,5}. C'est donc un sujet qui vaut la peine d'être abordé. Même lorsqu'elle n'est pas source de problèmes, la sexualité a une incidence sur la vie de tous les patients, ne serait-ce qu'en ce qui a trait au développement, à l'identité et l'orientation sexuelle⁶.

UNE COMPÉTENCE À DÉVELOPPER

La majorité des étudiants en médecine n'ont pas l'impression de recevoir la formation nécessaire pour réagir de façon compétente aux préoccupations sexuelles des patients^{3,6}. Malgré tout, certains étudiants mal à l'aise avec le sujet (principalement ceux qui ont une faible estime d'eux même, qui sont timides ou anxieux, qui ont peu d'expérience sexuelle ou

Le Dr Serge Goulet, omnipraticien, est professeur agrégé au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke. M. Bruno Fortin, psychologue, est professeur associé de clinique. Les deux exercent au GMF-UMF Charles-LeMoine, à Saint-Lambert.

- ▶ Comment ça se passe à la maison ? Avec votre conjoint ? Je veux que vous sachiez que si jamais vous avez quelque problème que ce soit avec la sexualité, vous pouvez vous sentir à l'aise de m'en parler.
- ▶ Nous avons parlé de votre respiration, de votre cœur, de votre digestion, j'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur vos organes génitaux et votre sexualité. Êtes-vous d'accord ?
- ▶ Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? Pouvez-vous m'en parler ?
- ▶ Est-ce que la sexualité est une source de préoccupations dans votre vie ? Lesquelles ?
- ▶ Dans votre groupe d'âge, certains changements surviennent sur le plan de la sexualité. Seriez-vous d'accord pour en parler ? Qu'avez-vous remarqué ?

qui éprouvent des problèmes dans ce domaine) pourraient éviter certains cours⁶.

Des études portant sur les programmes de formation médicale aux États-Unis et au Canada^{4,5,7} recommandent plus de cours sur la sexualité humaine afin de répondre aux demandes et aux attentes des patients. En outre, la formation doit faire plus de place aux aspects cliniques, sociaux et psychologiques du vécu sexuel, car la santé sexuelle n'est pas que l'absence de problèmes sexuels⁸. La sexualité étant une expérience subjective, les problèmes sexuels sont le résultat d'une discordance entre l'expérience sexuelle désirée et celle qui est vécue².

L'élaboration d'un plan d'exploration de la vie sexuelle est de nature à favoriser l'acquisition de l'expérience qui facilitera la sérénité. Pour amorcer ce cheminement, nous suggérons aux résidents d'utiliser les phrases d'ouverture présentées dans l'encadré 1^{2,9}.

Les résidents en médecine hésitent souvent à aborder le sujet de la sexualité parce qu'ils craignent de ne pas avoir le temps de bien le faire et de ne pas savoir quoi faire de l'information qu'ils récoltent. L'application des connaissances théoriques acquises au cours de la formation demande un transfert qui n'est pas toujours automatique. Dupuis (2014)¹⁰ rappelle par exemple que l'exploration des caractéristiques de la douleur fait partie du quotidien du médecin de famille, mais que ces derniers ne le font pas toujours spontanément dans la sphère sexuelle.

Sans être sexologue ou psychothérapeute, le médecin peut favoriser le cheminement de son patient en l'aidant à réflé-

chir à son vécu sexuel et à découvrir les choix qui s'offrent à lui. Donner au patient la permission de parler de sexualité et d'exprimer ses besoins constitue souvent une intervention dont il ne faut pas sous-estimer la pertinence. Deux approches évaluées empiriquement peuvent nous inspirer¹¹. Il s'agit de la thérapie sexuelle et de la thérapie cognitivo-comportementale.

La thérapie sexuelle met l'accent sur l'aspect éducatif et sur une série d'exercices associant la sexualité à une expérience sensorielle agréable. L'acquisition de connaissances adéquates sur le désir, l'excitation et la satisfaction sexuelle favorise un fonctionnement sexuel sain. Le patient doit savoir qu'il y a différentes façons de trouver du plaisir dans la sexualité. L'exploration de l'autostimulation et des fantasmes que l'on trouve stimulante permet de mieux connaître ce qui excite et ce qui mène à l'orgasme¹². Ces connaissances pourront être partagées avec son partenaire au besoin. Dans le cadre d'une thérapie sexuelle, chaque partenaire décide de ce qui lui convient sexuellement. Chacun peut exprimer ce qu'il désire et qu'il ne désire pas. Au-delà de la sexualité linéaire perçue comme un cheminement obligatoire vers la stimulation génitale jusqu'à la pénétration et l'orgasme, la personne est encouragée à explorer sa propre façon de vivre ses préférences sexuelles¹².

