

Un abord inclusif de la sexualité en médecine générale : revue qualitative rapide de la littérature

An inclusive discussion of sexual health in general practice : a rapid qualitative review

HUBERLAND V.

Département de Médecine générale, Université libre de Bruxelles (ULB),
Maison médicale Collectif Santé 1040 ASBL et ASBL ExAequo

RÉSUMÉ

Introduction : La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé globale, en tant qu'indicateur de santé, mais également déterminant de celle-ci. Pourtant, il existe encore beaucoup de barrières à son abord en médecine générale. Au travers de cette étude, nous avons tenté d'identifier les outils existant pouvant faciliter son abord en médecine générale.

Matériel et méthodes : Nous avons conduit une revue qualitative rapide de la littérature internationale dans différentes bases de données et établi un cadre théorique reprenant les différents outils identifiés.

Résultats : Nous avons identifié de nombreux outils qui pourraient faciliter l'abord de la santé sexuelle. Ceux-ci concernent le cadre de la consultation, l'attitude du/de la soignant-e, la communication, le choix des occasions de l'abord et les points d'attention au cours de la consultation.

Conclusion : De nombreux outils qui permettraient de faciliter l'abord de la santé sexuelle en médecine générale existent. Ceux-ci mériteraient des travaux de recherche ultérieurs.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 457-463

ABSTRACT

Background : Sexual health is an important part of global health, as a health indicator but also as a determinant of health. Several barriers to discuss sexual health in primary care still exist. In this study, we tried to identify the existing tools that could facilitate talking about sexual health in general practice.

Methods : We conducted a rapid qualitative review of the existing international literature through several databases and established a theoretical framework including the identified tools.

Results : We identified several tools that could facilitate discussing sexual health in primary healthcare. Those concerned the consultation setting, the attitude of the healthcare professional, the communication skills, the occasions to talk about the topic and the attention points inside the consultation.

Conclusion : Several tools that could facilitate discussing sexual health in primary healthcare exist. Those should deserve further research in order to identify the best tools.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 457-463

Key words : sexual health, primary healthcare, clinical skills

INTRODUCTION

La santé sexuelle est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. »¹. Toujours selon l'OMS, la sexualité « englobe le sexe, l'identité et le rôle de l'homme et de

la femme, l'orientation sexuelle, l'érotisme, l'intimité et la procréation. Elle se vit et s'exprime à travers les pensées, les fantasmes, le désir et les convictions, attitudes, valeurs, comportements, pratiques, rôles et relations »².

La sexualité et la santé sexuelle sont donc un domaine large, multidimensionnel, avec de nombreuses connexions avec la santé globale. A ce titre, elle a une place importante dans la santé de nos patient-es dans le cadre de leurs soins en médecine générale. Il est donc important que les soins de santé primaires puissent prendre

en compte la santé sexuelle des patient-es., pour plusieurs raisons, résumées dans le tableau. D'abord, la sexualité joue pour beaucoup de patient-es un rôle important dans leur existence, leurs relations sociales et leur identité. Entre autres, l'intimité, le plaisir et la satisfaction sexuelle jouent un rôle dans l'épanouissement des personnes et donc leur équilibre. A l'inverse,

la sexualité peut aussi être source de violences, parfois dans le cadre de violences conjugales ou de discriminations, comme pour les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles, transgenres, intersexes, etc... (LGBTQI+)³. Ces violences peuvent avoir des impacts à long terme sur la santé des personnes⁴⁻⁶.

Tableau

Intérêt de l'abord de la sexualité en médecine générale.

- Élément central de la vie des êtres humains, de leurs parcours, identités
- Source de beaucoup d'inquiétudes et questionnements « bénins » → prévention quaternaire
- Violences :
 - Sexuelles → implications ++
 - Un des éléments de situations de violences conjugales
 - Discriminations, violences, ... (minorités)
- Intimité, plaisir et satisfaction sexuelle jouent un rôle important dans l'épanouissement de la personne
- Dysfonctions sexuelles fréquentes, avec impact sur la santé mentale et sociale, surtout dans maladies chroniques
- Effets secondaires de médicaments (antidépresseurs, hypotenseurs, ...)
- Indicateur de santé :
 - corrélation forte entre non satisfaction sexuelle et état de santé perçu
 - symptômes d'autres troubles (dépression, athéromatose, ...)
- Risques :
 - Grossesses non désirées
 - Infections sexuellement transmissibles
- Patient-es sont demandeur-ses et en parlent !

