

Exploration des représentations, opinions et attitudes des médecins généralistes face aux spécificités de santé des patients issus de la communauté lesbienne, gay et bisexuelle : étude qualitative sur le territoire de la Gironde

Arsène Grosse

▶ **To cite this version:**

Arsène Grosse. Exploration des représentations, opinions et attitudes des médecins généralistes face aux spécificités de santé des patients issus de la communauté lesbienne, gay et bisexuelle : étude qualitative sur le territoire de la Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03482332

HAL Id: dumas-03482332

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03482332

Submitted on 15 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT EN MÉDECINE

ANNÉE 2021 THÈSE N° 142

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2021 par

Arsène GROSSE

Né le 02/11/1990 aux Lilas (93)

Exploration des représentations, opinions et attitudes des médecins généralistes face aux spécificités de santé des patients issus de la communauté lesbienne, gay et bisexuelle.

Etude qualitative sur le territoire de la Gironde

Sous la direction du Docteur Emmanuel PROTHON

Jury :

Professeur Fabrice BONNET	Président
Docteur Philippe CASTERA	Rapporteur et juge
Professeur Charles CAZANAVE	Juge
Docteur Guillaume CONORT	Juge
Docteure Pauline JAMES	Juge

REMERCIEMENTS

Au Professeur Fabrice Bonnet. Merci d'avoir accepté de présider ce jury. Je garde un excellent souvenir du stage dans votre service et de votre enseignement.

Au Docteur Philippe Castera. Merci de m'avoir montré d'autres facettes de la médecine durant mon stage avec vous, votre discussion est toujours passionnante. Merci pour vos précieux conseils à propos de ce travail.

A mon directeur de thèse, Docteur Emmanuel Prothon. Merci de m'avoir guidé et de ta gentillesse pendant la rédaction de cette thèse.

Au Professeur Charles Cazanave. Merci d'avoir instillé dans mes pensées les prémices de cette thèse. Vous me faites l'honneur d'être présent dans mon jury.

Au Docteur Guillaume Conort. Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

A la Docteure Pauline James. Ou comme on s'appelle plus simplement, à Pauline. Je suis ravi de te connaitre, tant sur le plan professionnel que personnel. Merci de participer à ce jury de thèse.

A mes anciens maîtres de stage. Merci d'avoir été si bienveillants en partageant votre savoir, sans vous je ne serais pas le médecin que je suis devenu.

A mes collègues du cabinet médical à Salleboeuf. J'ai hâte d'officialiser notre collaboration tous ensemble. Merci de m'avoir accueilli parmi vous.

A mes parents, Maman et Clotaire - Papa et Marie-Noëlle. Merci de m'avoir accompagné tout au long de ces années. Vos qualités de parents et votre présence indéfectible m'ont permis de réaliser mon rêve.

A mes frères et sœurs, Camille, Justine, Odin, Gabriel et Christale. Je ne peux pas imaginer meilleure fratrie. Merci pour tous ces moments passés ensemble, avec vous je me sens comblé.

A mes neveux, Léon et Joachim. Les petits derniers de la famille, votre arrivée dans nos vies est formidable. J'ai hâte de partager avec vous tous ces instants de vie à venir.

A ma belle-famille, Isabelle, Clémence et Jean-François. Merci d'être devenus comme une seconde famille. Merci pour votre soutien toujours présent.

A mes amis, de loin ou de près, sans vous nommer, merci d'avoir été présents durant ces études et plus encore. Merci pour tous ces moments de bonheur partagé, je souhaite que nous en vivions encore de nombreux tous ensemble.

A Marine. Merci d'être dans ma vie. Tu es là depuis le début, toi seule as vécu tous les moments de joie et de doute. Tu as toujours été présente pour me soutenir, me relever et continuer de me faire avancer. Je suis le plus heureux des hommes à l'idée de continuer notre chemin ensemble. Je t'aime.

SOMMAIRE :

ABREVIATIONS 8

INTRODUCTION 10

1. Situation de la population LGB en France 10

2. Spécificités de santé des LGB 12

2. 1. Généralités 12

2.2. Santé psychique 14

2.2.1. Dépression, risque suicidaire et facteurs de risque 14

2.2.2. Addiction 15

2.3. Santé sexuelle 17

2.3.1 Chez les HSH 17

2.3.2 Chez les FSF 18

2.4. Surpoids, maladies cardiovasculaires et cancers 19

3. Etat des lieux préliminaire de l'attitude des intervenants en soins primaires face à la communauté LGB 21

4. Objectifs de l'étude 23

MATERIEL & METHODE 24

1. Recherche bibliographique 24

2. Type d'étude 25

2.1. Choix de la méthode qualitative 25

2.2. Population de l'étude 25

2.2.1. Critères d'inclusion 25

2.2.2. Recrutement des médecins interviewés 25

2.3. Mode de recueil des données 26

2.3.1. Caractéristiques du chercheur 26

2.3.2 Réflexivité 26

2.3.3. Guide d'entretien 27

2.3.4. Déroulement des entretiens 29
2.3.5. Retranscription 29
3. Mode d'analyse des données 29
3.1. Méthode d'analyse 29
3.2. Codage 30
4. Aspects réglementaires et éthiques 31
RESULTATS 32
1. Description des médecins généralistes 32
1.1. Caractéristiques de l'exercice professionnel des médecins généralistes 32
1.2. Caractéristiques personnelles des médecins généralistes 32
1.3. Caractéristiques des différents profils de valeurs des médecins généralistes 33
2. Description des entretiens 33
3. Description des résultats 34
3.1. Abord de l'orientation sexuelle en médecine générale 34
3.1.1. Intérêts de l'abord de l'OS 34
3.1.2. Raisons de l'abord de l'OS 34
3.1.2.1. A la demande du patient 35
3.1.2.2. Selon le motif de consultation 35
3.1.3. Raison de l'absence de l'abord de l'OS 36
3.1.4. Eléments facilitant l'abord de l'OS 37
3.1.5. Difficultés rencontrées à l'abord de l'OS 38
3.1.6. Mise en situation de l'approche de l'OS 40
3.1.6.1. Premier cas clinique 40
3.1.6.2. Second cas clinique 42
3.1.6.3. Exploration des sentiments des médecins généralistes liées au second cas clinique 42
3.1.6.4. Mode d'approche de l'OS 43