La psychothérapie cognitivo-comportementale suggère de nuancer certaines croyances, telles que « je ne suis pas attirant », « je suis une mauvaise partenaire parce que je n'ai pas le goût d'avoir de relations sexuelles », « si je l'embrasse, cela mènera obligatoirement à des rapports sexuels »¹¹. La reconnaissance des conséquences des stéréotypes culturels sur l'identité masculine et féminine permettra de les repérer et de les assouplir au besoin. La remise en question des critères de beauté étalés dans les médias favorisera l'acceptation de son apparence physique et la confiance d'être sexuellement attrayant. Cette attitude permet au patient de se sentir plus à l'aise avec la sexualité et d'accéder à sa propre beauté.

Bean et coll. (2011)¹² soulignent que le fait d'accroître sa capacité à parler de sa sexualité aide à mieux décrire ses problèmes et à exprimer ses préférences, tout en ramenant la sexualité dans le champ de la conscience. Le patient aura besoin d'avoir la permission d'en parler, et le médecin peut servir de modèle à cet égard.

Les pratiques sexuelles sûres, les consultations médicales en cas de problèmes et les connaissances sur la contraception évitent que les effets indésirables des médicaments, l'anxiété ou les douleurs fassent obstacle au désir ou à l'orgasme. Le traitement préalable des autres maladies du patient (dépression, anxiété, répercussions d'un abus sexuel, trouble obsessionnel compulsif) est souvent nécessaire pour favoriser une vie sexuelle satisfaisante¹².

ENCADRÉ 2 | QUESTIONS POUR EXPLORER LA VIE SEXUELLE^{3,11,12}

- ▶ Jusqu'à quel point la satisfaction sexuelle est-elle importante dans votre vie ?
- ▶ Si vous aviez une baguette magique, qu'est-ce que vous changeriez dans votre vie sexuelle actuelle ?
- ▶ Y a-t-il quelque chose qui complique votre vie sexuelle et qui la rend moins accessible et moins satisfaisante (expériences antérieures, fatigue, manque de temps, douleurs) ?
- ▶ Y a-t-il certaines choses qui éteignent votre désir ? Votre partenaire est-il au courant ?
- ▶ Comment aimeriez-vous que les choses se passent sur le plan sexuel ?
- ▶ Êtes-vous capable d'exprimer vos souhaits à votre partenaire ? D'y mettre des mots ?
- ▶ Seriez-vous capable de montrer à votre partenaire le genre de caresses que vous désirez ? De guider sa main ? De vous caresser devant lui ? Lui permettriez-vous de faire la même chose ?
- ▶ Est-ce que cela vous arrive d'exprimer votre affection physiquement sans que cela mène nécessairement à la pénétration ?
- ▶ Est-ce permis dans votre couple d'avoir des relations sexuelles sans pénétration ? De vous caresser mutuellement jusqu'à l'orgasme ?
- ▶ Avez-vous le temps de vous rapprocher physiquement ? Avez-vous un espace où c'est possible de le faire sans être interrompu ?

L'intimité joue un rôle vital dans le fonctionnement sexuel et la satisfaction. La colère chronique et l'impression que le partenaire est distant sont peu propices à l'éveil du désir sexuel. Il faudra parfois améliorer l'ensemble de la relation avant de se concentrer sur l'aspect sexuel et traiter le couple plutôt que le patient seul¹¹ (encadré 2^{3,11,12}).

La promotion de valeurs saines peut se faire par le questionnement et la réflexion, mais aussi par des suggestions directes formulées au moment de la synthèse de l'entretien (encadré 3^{11,12}).

PROMOUVOIR LE DROIT DE PAROLE

Comment encourager les résidents à parler de sexualité avec sérénité ? Il faudra d'abord créer un environnement favorable en récompensant l'expression saine d'un intérêt pour la sexualité du patient (compliments) et en évitant de punir directement (réprobation, mauvaise évaluation, blâme) ou indirectement (en la trouvant louche) le résident qui s'y intéresse¹³.

La persuasion sociale peut modifier les valeurs des résidents. Leur suggérer ou leur donner la permission d'aborder la sexualité dans un contexte explicitement justifié accroîtra leur aisance dans ce domaine. Le superviseur peut donner l'exemple en servant de modèle. Les situations ambiguës peuvent faire l'objet de réflexion éthique et déontologique plutôt que source de malaise et d'évitement. Le superviseur profitera de ces occasions pour clarifier les règles du milieu au sujet des limites et des lois, de leurs raisons d'être et des conséquences des transgressions, telles que la séduction d'un patient.