Beaucoup de patient-es se posent des questions sur leur sexualité et la normalité de celle-ci. Pour ces questions, le/la médecin généraliste peut souvent apporter des réponses simples et rassurer, en prévenant une surmédicalisation⁷.

Au-delà des questionnements bénins, les dysfonctions sexuelles vraies sont fréquentes, quels que soient l'âge, le sexe ou l'orientation sexuelle. Selon différentes études par questionnaire réalisées en Europe, entre 11 et 33 % des patient-es adultes présenteraient au moins une dysfonction sexuelle^{8,9}. Parmi les problèmes les plus fréquemment rencontrés, on trouve le manque de libido, le phimosis, les varicocèles, les difficultés érectiles, l'éjaculation précoce, l'éjaculation tardive, l'anorgasmie, les problèmes prostatiques et testiculaires, les douleurs et dyspareunies, la courbure du pénis, la sécheresse vaginale, les infections sexuellement transmissibles (IST), ... Ces dysfonctions sexuelles peuvent avoir un impact important sur la santé globale de l'individu. Elles sont particulièrement présentes dans le cadre de certaines pathologies que nous sommes amené-es à soigner (pathologies cardiovasculaires, cancers, problèmes de santé mentale, ...), parfois en conséquence des traitements que nous prescrivons (antidépresseurs, antihypertenseurs, ...). La fonction sexuelle est ainsi un indicateur de santé globale en soi, mais aussi de certaines maladies en particulier : manque de libido dans la dépression, dyspareunie dans les pathologies ovariennes, troubles érectiles dans les maladies cardiovasculaires, ... Les

rapports sexuels constituent également un risque pour certains problèmes de santé, dont les grossesses non désirées et les IST. Il est donc important de pouvoir aborder les pratiques dans le cadre de démarches de prévention primaire et secondaire.

Enfin, il semble qu'une grande majorité des patient-es soit dans l'attente que le sujet soit abordé en soins de santé primaires. Ainsi, plusieurs études transversales ont montré que de l'ordre de 90 % des patient-es se disaient neutres ou heureux à l'idée que cette question soit abordée en médecine générale¹⁰⁻¹². Beaucoup de patient-es attendent également à ce que ce soit le/la médecin qui amène le sujet. Il est cependant à noter que les attentes des patient-es restent très diversifiées dans la forme et le détail de cet abord¹³.

De par toutes ces dimensions, il semble important que le sujet soit abordé dans le cadre des consultations de médecine générale. En pratique cependant, le sujet n'y est que rarement abordé. Par exemple, en 2010, Meystre-Agostoni *et al.* ont montré qu'alors que 90 % des patient-es interrogé-es souhaitaient que le médecin leur pose des questions au niveau de la sexualité, seuls 40 % avaient déjà eu une discussion avec un médecin à ce sujet¹¹. Le sujet semble dans la grande majorité des cas amené par le/la patient-e¹⁴. De plus, lorsque la sexualité est abordée, c'est la plupart du temps au travers de l'angle du risque ou pour parler de troubles de l'érection¹³.

Les raisons invoquées pour ce manque d'abord de la question sont diverses¹⁵⁻¹⁸ : manque de légitimité, peur

d'être intrusif·ve, manque de temps, autres priorités, manque de formation, manque de confiance en soi sur le sujet, perte de compétences dans l'abord de la sexualité du sexe opposé, manque de ressources où orienter, stéréotypes, suppositions, représentations, valeurs. Ces difficultés semblent particulièrement importantes quand le/la patient·e est identifié·e comme appartenant à un autre genre, orientation sexuelle, tranche d'âge, groupe racial ou présente un retard ou un handicap mental. Ceci s'explique entre autres par l'existence de stéréotype sur la sexualité du groupe concerné.