3.1.7. Moyens utilisés pour récolter l'OS 44
3.1.8. Spécificités de l'abord de l'OS à l'adolescence 45
3.1.9. Jeu du miroir 47
3.1.10. Représentations du praticien sur le ressenti du patient 48
3.1.10.1. Exploration des émotions du patient 48
3.1.10.2. Ressenti situationnel du patient 48
3.1.10.3. Raison de l'expression de l'OS par le patient 49
3.2. Exploration des différentes approches utilisées par les médecins généralistes pour répondre aux spécificités de santé des patients LGB 51
3.2.1. Mode d'abord de la consultation 51
3.2.2. Freins à l'abord des besoins de santé spécifiques LGB 52
3.2.3. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients LGB 52
3.2.4. Spécificités de santé abordées par les médecins généralistes 53
3.2.4.1. Aborder les IST 53
3.2.4.2. Faire de la prévention ciblée 54
3.2.4.3. Aborder la santé psychique 54
3.2.4.4. Aborder l'accès à la parentalité 54
3.2.4.5. Aborder les particularités de la santé lesbienne 55
3.3. Discussion sur les outils mis en place pour la santé LGB 56
3.3.1. Liste de médecins LGB *friendly* 56
3.3.1.1. Intérêts de la liste LGB friendly 56
3.3.1.2. Raisons de l'inscription sur la liste LGB friendly 57
3.3.1.3. Freins à l'inscription sur la liste LGB friendly 57
3.3.1.4. Raisons de l'existence de la liste LGB friendly 58
3.3.2. Formation en santé LGB 60
3.3.2.1. Intérêts d'une formation en santé LGB 60
3.3.2.2. Freins à la formation en santé LGB 60

3.3.2.3. Qualité actuelle de la formation en santé LGB 61
3.3.3. Centres de santé communautaire 62
3.3.3.1. Intérêts des centres de santé communautaire 62
3.3.3.2. Freins à la création de centres de santé communautaire 63
DISCUSSION 65
1. Discussion des forces et des limites de l'étude 65
1.1. Forces de l'étude 65
1.2. Limites de l'étude 66
2.1. Choix du type d'étude 67
2.2. Discussion de l'échantillon 67
2.3. Discussion des entretiens 67
3. Discussion des résultats 68
3.1. Réflexions sur l'abord de l'OS des patients en médecine générale 68
3.1.1. Place des représentations personnelles des praticiens concernant l'abord de l'OS 68
3.1.2. Crainte de la réaction du patient lors de l'abord de son OS 68
3.1.3. Mise en situation de l'abord de l'OS 69
3.1.4. Représentation du praticien sur le ressenti du patient lors de l'abord de son OS 70
3.1.5 Moyens et modes d'approche de l'OS des patients 70
3.2. Réflexions sur la prise en charge des patients LGB 71
3.2.1 Analyse des résultats issus de l'étude 71
3.2.2. Approche communautaire 72
3.2.3. Stress minoritaire 73
3.2.4. Syndémie 73
3.3. Réflexions sur les outils mis en place pour la santé LGB 75
3.3.1. Liste de médecins LGB *friendly* 75
3.3.2. Formation en santé LGB 76

3.3.3. Centres de santé sexuelle communautaire 77

CONCLUSION 79

BIBLIOGRAPHIE 80

ANNEXE 1 : GRILLE COREQ 89

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN 91

ANNEXE 3 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT 97

SERMENT D'HIPPOCRATE 99

RESUME 100

ABREVIATIONS

APA : *American Psychological Association*

CIM : Classification internationale des maladies

CPP : Comité de protection de personnes

CSF : Contexte de la sexualité en France

DPD : Délégué à la protection des données

DSM : « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* » traduit par « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux »

DU : Diplôme Universitaire

EPGL : Enquête Presse Gay et Lesbienne

FCU : Frottis Cervico Utérin

FSF : Femme ayant des relations sexuelles avec des femmes

FSH : Femme ayant des relations sexuelles avec des hommes

GHB/GBL : Gamma-hydroxybutyrate/Gamma-butyrolactone

GPA : Gestation pour autrui

HPV : Papillomavirus Humain

HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

HSV : *Herpes Simplex Virus*

INED : Institut national d'études démographiques

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LGB : Lesbienne, Gay et Bisexuel

LGBT : Lesbienne, Gay, Bisexuel et Transgenre

LGBTI : Lesbienne, Gay, Bisexuel, Transgenre et Intersexe

MeSH : *Medical Subject Headings*

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OS : Orientation sexuelle

OMS : Organisation mondiale de la santé

PrEP : « *Pre-Exposure Prohylaxis* » traduit par « prophylaxie pré-exposition »

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

TasP : « *Treatment as Prevention* » traduit par « traitement comme prévention »

TPE : Traitement post exposition

TS : Tentative de suicide

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

« C'est cette discrimination ressentie qui va réduire l'accès aux soins, c'est l'inquiétude d'être la seule humanité qui va être contrainte de s'expliquer, de se justifier, de maintenir l'anonymat de sa sexualité ou de la révéler. Quand la médecine s'intéresse aux comportements sexuels, elle ne peut s'empêcher d'y porter un regard normalisateur, en confondant orientation sexuelle et comportement sexuel. »

Pr Didier Sicard (2017)

INTRODUCTION

1. Situation de la population LGB en France

Les termes lesbienne, gay, bisexuel et transgenre, mieux connus sous l'acronyme LGBT, permettent de faire référence à la population issue des minorités sexuelles ou de genres. Au fil des années, d'autres qualifications sont apparues représentées sous l'abréviation LGBT+. La création de ces nouvelles dénominations témoigne de l'émergence de nouvelles identités et la nécessité d'une reconnaissance individuelle et sociale (1–3). Cependant, bien que ces qualifications aient un intérêt certain dans l'acceptation des diversités sexuelles existantes, les utiliser regroupées sous la même bannière dans la réalisation d'études médicales ne semble pas parfaitement adapté. En effet, il existe une pluralité au sein de ces différentes catégories d'individus, donnant lieu à des problématiques différentes au sein même des LGBT+ (4). La question Trans[1] ne sera volontairement pas traitée dans ce travail en raison de spécificités de santé propres à cette population. **Nous nous intéresserons donc exclusivement à la question de la santé lesbienne, gay et bisexuelle, dite LGB**.

Selon le rapport de l'OCDE[2] de 2019 et son chapitre sur le défi LGBT, l'orientation sexuelle (OS) peut être définie comme étant *« la capacité d'une personne à ressentir une attirance émotionnelle et sexuelle profonde pour des personnes de sexe opposé, des personnes de même sexe, ou les deux, et à avoir des relations intimes et sexuelles avec ces personnes* » (6). Comme le souligne M. McNamara et H. Ng, il ne faut pas amalgamer orientation sexuelle et identité de genre (7), cette dernière, toujours selon l'OCDE faisant « *référence au sentiment intime d'être un homme, une femme ou androgyne. En tant que telle, elle permet de distinguer les transgenres des cisgenres, une personne transgenre/cisgenre étant une personne dont l'identité de genre est différente de/conforme à son sexe biologique à la naissance* » (6).

D'autre part, il faut distinguer attirance, pratique et identification sexuelle (7,8). L'appartenance à la communauté LGB relève de l'auto-identification. Il est facile de s'en rendre compte dans les études statistiques car il existe une différence majeure de résultats entre la question portant sur l'orientation sexuelle et sur le comportement sexuel – et encore plus lorsque l'on considère l'attirance envers les personnes du même sexe. Ainsi, selon l'enquête intitulée

[1] Trans est utilisé pour décrire une personne dont le genre ne correspond pas à celui assigné à sa naissance, cette abréviation est communément utilisée dans le réseau communautaire et respectée.