CONCLUSION

Se sentir à l'aise pour discuter de sexualité avec un patient est un processus de formation continue qui peut durer toute une vie. C'est une évolution associée à la maturité. Au-delà

ENCADRÉ 3 | LES PERMISSIONS^{11,12}

- ▶ Vous avez avantage à exprimer vos sentiments et vos souhaits. Ce sont des informations primordiales si vous voulez que votre partenaire sache ce qui est important pour vous.
- ▶ Vous avez le droit de dire non. Se forcer à faire ce dont on n'a pas envie est une bonne façon de perdre le goût d'avoir des relations sexuelles.
- ▶ Vous méritez d'être traité avec respect dans votre vie personnelle et sexuelle. Il est préférable d'avoir des relations égalitaires où aucun des partenaires ne contrôle l'autre constamment. Une fois que vous vous entendez sur ce sujet, vos choix vous appartiennent.
- ▶ Il n'y a pas une seule façon de vivre sa sexualité. Ce qui importe, c'est que le contrat que vous établissez ensemble soit satisfaisant pour vous deux.
- ▶ Vous ne pouvez pas savoir certaines choses avant qu'on vous les dise. La communication respectueuse dans un climat rassurant permet de comprendre ce qui se passe et de contribuer à résoudre les problèmes.

des lectures pertinentes sur le sujet, le résident en médecine familiale devra apprendre à devenir conscient des composantes émotionnelles et psychologiques associées aux croyances et aux comportements qui déterminent la santé sexuelle⁶. Avec l'expérience, il relativisera les valeurs qu'il a acquises au cours de sa vie. Il devra parfois en déconstruire certaines plus problématiques avant de tenter d'en promouvoir une autre.

Il convient de préparer les résidents à la gestion de l'incertitude et de la complexité et à la prise en compte des conflits de valeurs. La délibération en petit groupe favorise une réflexion en profondeur et une intégration à la fois plus explicite, plus nuancée et plus complexe des différents points de vue.

Il convient de sélectionner les situations d'enseignement et d'apprentissage avec discernement. Les interventions pédagogiques dans des contextes fortement mobilisateurs d'affects peuvent avoir l'effet contraire à celui que l'on désire. Ainsi, le contact du résident avec des sexualités marginales peut exacerber une aversion et favoriser les stratégies d'évitement. L'intégration des valeurs sera favorisée par la préparation, l'encadrement et les échanges en groupe. //

BIBLIOGRAPHIE

1. Seaborne LA, Prince RJ, Kushner DM. Sexual health education in U.S. Physician Assistant Programs. *J Sex Med* 2015; 12 (5) : 1158-64.
2. Bradenburg U, Bitzer J. The challenge of talking about sex: the importance of patient-physician interaction. *Maturitas* 2009; 63 (2) : 124-7.
3. Derenne J, Roberts L. Psychiatry's role in teaching medical students, psychiatric residents, and colleague physicians about human sexuality. *Acad Psychiatry* 2010; 34 (5) : 321-4.
4. Criniti S. *Perspectives of sexuality education among medical residents*. [thèse]. Pennsylvanie : Widener University; 2013. 144 p.
5. Dixon-Woods M, Regan J, Robertson N et coll. Teaching and learning about human sexuality in undergraduate medical education. *Med Educ* 2002; 36 (5) : 432-40.
6. Samenow C. Human sexuality and health professions students – Lessons learned from an electronic bulletin board. *Sex Addict Compulsivity* 2011; 18 (1) : 1-11.
7. Solursh DS, Ernst JL, Lewis RW et coll. The human sexuality education of physicians in North American medical schools. *Int J Impot Res* 2003; 15 (suppl. 5) : S41-S45.
8. Rufino AC, Madeiro A, Castello Giro MJB. Sexuality education in Brazilian medical schools. *J Sex Med* 2014; 11 (5) : 1110-7.
9. Fortin B, Goulet S. *Enseigner l'exploration des sujets délicats tels que la sexualité*. Journées départementales de formation professorale. Sherbrooke : Université de Sherbrooke; 2016.
10. Dupuis MJ. Les douleurs pendant les relations sexuelles : la prise en charge par le médecin de famille. *Le Médecin du Québec* 2014; 49 (5) : 51-5.
11. Both S, Laan E, Schultz, WW. Disorders in sexual desire and sexual arousal in women, a 2010 state of the art. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2010; 31 (4) : 207-18.
12. Bean B, Robinson E, Munns RA et coll. Application of the sexual health model in the long-term treatment of hypoactive sexual desire and female orgasmic disorder. *Arch Sex Behav* 2011; 40 (2) : 469-78.
13. Fortin B. Enrichir le savoir être des résidents en médecine par des stratégies pédagogiques diversifiées influençant leurs priorités. *Pédagogie médicale* 2013; 14 (04) : 297-302.