OBJECTIFS

Dans le cadre d'un accompagnement global en santé, il semble donc important que la santé sexuelle soit régulièrement abordée dans les consultations de médecine générale. En pratique, le sujet ne l'est pour l'instant que rarement. Au travers de cet article, nous avons voulu recueillir quelques outils pratiques pouvant faciliter l'abord de la sexualité en médecine générale. Pour rester dans les cas les plus courants, nous limiterons notre article aux patient·es adultes. Il est également possible et pertinent d'aborder la sexualité avec des enfants, d'une manière adaptée au stade de leur développement. Des outils existent pour cela, mais sortent du cadre de cet exposé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Afin d'identifier des outils permettant aux soignant·es de première ligne d'aborder la santé sexuelle dans leurs consultations, nous avons effectué une revue qualitative rapide de la littérature, en juillet 2020. Nous avons pour cela introduit différentes combinaisons des mots-clés « santé sexuelle », « sexual health », « sexualité », « sexuality », « sexual history taking », « primary care », « general practice », « family médecine » dans les moteurs de recherche CDLH, GIN, UpToDate, Dynamed, Sumsearch, CISMEF, Epistemonikos, Tripdatabase, KCE, HAS, NICE, Cochrane library, INAMI, CSS, SSMG, Minerva et Pubmed. A cela, ont été ajoutés des sources issues de la littérature grise et des articles trouvés par discussions et remontée bibliographique. Ont été inclus les articles traitant du sujet, en français ou en anglais, peu importe l'année de publication ou la région. Les résultats ont ensuite été triés en favorisant ceux de meilleurs niveaux de preuve, les plus récents de manière directe, sans l'aide de grilles et d'échelles standardisées. Nous avons ensuite procédé à une analyse qualitative des contenus des articles, relevant dans les articles toutes les réponses différentes à notre question de recherche. Ces réponses ont ensuite été structurées dans un cadre théorique établi par l'auteur, en tenant compte de son expérience clinique.

RÉSULTATS

Au travers de notre revue de la littérature, nous avons trouvé plusieurs ressources. Parmi celles-ci, nous

comptons très peu de ressources de haut niveau de preuve. Concernant la santé sexuelle, les seules ressources de haut niveau de preuve concernent actuellement la contraception et les IST. Pour les autres sujets de santé sexuelle, nous n'avons trouvé quasiment que de la littérature qualitative et des avis d'expert·es. Sur base de notre revue de la littérature, nous avons identifié différents éléments qui pourraient faciliter l'abord de la sexualité en médecine générale. Ceux-ci ont été groupés en différentes catégories : le cadre de la consultation, l'attitude/la posture, la communication, les occasions et les points de passage de la consultation.

Le cadre de la consultation

Avant même le début de la consultation, plusieurs éléments dans le cadre de la consultation pourraient faciliter l'abord de ces questions pour les patient·es :

- Les **supports** : dès la salle d'attente, affiches, dépliants, livres... évoquant le thème de la santé sexuelle signaleront que le sujet est légitime dans votre consultation^{13,19}. Inversement, la présence de signes religieux serait un frein²⁰ ;
- L'agencement **du cabinet** : ambiance chaleureuse et accessible, fauteuils, bureau placé en latéral, ...¹³ ;
- La **confidentialité** : celle-ci peut être ressentie à plusieurs niveaux^{13,19-21}
 - **rappel du cadre** : secret médical, fonctionnement interne (qui a accès au contenu des dossiers, dans quelles conditions, ...) ;
 - **éviter la présence de tiers gênants** : privilégier le/la patient·e seul·e ou avec une personne délibérément choisie, ou s'assurer du consentement lors de la présence de tiers (parents, conjoint·e, stagiaires médecins, ...) ;
 - **organisation** : insonorisation des locaux, appel discret en salle d'attente, paravent et pagnes pour permettre aux patient·es de se déshabiller, ... ;
- Les **présentations** : le fait de se présenter et d'expliquer sa manière de travailler (cf. « Attitude et posture », ci-dessous) pourrait mettre les patient·es à l'aise pour aborder certaines questions²² ;
- La **relation thérapeutique** : la relation de confiance qui se construit au fil du temps serait un important facilitateur de l'abord de questions plus intimes. La longueur de la relation pourrait cependant, selon les patient·es, être un frein ou un facilitateur de cet abord²⁰ ;
- La **proximité** : une proximité avec le/la patient·e en termes d'âge, de genre pourrait favoriser l'abord de questions plus intimes¹⁸.