[2] L'OCDE est l'acronyme pour Organisation de coopération et de développement économiques et se présente comme étant *« une organisation internationale qui œuvre pour la mise en place de politiques meilleures pour une vie meilleure* ». Leur objectif est de promouvoir des politiques publiques qui favorisent la prospérité, l'égalité des chances et le bien-être pour tous (5).

Contexte de la Sexualité en France (CSF) en 2006, 3,9 % des femmes et 4 % des hommes de 18 à 69 ans déclarent avoir eu des rapports sexuels avec des partenaires du même sexe au cours de leur vie et 0,5% des femmes et 1,1% des hommes se définissent comme homosexuels et 0,8% des femmes et 1,1% des hommes se définissent comme bisexuels (9).

En conséquence, le terme HSH est de plus en plus utilisé pour Homme ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes, et son homologue féminin FSF pour Femme ayant des relations sexuelles avec d'autres Femmes pour décrire la population LGB dans les études scientifiques. Ces dénominations, plus inclusives, décrivent un comportement sexuel et non une identité, prenant donc en compte la population ayant des relations sexuelles avec des personnes du même sexe se définissant comme bisexuels ou hétérosexuels.

En outre, comme le souligne N. Bajos, il ne faut pas oublier que ces chiffres sont très probablement une valeur basse car l'homosexualité et la bisexualité ne sont pas valorisés socialement, entraînant une sous déclaration des comportements réels (9). Cependant, l'acceptation de l'homosexualité et de la bisexualité en France semble s'accroître, bien qu'étant encore loin d'être une opinion unanime. Ainsi, sur une méta-analyse évaluant l'évolution de l'acceptation de l'homosexualité entre les périodes 1981-2000 et 2001-2014, mesurée à l'aide d'une échelle allant de 1 à 10, où 1 signifie que l'homosexualité n'est jamais justifiable et 10 qu'elle l'est toujours, on observe qu'en France ce score a augmenté de 4,1 à 6,1 (6).

Cet élément pourrait expliquer de façon partielle le nombre croissant de LGB parmi les plus jeunes, car évoluer dans une société moins stigmatisante permet de mieux s'affirmer. Ainsi, dans l'enquête de suivi états-unienne Gallup Daily en 2020, la proportion des LGBT parmi la génération Z[3] est de 15,9 % alors qu'elle est seulement de 1,3% pour les personnes nées avant 1946 (10). Le baromètre santé de 2016 en France, réalisé dix ans après l'enquête CSF, montre la même tendance avec une plus grande déclaration d'expériences avec des partenaires du même sexe (11).

Enfin, l'acceptation des minorités sexuelles et de genre devrait concerner la majorité, cette préoccupation ne devrait pas être réservée uniquement à la communauté LGBT+, et ce pour trois principales raisons énumérées par le rapport de l'OCDE de 2020 : la première est évidemment d'ordre moral, que dire d'une société qui laisse la place à la ségrégation en raison d'une orientation sexuelle ou d'une identité de genre différente de la norme ? La deuxième est économique car les discriminations et violences impactent directement la santé physique et

[3] Génération Z : Personne née entre 1997 et 2002

mentale des personnes LGBT+, responsables d'une perte de performance sur le plan scolaire, professionnel et personnel. Enfin, la troisième est sociale, il est observé que plus la législation est favorable à l'intégration des personnes LGBT+ plus l'égalité entre les sexes est respectée en raison de normes redéfinies et moins restrictives (6).

POINTS ESSENTIELS :

- Il faut distinguer attirance, pratique et identification sexuelle.
- En France, parmi les 18-69 ans, 1,3% des femmes et 2,2 % des hommes se définissent comme homosexuels ou bisexuels et 3,9% des femmes et 4% des hommes déclarent avoir eu au cours de leur vie des rapports sexuels avec des partenaires du même sexe.
- Aux Etats-Unis, la proportion des minorités sexuelles et de genres chez les plus jeunes augmente, parmi la génération Z, 15,9% se déclarent LGBT.
- En France, l'acceptation des minorités sexuelles s'accroit mais reste loin d'être unanime.

2. Spécificités de santé des LGB

2. 1. Généralités

Selon l'OMS[4] la santé peut se définir comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Lorsqu'il s'agit de santé sexuelle, cet état de bien-être est donc un prérequis et l'OMS va plus loin en insistant sur la nécessité d'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* » (12).

Toutefois, l'approche de la santé des LGB devrait être holistique et ne pas être cantonnée à la seule sexualité. Les besoins de santé des minorités sexuelles sont dans la majorité des cas les mêmes que pour la population hétérosexuelle. Cependant, pour de multiples raisons, la santé des LGB comporte de nombreuses spécificités. Certaines problématiques sont communes aux différentes populations représentées par ce sigle mais d'autres restent bien

[4] Organisation Mondiale de la Santé

distinctes. Il est nécessaire que les professionnels de santé soient formés à la fois sur le plan médical mais également sur le contexte socio-culturel dans lequel évoluent actuellement les patients LGB afin d'optimiser leur prise en charge (7,13).

Par ailleurs, la santé des minorités sexuelles est un sujet d'étude assez récent. Il faut rappeler qu'encore à la fin du siècle dernier l'homosexualité était définie comme étant « *une déviation et un trouble sexuel* » (14). En effet, l'OMS a retiré de la Classification Internationale des Maladies (CIM) l'homosexualité comme étant une pathologie mentale en 1990 (15). De plus, bien que l'identité de genre ne soit pas le sujet ici, la transidentité a été retirée comme étant une pathologie mentale dans la nouvelle version de la CIM, effective en 2022 (16). L'APA[5] caractérise dans son DSM-5[6] uniquement la dysphorie de genre comme étant la souffrance psychique qu'une personne Trans peut ressentir en raison de l'inadéquation entre son sexe assigné et son identité de genre (18). Cette évolution est le témoin d'une dépathologisation institutionnelle progressive des personnes LGBT+.

Seulement après avoir effectué ces changements de paradigme, les recherches sur la santé des minorités sexuelles ont pu réellement débuter dans leur globalité. En réalité, le premier sujet majeur sur la santé LGB a été amené par la funeste épidémie du VIH/SIDA dans les années 1980, survenant dans une période sociale particulière puisque l'homosexualité venait d'être dépénalisée en France (19). La propagation prédominante parmi les HSH a pu renforcer la stigmatisation d'une sexualité déjà perçue comme différente de la norme. Cependant, la communauté gay s'est organisée et a permis de mobiliser les politiques de santé publique en faveur de leur droit et de leur santé (20). C'est cette première étape qui a rendu possible la mise en lumière de la santé des minorités sexuelles dans son ensemble.

L'histoire médico-sociale est marquée par la dévalorisation des minorités sexuelles. Dans son travail de thèse, T. Jedrzejewski avance la théorie que la médecine a activement participé à cette mauvaise représentation de l'homosexualité et que, désormais, en la délaissant, elle ne prendrait pas sa part de responsabilités (21). Didier Sicard, ancien président d'honneur du comité consultatif national d'éthique, résume ainsi le problème : « *la médecine est malade de son jugement normatif* » (22).

[5] L'*American Psychiatric Association*, traduit par Association Américaine de Psychiatrie, est la plus grande association au monde de psychiatres et est la source notamment du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)

[6] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, traduit par Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, est un ouvrage publié par l'APA qui est une référence mondiale pour le diagnostic de pathologies psychiatriques ; il reste largement critiqué, entre autres, par son côté classificatoire (17).

POINTS ESSENTIELS :

- La santé des LGB ne se résume pas uniquement à la santé sexuelle mais doit être considérée dans son ensemble.
- Il existe des spécificités de santé LGB et celles-ci peuvent être différentes selon la population concernée par ce sigle : les lesbiennes, gays et bisexuels n'auront pas les mêmes besoins *sui generis.*

2.2. Santé psychique

2.2.1. Dépression, risque suicidaire et facteurs de risque

De nombreuses études, françaises et internationales, montrent que la population LGB est en moins bonne santé mentale que la population hétérosexuelle. Ainsi, la méta-analyse menée par King *et al*. montre que les LGB sont 2,47 fois plus à risque de faire une tentative de suicide que leurs pairs hétérosexuels et que le risque de dépression ou de troubles anxieux sur la vie entière ou sur les douze derniers mois était au moins 1,5 fois supérieur par rapport aux hétérosexuels. Les résultats ne sont pas homogènes parmi les gays, lesbiennes et bisexuels avec un sur-risque plus marqué dans cette étude chez les homosexuels et bisexuels masculins (23).

L'étude Virage[7], menée par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) en 2015, publiée en 2020, montre que les jeunes homosexuels et bisexuels sont plus touchés par les violences intra familiales que leurs pairs hétérosexuels. Les plus atteints par ces abus, verbaux, physiques et/ou sexuels, étaient les jeunes lesbiennes et bisexuelles (24).

De plus, l'étude Enquête Presse Gay et Lesbienne 2011 (EPGL) explore le risque suicidaire chez les minorités sexuelles en France. Elle révèle que 16% des hommes et 18% des femmes qui s'identifient comme homosexuels ou bisexuels ont déjà fait une tentative de suicide (TS) au cours de leur vie, et respectivement 1,6% et 1,9% dans l'année (25).

Par ailleurs, certains travaux montrent que les personnes s'identifiant comme bisexuelles sembleraient avoir une moins bonne santé mentale et être plus à risque de comportement suicidaire que la population se définissant comme hétérosexuelle et homosexuelle (26). L'étude de Colledge *et al*. tend à confirmer ces résultats en montrant que

[7] Virage est l'acronyme de « VIolences et RApports de GEnre »

les femmes bisexuelles sont plus à risque que les femmes lesbiennes de développer des symptômes anxio-dépressifs mais également des troubles du comportement alimentaire (27). Une des explications possibles pourrait venir d'une double exclusion sociale, à la fois du côté de la population hétérosexuelle mais également homosexuelle. La trame de fond évoquée par les deux parties est que la sexualité est forcément binaire et exclusive (28). Par conséquent, il parait intéressant de bien distinguer lors des recherches la santé homosexuelle et bisexuelle, ces deux groupes n'étant pas complètement similaires (29).

In fine, cela rejoint l'étude de Zhao *et al.* ayant montré que le sur-risque suicidaire parmi les jeunes LGB était davantage dirigé par l'identité sexuelle auto-identifiée ou toujours en questionnement plutôt que par les seuls comportements ou attirances homosexuels (30). Une des raisons possibles pourrait se trouver dans l'explication que D. Halperin apporte sur les conséquences du *coming-out*[8] sur le plan social. En effet, une fois son orientation sexuelle révélée, la personne devra supporter d'être observée dans tous ses faits et gestes à travers le prisme de la représentation que l'on se fait de « *l'identité homosexuelle* » (21,31).

POINTS ESSENTIELS :

- La population LGB est en moins bonne santé mentale que leurs pairs hétérosexuels
- La population homosexuelle et bisexuelle, femmes et hommes, ne présente pas exactement les mêmes spécificités de santé, bien que certaines problématiques soient communes.

2.2.2. Addiction

De multiples études montrent que les personnes LGB sont plus à risque de développer une conduite addictive. Ainsi, Gonzalez *et al*. ont exposé que les LGB étaient plus à risque d'avoir une consommation excessive d'alcool et d'être fumeurs que leurs homologues hétérosexuels (32). Encore une fois, il existe des disparités au sein même de la population LGB. Ces études apportent parfois des résultats contradictoires, liés à des méthodologies très hétérogènes. Il semblerait que les homosexuels et bisexuels masculins seraient plus à risque d'avoir une consommation excessive d'alcool alors que les femmes lesbiennes et bisexuelles

[8] *Coming-out* : Faire l'annonce d'une orientation sexuelle, d'une identité de genre ou d'une variation naturelle du corps. L'expression complète est « *coming out of the closet* » traduit en français comme faire sa « sortie du placard ».

seraient davantage concernées par la consommation de tabac, de cannabis et d'anxiolytiques (33–35).

Il existe également une pratique sexuelle se développant appelée *chemsex*, fusion de « *chemical* » et « *sex* »[9]. Elle consiste à associer des substances psychoactives pendant et pour les rapports sexuels. Les effets recherchés sont multiples : augmentation de la confiance en soi, désinhibition, diminution de la sensation de fatigue et de faim, augmentation de la libido et hallucinations. Les principaux produits utilisés sont le GHB et GBL[10], les cathinomes, la méthamphétamine ou la kétamine. Si cette pratique n'est pas exclusivement l'apanage de la population gay, elle la concerne principalement et bien qu'elle n'intéresse qu'une minorité des homosexuels masculins, il est observé une augmentation progressive de ce type de rapports, facilitée par les applications de rencontre et l'aisance à obtenir ces psychostimulants (36). En outre, en plus du fort risque d'addiction lié aux produits, les effets psychoactifs conduisent souvent à l'abandon des mesures de prévention comme le préservatif mais également des nouveaux moyens de protection comme la PrEP[11], le TASP[12] et le TPE[13] lié à une moins bonne observance. Cela augmente drastiquement le risque d'infections sexuellement transmissibles (IST), d'autant plus qu'il s'agit fréquemment de rapports avec des partenaires multiples. Aussi, l'usage même des drogues peut conduire à une infection par le VIH[14] ou le VHC[15] puisque les produits peuvent être consommés par voie orale mais également en sniff ou par injection[16] (37).

POINTS ESSENTIELS :

- La population LGB est plus à risque de développer une addiction au tabac, à l'alcool et aux autres drogues que leurs pairs hétérosexuels.
- Le *chemsex* présente un double risque : addictologique et infectieux.

[9] *Chemical* et *sex* signifient respectivement « produit chimique » et « sexe ».
[10] Gamma-hydroxybutyrate/Gamma-butyrolactone
[11] *Pre-Exposure Prohylaxis* traduit par prophylaxie pré-exposition.
[12] *Treatment as Prevention* traduit par traitement comme prévention
[13] TPE est l'abréviation de Traitement Post Exposition
[14] Virus de l'Immunodéficience Humaine
[15] Virus de l'Hépatite C
[16] Lorsque le produit psychoactif est consommé par injection on parle alors de *slam*

2.3. Santé sexuelle

Les populations LGB possèdent des spécificités de santé sexuelle qui leurs sont propres, notamment en termes de prévalence des IST pouvant varier selon les différentes pratiques sexuelles.