L'attitude, la posture

Plusieurs études ont mis en évidence l'importance de l'attitude du/de la soignant·e et de sa posture dans l'abord de la santé sexuelle en médecine générale, comprenant, entre autres :

- La **bienveillance**¹³ ;
- Les **compétences techniques** : être capable d'ame-

ner des réponses pertinentes en matière de santé sexuelle amènerait les patient-es à parler plus souvent de ce sujet. Ceci implique de bonnes connaissances régulièrement mises à jour sur la sexualité dans toutes sa diversité non pathologique, sur ses dimensions psycho-sociales et culturelles et sur les traitements et spécialistes vers qui adresser^{22,23} ;

- Une **approche non jugeante et centrée sur le/patient-e** : « Ecouter la plainte ne demande pas de formation particulière et le fait de verbaliser est déjà thérapeutique (...) »²⁴. Les patient-es se sentiraient plus invité-es à se livrer dans un cadre où ils/elles se sentent cru-es, respecté-es et valorisé-es dans leurs choix, connaissances et démarches et où leurs cas particuliers, leur environnement, leurs représentations sont pris en compte comme point de départ des soins. Ceci nécessite entre autres des compétences culturelles. Au contraire, le fait de minimiser, contredire, remettre en question son vécu et ses perceptions sur son corps et le monde pourrait rompre la relation de confiance^{13,22,24-27} ;
- Une **vision déculpabilisante, inclusive et optimiste** : en matière de sexualité, la variation est la norme et il est difficile de se faire une idée *a priori* du vécu des personnes. Les patient-es se sentiraient plus ou moins à l'aise d'aborder la sexualité avec leur médecine généraliste selon les représentations de la sexualité qu'il/elle leur renvoie. Ils/elles se sentiraient moins à l'aise avec quelqu'un-e renvoyant une vision normée, où toutes les variations seraient traitées comme des bizarreries, des pathologies, seraient surinvestiguées ou donneraient d'emblée lieu à une médicalisation (dont par exemple une anamnèse inutilement intrusive, des traitements médicamenteux ou un examen génital). Il semble entre autres important de ne pas supposer la sexualité des patient-es (orientation sexuelle, monogamie, fréquence, etc.). Les patient-es se sentiraient plus à l'aise avec un-e soignant-e qui leur renvoie une vision diversifiée (inclusive) de la sexualité, où ils/elles s'attendent à ce que leur situation soit traitée et valorisée comme faisant partie d'une norme optimiste et où il leur est renvoyé des modèles de sexualité positive et respectueuse^{18,21-23,25-27} ;
- Le **travail sur soi** : afin de faciliter l'adoption d'une attitude non jugeante et bienveillante, il peut être important de se questionner sur ses propres conceptions.

La communication

Plusieurs études ont mis en avant certains éléments de communication comme pouvant faciliter l'abord de la sexualité dans les soins :

- La **communication non verbale** : attitude ouverte et disponible, regarder dans les yeux, quitter son écran, donner l'impression d'avoir le temps^{13,20,21} ;
- Un **langage explicite** : parler des organes et des pratiques explicitement, dans un vocabulaire qui vous met aussi à l'aise, marque plus d'aisance et permet également de mieux évaluer certaines

situations (par exemple, risques liés aux pratiques)^{21,25,26,28} ;

- Un **langage inclusif et ouvert** (cf. « posture », ci-dessus) : commencer par des questions ouvertes (« Parlez-moi de votre partenaire ? »), parler de « un ou une partenaire », parler aussi des rapports sans pénétration, ...^{20,25} ;
- Un **langage compréhensible et adapté** : vocabulaire adapté, utiliser les mots utilisés par le/la patient-e, interprète, ...²¹ ;
- **Contextualiser et généraliser les questions** : pour l'abord des questions intimes, une technique efficace serait de commencer par donner une information générale et demander ensuite où le/la patient-e se situe par rapport à celle-ci. Ceci permettrait à la fois d'expliquer le pourquoi la question et de déculpabiliser. Par exemple : « Certain-es patient-es dans votre situation ont des problèmes sexuels, est-ce votre cas? »^{24,26,29} ;
- **Expliquer ses actions** : le fait d'expliquer pourquoi certaines questions sont posées et pourquoi certains gestes sont réalisés (examen physique, ...) permettrait de mieux impliquer le/la patient-e et d'ainsi le/la mettre plus à l'aise¹³.