2.3.1 Chez les HSH

Le bulletin de Santé Publique France datant de décembre 2020 montre que les HSH représentent 43% des découvertes de séropositivités VIH entre janvier 2019 et septembre 2020. Il est également retrouvé un risque accru d'infection à hépatite C, notamment en cas de *slam* impliquant l'usage de drogues injectables ou lors de certaines pratiques sexuelles (rapports anaux non protégés ou toute autre activité sexuelle à risque de saignements). Les co-infections avec le VIH sont fréquentes (38–41).

Dans le même sens, il existe un risque accru d'infection à VHB[17]. C'est pourquoi il est recommandé de vacciner les HSH contre ce dernier. En outre, bien que le mode de contamination soit différent, il en va de même pour l'hépatite A. En effet, les rapports bucco-anaux pouvant entrainer des foyers d'épidémies dans le milieu gay, la vaccination VHA[18] est donc préconisée (42–44). De plus, la transmission de germes habituellement non considérés comme des IST (*Campylobacter*, *Salmonelle*, *Shigelle* ou encore *E. coli*) par ces types de rapports ont également pu être mis en évidence (45).

Puis, le risque de cancer du canal anal est supérieur chez les HSH par rapport à leurs pairs hétérosexuels. Dans 90% des cas il est induit par le HPV[19], la vaccination est donc à réaliser lorsqu'il existe des rapports entre hommes, mais désormais, cette dernière est étendue à la population entière depuis 2021 (46,47).

Aussi, les découvertes de syphilis en 2019 concernent à 79% des HSH (48). Des chiffres sensiblement similaires sont retrouvés pour le gonocoque, dans 74% des cas ce sont des HSH (49). Par ailleurs, les HSH sont également plus à risque de déclarer des ano-rectites à *Chlamydia trachomatis* à sérovar non L et des lymphogranulomatoses vénériennes (sérovar L) (50,51). Il est important de rechercher ces infections aux trois sites, c'est-à-dire : urétral, pharyngé et anal, au risque de méconnaitre une contamination (52). Enfin, les infections à HSV[20] concernent également les HSH et restent fréquentes (53).

[17] Virus de l'Hépatite B
[18] Virus de l'Hépatite A
[19] Papillomavirus Humain
[20] *Herpes Simplex Virus*

2.3.2 Chez les FSF

Les FSF sont souvent considérées, à tort, comme à moindre risque d'IST. Cette idée reçue vient principalement du fait qu'il existe un manque de visibilité des femmes lesbiennes et bisexuelles dans les campagnes de prévention aboutissant à un manque d'informations sur leur sexualité. Cette absence amène l'idée que les rapports sexuels entre femmes sont forcément sans risque. De plus, il est régulièrement admis dans l'imaginaire collectif que les rapports lesbiens ne sont pas de véritables relations sexuelles, impliquant, *de facto*, l'absence de risque de contamination par des IST (54).

Pourtant, les FSF sont également à risque d'IST. D'une part parce que les rapports entre femmes peuvent être contaminants et que les outils de prévention sexuelle comme la digue dentaire[21] ou l'utilisation de gants en latex ne sont quasiment pas utilisés. D'autre part, 80% des femmes se définissant comme lesbiennes ont tout de même eu des relations sexuelles avec des hommes, dont 6 à 8% dans l'année. Il est à noter que les femmes se définissant comme bisexuelles avaient un nombre plus élevé de partenaires au cours de leur vie, 15 en moyenne contre 2,8 pour les FSF et 4,3 pour les FSH[22] (9).

Il est observé que les femmes contractent le VIH le plus souvent lors de rapports hétérosexuels ou lors d'utilisation de produits injectables. Toutefois, il a été décrit des cas de contamination lors de rapports entre femmes, notamment par le biais d'utilisation d'objet insertif pouvant parfois provoquer un échange de fluides corporels comportant du sang. Cependant, il est licite d'affirmer qu'il existe un risque moindre de contamination par le VIH lors des rapports entre femmes comparativement aux autres types de rapports (35).

Par conséquent l'absence de prévention du VIH, qui représente dans l'imaginaire collectif la première des IST, pour les femmes lesbiennes entraine une moins bonne information concernant les autres maladies sexuellement transmissibles (35). Pourtant, les FSF ont une plus grande prévalence d'IST par rapport aux FSH. D'après l'enquête CSF elles étaient 12% versus 3% pour les femmes hétérosexuelles à avoir eu une IST au cours des cinq dernières années (9). Cela s'explique par le fait que les FSF sont plus fréquemment susceptibles d'avoir des comportements sexuels à risque. En effet, les femmes lesbiennes et bisexuelles ont un nombre plus élevé de partenaires sexuels en comparaison avec leurs paires hétérosexuelles. De plus, l'âge moyen du premier rapport sexuel est plus précoce et les FSF usent moins souvent de

[21] Pièce de latex à interposer lors des rapports oro-génitaux ou oro-anaux.
[22] Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

moyens de protection lors des rapports entre femmes mais également lorsque le partenaire est un homme (35).

Ainsi, les rapports sexuels entre femmes sont à risque de contamination par le *Chlamydia trachomatis*, la syphilis, l'HSV, le *Trichomonas vaginalis*, le VHA, le VHC en cas de rapports traumatiques ou pendant les périodes menstruelles. Ils sont également susceptibles d'être pourvoyeurs de vaginose bactérienne notamment par l'utilisation d'outils sexuels insertifs et les rapports oro-anaux (35).

In fine, les rapports sexuels entre femmes font également courir un risque d'infection à HPV. Pourtant, les FSF, et d'autant plus les femmes ayant exclusivement des rapports homosexuels, sont moins bien dépistées contre le cancer du col de l'utérus (54).

POINTS ESSENTIELS :

- Les HSH sont plus à risque d'être contaminés par différentes IST nécessitant des dépistages ciblés.
- Les 3 vaccins à réaliser lorsqu'un homme a des rapports homosexuels sont : VHA, VHB et HPV.
- Les FSF sont aussi à risque de contracter des IST et manquent de prévention ciblée.

2.4. <u>Surpoids, maladies cardiovasculaires et cancers</u>

Plusieurs études tendent à montrer que les femmes lesbiennes et bisexuelles sont deux à trois fois plus à risque d'être en surpoids ou obèses (35,54,55). Il est également observé un plus grand risque de développer un diabète par rapport à leurs paires hétérosexuelles. Ainsi, le risque cardiovasculaire global des femmes lesbiennes semble supérieur (54).

A contrario, il semblerait que les hommes gays et bisexuels soient moins à risque d'être en surpoids ou obèses mais sont en revanche plus touchés par des troubles du comportement alimentaire de type anorexique comparativement à leurs pairs hétérosexuels. Il existerait également un risque moindre de développer un diabète comparativement à leurs homologues hétérosexuels. Toutefois, le risque cardiovasculaire global reste à évaluer mais ne serait pas forcément plus faible que dans la population générale en raison notamment de la plus grande prévalence de fumeur dans la population gay (56). En revanche, pour les personnes vivant avec

le VIH le risque cardiovasculaire est majoré en raison de l'état inflammatoire chronique induit par la maladie et les traitements antirétroviraux (57).

Le risque de cancer est encore en grande partie à étudier chez les minorités sexuelles mais du fait de plusieurs facteurs il pourrait exister un sur-risque sur le développement de certains cancers. Ainsi, la plus forte prévalence de fumeurs dans la population LGB pourrait induire certaines néoplasies favorisées par le tabac (46).

Les FSF ont également moins de chances de réaliser un frottis cervico-utérin (FCU) dans le cadre de la campagne de dépistage contre le cancer du col de l'utérus (54). Ce constat s'explique notamment par l'absence de motif autre amenant à une consultation de gynécologie, comme la contraception ou la grossesse. En effet, il existe une plus faible utilisation de moyens contraceptifs et une moins grande prévalence de grossesses chez les FSF comparativement aux FSH. Dans l'étude Lesbiclear, 12% des FSF interrogées expliquent qu'un médecin leur ont indiqué qu'il n'est pas nécessaire de réaliser ce dépistage en raison de leur OS, par conséquent elles ont 3,7 fois plus de risque d'être en retard dans leur dépistage et 6 fois plus de risque de n'avoir jamais pratiqué de FCU. Enfin, les barrières d'accès aux soins, communes à toutes les minorités sexuelles, comme la peur de dévoiler leur sexualité et les discriminations passées, sont aussi un frein à la réalisation de ce dépistage (21,54). Par ailleurs, des études ont essayé d'estimer, sans significativité, une différence de risque parmi les cancers hormono-induits (sein, ovaire et endomètre) en raison d'une moins grande prévalence de grossesse et de recours à la contraception hormonale dans la population FSF (21).

Aussi, le cancer du canal anal touche principalement les femmes et les HSH, et particulièrement ceux vivant avec le VIH. Ils nécessitent donc un dépistage adéquat (39). La vaccination est désormais étendue à toute la population et plus uniquement dédiée aux femmes et aux hommes ayant des rapports entre hommes (47).

POINTS ESSENTIELS :

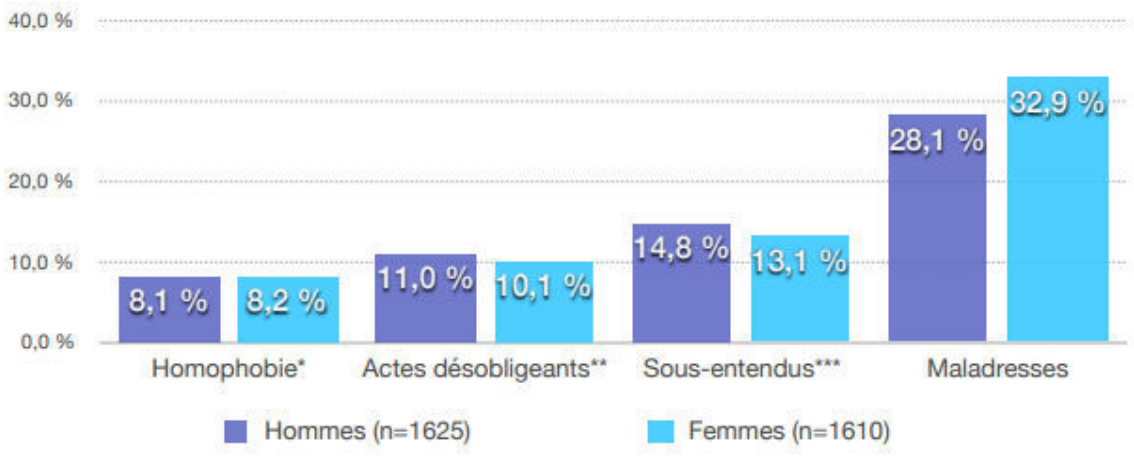
- Les FSF sont plus à risque d'être en surpoids et obèses, de développer un diabète et ont un plus grand risque cardiovasculaire global.
- Les FSF ont moins de chance de participer au programme de dépistage contre le cancer du col de l'utérus consistant à réaliser des FCU.
- Les HSH sont plus à risque d'être atteints par un cancer du canal anal.
- Les HSH sont plus à risque d'être atteints par un TCA de type anorexique et auraient un plus grand risque cardiovasculaire global.

3. Etat des lieux préliminaire de l'attitude des intervenants en soins primaires face à la communauté LGB

Il existe peu d'études réalisées en France sur la perception des LGB dans le domaine des soins primaires. Celles disponibles dressent un tableau montrant qu'il existe encore des améliorations à produire. Ainsi, d'après l'étude réalisée en 2012 par l'Agence des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne, 11% des personnes LGBT en France ont répondu qu'ils avaient eu le sentiment d'être discriminés par un professionnel de santé (secrétaire, infirmière ou médecin) au cours de douze derniers mois (6).

Ce résultat est confirmé par l'étude Egale-MG réalisée par T. Jedrzejewski en 2016. Il est montré qu'un patient LGB sur trois a déjà ressenti, au cours de sa vie et en consultation chez un médecin généraliste, au moins un propos ou geste perçu comme déplacé lié à son OS, allant de l'homophobie (pour plus de 8% d'entre eux) à de la maladresse. La perception des différents types de propos est représentée dans la figure 1 (21).

Figure 1 : Types de propos et gestes ressentis comme déplacés en fonction du sexe :



**« Homophobie : propos directement dirigé contre les gays ou lesbiennes.*[23]

***Actes désobligeants : remarques ou gestes clairement désobligeants sur la vie sexuelle.*

****Sous-entendus : sous-entendus en rapport avec l'homosexualité ou la sexualité du répondant qui l'a affecté »*

Source : EGaLe-MG: état des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France. 2016. T. Jedrzejewski.

[23] L'homophobie est définie par Dayer comme étant « *l'hostilité générale, psychologique et sociale, à l'égard de celles et ceux supposés désirer des individus de leur propre sexe ou avoir des pratiques sexuelles avec eux. Forme spécifique du sexisme, l'homophobie rejette également tous ceux qui ne se conforment pas au rôle prédéterminé par leur sexe biologique.* (58)»

De plus, subir ces différents propos est plus fréquemment associé à une rupture de soins. En effet, 34,3% des personnes interrogées ont arrêté de voir un médecin du fait d'une discorde ou d'une gêne liée à leur sexualité. Cette corrélation est encore plus forte, à 48,9%, lorsque le propos ou le geste n'est pas considéré comme anodin.

Enfin, l'étude montrait que seulement 13% des femmes et 37,3% à 54,4% des hommes ayant fait leur *coming-out* à leur médecin ont abordé les spécificités de santé propres à leur OS. Il existait alors un sentiment de stigmatisation dans un nombre non négligeable de cas. Ce ressenti peut être lié, d'une part, à la méconnaissance des spécificités de santé des minorités sexuelles elles-mêmes[24], ne comprenant pas alors l'intérêt d'une telle discussion. D'autre part, la façon d'aborder ce sujet est également primordiale car en fonction de la manière utilisée cela est parfois perçu comme discriminant, comme en témoigne les précédents résultats (21).