Les occasions

Selon les différentes sources trouvées, certaines occasions seraient plus propices à aborder la sexualité en consultation :

- En **lien avec les soins prévus/ la demande** : l'abord de la sexualité serait vécu comme moins intrusif s'il est en lien avec un des motifs de la consultation^{20,24}, en particulier :
 - en lien avec certains **traitements** : certains médicaments ont des répercussions sur la santé sexuelle (antihypertenseurs, antidépresseurs, ...) ;²⁴ ;
 - en lien avec certaines **pathologies** : certaines pathologies sont très souvent liées à des questionnements et problèmes de santé sexuelle (infarctus, accident vasculaire cérébral, diabète, ...) ;
 - en lien direct avec les **plaintes** : lorsque les plaintes peuvent avoir une origine liée à la sexualité (symptômes d'IST, ...) ;²⁹ ;
 - lorsqu'est abordé le thème de la **santé reproductive** (contraception, règles, ...) : il semble opportun à cette occasion, de demander par exemple si le/la patient-e a d'autres questions au sujet de la santé sexuelle^{22,29} ;
- Lors de **demandes implicites** : certaines demandes concernant la santé sexuelle peuvent être implicites (demande de « checkup » afin d'obtenir un bilan d'IST, demande de changement de contraception pour des problèmes de libido, ...) ;
- **Proactivement** lorsqu'un risque est estimé : consultations pré-voyage, violences sexuelles, patient-es travailleu-ses du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ...^{7,29} ;
- En lien avec la **grossesse** : avec des personnes susceptibles de devenir enceintes, il serait indi-

qué de poser la question des projets de grossesse (« Au cours de l'année à venir, désireriez-vous être enceinte ? ») lors de plusieurs occasions : nouvelle médication, certificats d'aptitude au sport, ...^{7,22,23} ;

- Dans le bilan de **plaintes vagues et inexpliquées** : de nombreuses plaintes vagues sans cause apparente ont une origine psychosomatique. Il semble important dans ce cas d'explorer les différentes origines de mal-être, dont la santé sexuelle ;
- **De manière « régulière »** : le fait d'aborder de temps en temps le sujet de la santé sexuelle de manière ouverte et sans forcer permettrait à la personne de savoir que, le temps venu, elle pourra l'aborder sans crainte²².

Les points de passage de la consultation

Lorsque le thème de la santé sexuelle est abordé durant la consultation, certaines étapes semblent importantes à respecter pour un abord complet et efficace. Nous présentons ici une liste non exhaustive des points de passage possibles identifiés, à adapter selon la consultation et la réceptivité du/ de la patient-e :

- **Demander l'autorisation** : s'il y a consentement (les refus semblent rares!), la discussion serait alors ressentie comme nettement moins intrusive de part et d'autre^{7,25,26} ;
- L'anamnèse **sexuelle générale** : résumée en anglais par **les 6 « P »**²⁵ :
 - **Partners** : demander si la personne est actuellement sexuellement active. Et si oui, le nombre et le genre de ses partenaires^{23,25,27} ;
 - **Pregnancy** : antécédents obstétricaux et contraception : grossesses, accouchements, enfants, fausses-couches, interruption volontaire de grossesse, projets de grossesse, contraceptions en cours et passées^{23,25,27} ;
 - **Practices** : représentations, attitudes, croyances, pratiques solitaires/masturbation, pratiques avec partenaire(s), en ce compris l'usage (ou non) de protections^{23,25,27} ;
 - **Past trauma** : vécus de violence de manière générale, récentes ou dans le parcours de vie, rapports sexuels sans consentement et comment cela influe sur la vie d'aujourd'hui et éventuellement sur le rapport aux soins de santé sexuelle, acceptation de la sexualité par l'entourage et antécédents de discriminations ou violences en raison de celle-ci^{21,25,27} ;
 - **Problèmes sexuels et antécédents** : dont libido, difficultés de lubrification ou d'érection, liées à l'orgasme/l'éjaculation, douleurs, ...^{23,25,27} ;
 - **Pleasure** : satisfaction sexuelle du/de la patient-e et du/de la partenaire^{23,25} ;
 - **Question ouverte** pour compléter : demander s'il y a encore des choses importantes à connaître sur la vie sexuelle du/de la patient-e^{25,27}.