POINTS ESSENTIELS :

- Il existe des discriminations envers les patients LGB dans le milieu des soins primaires, allant de la maladresse jusqu'à l'homophobie.
- Les spécificités de santé des patients LGB sont peu abordées dans le milieu des soins primaires.

[24] Par exemple, dans cette étude, la moitié des hommes interrogés pensent qu'il n'existe pas de vaccin spécifique pour les HSH.

4. Objectifs de l'étude

Il a été abordé les différentes spécificités de santé des minorités sexuelles et les difficultés que rencontrent parfois les minorités sexuelles lorsqu'elles ont recours aux soins primaires. **La question de recherche de ce travail est donc d'explorer les représentations, les opinions et les attitudes des médecins généralistes face aux spécificités de santé des patients issus de la communauté lesbienne, gay et bisexuelle.**

Ainsi, **l'objectif principal de cette étude est d'explorer les différents types d'approches des médecins généralistes de Gironde pour prendre en charge la santé des minorités sexuelles**.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- **Explorer l'opinion des médecins généralistes de Gironde sur les outils existants permettant d'aider à la prise en charge des spécificités de santé des minorités sexuelles, notamment sur :**
  - **L'existence d'une liste de praticiens LGB-*friendly*.**
  - **La création de centres de santé sexuelle communautaires.**
  - **La création de formations spécialisées sur la santé des minorités sexuelles.**
- **Explorer l'opinion des médecins généralistes de Gironde sur la qualité de la formation actuelle en santé sexuelle et plus spécifiquement en santé LGB.**
- **Décrire les différents enjeux de l'abord de l'orientation sexuelle (y compris chez l'adolescent).**
- **Explorer les représentations des praticiens sur le ressenti des patients LGB lorsqu'ils expriment leur orientation sexuelle en consultation.**

MATERIEL & METHODE

1. Recherche bibliographique

La première étape de cette étude a été d'effectuer une recherche bibliographique sur les recommandations autour de la santé LGB. Le but de cette recherche a été d'enrichir les connaissances du thésard sur ce terrain, permettant ainsi de dégager, dans un premier temps, un objectif le plus pertinent possible, puis dans un second temps, l'élaboration de nouvelles théories pertinentes lors de l'analyse des données. La consultation bibliographique a été poursuivie en parallèle tout au long de l'étude.

Les moteurs de recherches qui ont été utilisés sont Pubmed, Google Scholar, Cismef, Cairn et Sudoc. Le MeSH[25] a été utilisé afin de définir les mots clés utilisés. Les descripteurs retenus étaient : « Minorité sexuelle », « Sexual and Gender Minorities », « Santé sexuelle », « Sexual Health », « Soins de santé primaire », « Primary healthcare », « Médecins de premier recours » et « Physician, primary care ». Les différents termes découlant de ces descripteurs ont été utilisés pour la recherche bibliographique et différentes équations de recherche ont été utilisées.

La littérature grise a également été consultée, notamment différents journaux d'information générale (Le Monde, Libération, etc.) mais aussi des médias d'information dédiés à la population LGB (Komitid, Remaides, etc.). Il a été consulté des articles avec leurs commentaires en lien avec la santé LGB sur des sites d'informations destinés aux médecins généralistes (Legénéraliste.fr, etc.) ayant permis au chercheur d'appréhender différents points de vues de soignants. Ces lectures ont permis au chercheur de se tenir informé des sujets d'actualité en rapport avec le domaine LGB et d'obtenir différentes perspectives autour de ce thème.

L'ignorance théorique, comme définie par C. Lejeune (59), n'a donc pas été appliquée. La partialité de la recherche peut s'en retrouver impactée mais la pertinence de l'étude, tant sur la construction que sur les théories produites lors de l'analyse, est améliorée.

La mise en page de la bibliographie a été effectuée à l'aide du logiciel Zotero©.

[25] Le MeSH (Medical Subject Headings) est le thésaurus de référence dans le domaine biomédical.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, monocentrique, par entretiens individuels, semi-dirigés, avec un double codage et une analyse des données selon la théorie ancrée.

2.1. Choix de la méthode qualitative

L'étude qualitative s'est imposée comme le choix préférentiel car celle-ci permet de répondre à une question de type « comment ? » ou « pourquoi ? » et non pas « combien ? » comme pour les études quantitatives (60). Historiquement, la recherche qualitative est associée aux sciences humaines mais de plus en plus d'études qualitatives apparaissent pertinentes dans la recherche en soins primaires (61). En effet, celles-ci intègrent mieux les différentes expériences, perceptions et représentations des différents acteurs face à une situation donnée. De plus, elle bénéficie d'une souplesse permettant de faire naitre des concepts qui peuvent être inattendus, notamment quand le sujet est peu connu.

Il existe de multiples critères de validité afin de mener une étude de qualité, il existe plusieurs grilles permettant de guider les chercheurs afin d'obtenir cette rigueur. Il a été choisi d'utiliser la grille COREQ (disponible en annexe 1), traduite de l'anglais par l'université d'Artois (62).

2.2. Population de l'étude

La population cible est celle des médecins généralistes ayant une pratique ambulatoire en soins primaires. La population source de l'étude est celle des médecins généralistes ayant une pratique libérale en soins primaires exerçant en Gironde.

2.2.1. Critères d'inclusion

Pour être inclus dans l'étude il fallait être médecin généraliste en activité, installé ou détenteur d'une licence de remplacement, thésé ou non thésé ET avoir une activité de soins primaires ambulatoires en cabinet de médecine générale, exclusive ou non exclusive, libérale ou salariée, dans le département de la Gironde.

2.2.2. Recrutement des médecins interviewés

Les médecins ont été contactés par téléphone ou par mail. Il n'a pas été mentionné de prime abord la question de la santé LGBT afin de ne pas biaiser le recrutement. En effet, cela aurait pu avoir une incidence sur l'acceptation ou non de participer à l'étude et ainsi sélectionner seulement un certain profil de médecin généraliste. Par ailleurs, si le sujet avait été connu à l'avance les réponses obtenues lors de l'entretien semi-dirigé auraient pu être moins spontanées.

C'est pourquoi les médecins acceptant de participer à l'étude ont été informés qu'il s'agissait d'une « exploration des attitudes des médecins généralistes face à différentes situations cliniques et théoriques ».

Le début du recrutement a été effectué selon la méthode « boule de neige », le thésard a débuté les entretiens sans pré-sélection des interviewés. Puis, après réalisation des premiers entretiens et de l'analyse en parallèle des données produites, le mode de recrutement en échantillonnage raisonné a été préféré afin d'obtenir un échantillon représentatif des différents médecins généralistes. Le but était d'obtenir un échantillon en variation maximale selon l'âge, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, la durée d'exercice de la médecine générale et des consultations préférentielles. Ce mode de recueil a également défini la taille de l'échantillon qui n'a donc pas été préétabli mais a été fonction de la redondance des données obtenues lors de l'analyse.