- L'anamnèse **de la plainte sexuelle proprement dite** : l'anamnèse d'une plainte sexuelle peut comprendre, de manière générale, plusieurs étapes, reprises sous l'acronyme anglophone ABCDEFG²⁷ :
 - **About ?** Les faits, émotions et pensées associées²⁷ :
 - * explorer les **attentes et représentations** : afin de pouvoir répondre à la situation particulière du/de la patient-e, il serait souvent utile d'explorer les représentations, inquiétudes et attentes des patient-es (*Ideas, Concerns, Expectations*, repris sous l'acronyme « ICE »), par exemple, en demandant « A quoi attribuez-vous vos symptômes ? ». Par ailleurs, les personnes ont souvent déjà réfléchi longtemps avant de consulter et ont parfois déjà des explications très justes ;
 - * **parler des émotions** : la santé sexuelle est parfois aussi l'origine d'une détresse psychosociale, il serait alors important, au-delà des symptômes, d'explorer également les émotions et ressentis²⁶ ;
 - **Both partners** : quels sont le ressenti et la réponse du/de la partenaire ? En ont-ils/elles parlé ensemble ? Les difficultés sexuelles pouvant influencer sur les dynamiques conjugales, il semble souvent utile qu'ils soient l'objet d'une communication entre partenaires^{24,27} ;
 - **Context** : pourquoi cette plainte apparaît à ce moment-là ? Parler de l'environnement, entre autres de la/les relations, de l'environnement familial, professionnel, ...²⁷ ;
 - **Depression** : les plaintes sexuelles peuvent être en lien avec des problèmes de santé mentale (cause et/ ou conséquence), il semble dès lors utile d'aborder cette question²⁷ ;
 - **Experiences in the past** : parler des expériences passées, entre autres des autres expériences avec des symptômes semblables²⁷ ;
 - **Feelings for partner** : existence et nature des sentiments pour le/la partenaire²⁷ ;
 - **General health** : parler de santé globale, entre autres au travers d'une anamnèse biopsychosociale²⁷ ;
- **Question de fin** : afin de s'assurer que toutes les questions ont été posées, il serait utile de demander si le/la patiente a encore des questions liées au sujet ;
- **Laisser une « porte ouverte »** : parfois, la consultation n'est juste pas le bon moment pour aborder une question, il est alors inutile de forcer, mais plutôt utile d'explicitement que vous resterez disponible le jour où la question se posera^{22,26,30}.

CONCLUSION

La santé sexuelle semble être un sujet important à aborder au cours d'un suivi global en santé, comme nous visons à le faire en médecine générale, malgré le fait qu'il existe de fait encore trop de barrières à son abord en médecine générale.

Au travers de notre revue, nous avons mis en évidence l'existence d'un grand nombre d'outils pouvant faciliter l'abord de la santé sexuelle en médecine générale. Ceux-ci concernent le cadre de la consultation, l'attitude/la posture du/de la soignant-e, la communication, les occasions de l'abord et les points d'attention dans l'abord en consultation. Dans l'ensemble, ces outils nécessitent peu d'investissement et d'expertise des soignant-es pour être utilisés de manière efficace. Il est cependant à noter que ces outils sont surtout des avis d'expert-es issus de la pratique et du bon sens de clinicien-nes médecins, infirmier-es et sexologues. Nous manquons donc encore de données de bon niveau de preuve à ce sujet, entre autres permettant d'identifier les outils incontournables ou les limites des attitudes proactives, entre le risque d'ignorer des demandes non exprimées et le risque de surmédicaliser des problèmes bénins et spontanément résolutifs.

Par ailleurs, nous avons rappelé que la santé sexuelle était un sujet large. Cet article n'a donc ici abordé que son abord de manière générale. De nombreuses autres nuances pourraient être ajoutées sur l'abord du sujet dans des situations particulières.

Il semble cependant important que des compétences cliniques dans l'abord de ces questions puissent être enseignées aux étudiant-es, assistant-es et dans la formation continue. Il pourrait par exemple être intéressant de donner plus de place aux stages possibles en planning familial au cours de l'assistantat. Il semble également nécessaire de poursuivre plus de recherche à ce sujet.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS - Santé sexuelle. Consulté le 3 mai 2020). WHO. World Health Organization. [Internet]. Available from: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
2. Organisation mondiale de la santé. Compétences de base en soins primaires. Genève; 2012.
3. Health4LGBTI. State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people. European Union; 2017.
4. Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*. 2018;28(7):e019995.
5. Cronholm PF, Fogarty CT, Ambuel B, Harrison SL. Intimate Partner Violence. *Am Fam Physician*. 2011;83(10):1165-72.
6. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(10):830-9.
7. Taylor B, Davis S. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nurs Stand R Coll Nurs G B*. 1987. 2006;21(11):35-40.
8. De Rose AF, Gallo F, Bini PM, Gattuccio I, Chiriaco V, Terrone C. Epidemiology of sexual disorders in general medical practice: An Italian survey. *Urologia*. 2019;86(2):79-85.
9. Christensen BS, Grønbaek M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: prevalence and associated sociodemographic factors. *Arch Sex Behav*. 2011;40(1):121-32.
10. Maragh-Bass AC, Torain M, Adler R, Schneider E, Ranjit A, Kodadek LM *et al*. Risks, Benefits, and Importance of Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Data in Healthcare Settings: A Multi-Method Analysis of Patient and Provider Perspectives. *LGBT Health*. 2017;4(2):141-52.
11. Meystre-Agostoni G, Jeannin A, De H, Dubois-Arber F. (Consulté le 3 mai 2020). Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2011;141(0910). Available from: <https://smw.ch/article/doi/smw.2011.13178>
12. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies*. 2017;3(26):136-45.
13. Godin F, Huberland V. Etude du vécu des patient-es de l'abord de la sexualité en médecine générale. Etude qualitative phénoménologique par entretiens semi-dirigés. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles; 2020.
14. Vik A, Brekke M. Do patients consult their GP for sexual concerns? A cross sectional explorative study. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35(4):373-8.
15. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract*. 2004;21(5):528-36.
16. Dyer K, das Nair R. Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. *J Sex Med*. 2013;10(11):2658-70.
17. O'Connor SR, Connaghan J, Maguire R, Kotronoulas G, Flanagan C, Jain S *et al*. Healthcare professional perceived barriers and facilitators to discussing sexual wellbeing with patients after diagnosis of chronic illness: A mixed-methods evidence synthesis. *Patient Educ Couns*. 2019;102(5):850-63.
18. Ports KA, Barnack-Tavlaris JL, Syme ML, Perera RA, Lafata JE. Sexual Health Discussions with Older Adult Patients During Periodic Health Exams. *J Sex Med*. 2014;11(4):901-8.

19. Brook G, Bacon L, Evans C, McClean H, Roberts C, Tipple C *et al.* 2013 UK national guideline for consultations requiring sexual history taking. *Clinical Effectiveness Group British Association for Sexual Health and HIV. Int J STD AIDS.* 2014;25(6):391-404.
20. Brooks H, Llewellyn CD, Nadarzynski T, Pelloso FC, De Souza Guilherme F, Pollard A *et al.* Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2018;68(668):e187-96.
21. Rubin ES, Rullo J, Tsai P, Criniti S, Elders J, Thielen JM *et al.* Best Practices in North American Pre-Clinical Medical Education in Sexual History Taking: Consensus From the Summits in Medical Education in Sexual Health. *J Sex Med.* 2018;15(10):1414-25.
22. CRP-IMG – JMGPC. (Consulté le 3 mai 2020). Aborder la Sexualité en Médecine Générale - Dr Martin Winckler [Internet]. <https://www.youtube.com/watch?v=sh9FivHM3jU>
23. Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion No 706: Sexual Health. *Obstet Gynecol.* 2017;130(1):e42-7.
24. SSMG. Sexualité et santé. (Consulté le 3 mai 2020). SSMG. [Internet]. https://www.ssmg.be/avada_portfolio/sexualite-et-sante/
25. Bakhai N, Ramos J, Gorfinkle N, Shields R, Fields E, Frosch E *et al.* (Consulté le 3 mai 2020). Introductory Learning of Inclusive Sexual History Taking: An E-Lecture, Standardized Patient Case, and Facilitated Debrief. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour* [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6440490/>
26. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Byers S, Cohen T *et al.* No. 279-Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC.* 2018;40(6):e451-503.
27. Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, Low WY, Meuleman EJH, Sadovsky R *et al.* Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2010;7(1 Pt 2):337-48.
28. Bickey L. *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking.* Wolters Kuwer; 2016.
29. KCE. Sexually transmitted infections in primary care consultations : development of an online tool to guide healthcare practitioners. Brussels; 2019.
30. Mick J, Hughes M, Cohen MZ. Using the BETTER Model to assess sexuality. *Clin J Oncol Nurs.* 2004;8(1):84-6.

Site internet utile : www.ssmg.be

Travail reçu le 17 août 2020 ; accepté dans sa version définitive le 30 septembre 2020.

CORRESPONDANCE :

V. HUBERLAND
 Université libre de Bruxelles (ULB) - Département de Médecine générale
 Route de Lennik, 808 - CP 612/1 - 1070 Bruxelles
 E-mail : Vincent.Huberland@ulb.be