2.3. Mode de recueil des données

2.3.1. Caractéristiques du chercheur

Le thésard est un homme de 30 ans, il exerce une activité de médecine générale en cabinet médical à Salleboeuf (semi-rural, Gironde) en la qualité de remplaçant régulier depuis novembre 2018. Il a également travaillé, de façon rémunérée, pour la collecte de fonds de l'association AIDES entre 2012 et 2015. Il est détenteur d'un DU de thérapeutique anti-infectieuse. Il est novice dans la réalisation d'étude qualitative.

2.3.2 Réflexivité

K. Malterud utilise comme métaphore pour définir la réflexivité (*reflexivity*) « le miroir du chercheur ». Elle part du postulat que le chercheur, de par son histoire et ses croyances, va influencer la recherche entreprise, que ce soit au niveau de la confection de l'étude ou bien l'analyse des résultats (63). Afin de maintenir une objectivité, au sens redéfinie par Haraway[26], le chercheur a pris en compte ses propres préconceptions à propos du sujet de l'étude (64).

[26] L'objectivité définie dans ce contexte par D. Haraway est de reconnaitre que le chercheur est partial et d'expliciter cette influence sur les différentes étapes de l'étude (64).

2.3.3. Guide d'entretien

L'entretien semi dirigé a été choisi afin de permettre l'exploration de différents thèmes autour de la santé LGB tout en gardant une flexibilité autour des différents enchainements d'idées pour permettre une conversation plus « naturelle » avec l'interviewé (65).

Une première version du guide d'entretien a été réalisée par le thésard. Il a été refondé sur conseil du directeur de thèse et, avant le premier essai d'une interview sur une amie médecin généraliste du thésard, celui-ci a été soumis à l'avis de plusieurs personnes travaillant autour de la question de la santé sexuelle. Les différentes recommandations ont été prises en compte à différents degrés afin d'enrichir le guide. Puis, ce dernier a finalement évolué en fonction de l'apparition des différents concepts émergents au fil des premières entrevues. La version aboutie est disponible en annexe 2.

Le guide d'entretien a été construit de manière à être progressif. La première partie sert d'amorce et a permis de faire connaissance avec le praticien et de mettre en place une relation décontractée entre les deux protagonistes. Dans le même temps, elle a été utilisée pour glaner des informations sur la pratique du médecin. Ainsi, son âge et sa durée d'exercice de la médecine générale ont pu être récoltés. Elle a également fourni des informations sur sa formation et s'il existe une activité professionnelle préférentielle, en médecine générale ou dans un autre domaine. Enfin, la dernière question a servi à évaluer le degré de satisfaction de son métier. *In fine*, cela a permis la construction d'un profil des pratiques professionnelles des différents médecins généralistes interviewés.

La deuxième partie a été articulée par l'utilisation de deux vignettes cliniques simples. Un des avantages qu'elles présentent est qu'elles ont permis de réaliser une mise en situation, cela a apporté de la spontanéité dans la réponse de l'interviewé et ainsi plus de véracité dans ses propos. Un des autres bénéfices de ces vignettes est qu'elles apportent des questions en échelle, c'est-à-dire qu'elles sont adaptées selon la réponse des praticiens. Cela a permis d'appréhender, sans biaiser par la question, la place de l'orientation sexuelle dans la consultation de médecine générale. Ainsi, la première situation présentée explique qu'une femme de 30 ans consulte pour la première fois le médecin généraliste afin de débuter un nouveau suivi, elle demande à réaliser un *check-up*. La seconde situation décrit un homme de 25 ans, que le médecin a déjà rencontré en consultation mais uniquement pour des motifs banals (rhinopharyngite, gastro-entérite aiguë par exemple), ayant eu un rapport sexuel non protégé quelques jours auparavant. Dans les deux cas, il a été demandé aux praticiens la façon dont se

déroule sa consultation. La première situation fait appel à une consultation d'ordre global sans spécificité particulière et la seconde implique clairement la santé sexuelle. L'objectif est d'évaluer comment et pourquoi ils abordent, ou non, l'orientation sexuelle dans ces deux profils de consultations différents.

Puis, la troisième partie, à travers différentes questions sur les changements médicaux puis sociaux, actés ou toujours en pourparlers, ont permis d'appréhender la variation des profils de valeurs des médecins généralistes sélectionnés. Elles ont eu également pour effet de continuer de faire connaissance avec le praticien et de permettre au thésard d'adapter son discours aux valeurs ressenties afin ne pas brusquer le professionnel et de ne pas biaiser ses réponses.

Ensuite, la quatrième partie cherche à déterminer la sensibilité du praticien aux différentes difficultés sociétales que peuvent rencontrer les patients issus de la communauté LGB. De ce fait, il a été abordé des questions étudiant la considération du praticien sur l'impact du *coming-out* sur le patient, mais aussi sur la peur d'être discriminé ou stigmatisé de par son orientation sexuelle.

Enfin, la dernière partie a sondé les connaissances médicales mobilisées lors d'une consultation avec un patient LGB. Les relances utilisées ont cherché à établir une certaine exhaustivité sur les connaissances du médecin sur les spécificités de santé LGB. En second lieu, le thème de la formation médicale a été abordé en essayant, d'abord, de déterminer les croyances du praticien sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients LGB, et les moyens d'apprentissage mis à sa disposition, puis, des éventuelles conséquences sur la création de centres de santé sexuelle communautaire.

À la fin de l'entretien, une dernière question ouverte a été posée afin de laisser une possibilité au médecin participant de revenir sur certains points laissant possible l'émergence de nouvelles thématiques. *In fine*, un retour d'impression sur l'ensemble de la conversation a été recherché ayant permis d'apprécier le degré d'intérêt sur la santé LGB.

Pour finir, afin d'essayer d'obtenir un échantillon en variation maximale, les caractéristiques sociodémographiques du médecin entretenu ont été demandées. Elles regroupent son identité de genre, son âge, son statut matrimonial et son orientation sexuelle.

2.3.4. Déroulement des entretiens

Au début de l'entretien, le thésard a demandé aux praticiens s'il pouvait enregistrer l'entretien à l'aide d'une application sur son téléphone. Afin d'instaurer une relation de confiance il a également rappelé l'anonymisation des propos recueillis et le principe de non jugement.

Les entretiens se sont déroulés selon le principe de l'Approche Centrée sur la Personne de Carl Rogers avec une écoute qu'il définit comme étant empathique, non directive et inconditionnellement positive (66). De plus, dans le but pour le thésard de rester le plus impartial possible lors de la réalisation de l'entretien, les données socio-démographiques du médecin n'ont été renseignées, à chaque fois que cela était possible, qu'à la fin de l'entrevue.

2.3.5. Retranscription

L'enregistrement des entretiens a été effectué par l'intermédiaire d'une application d'enregistrement sur téléphone, avec l'accord du médecin interviewé, tout en rappelant l'anonymisation des propos. La retranscription a eu lieu de manière intégrale et littérale sur le logiciel de traitement de texte Word. Les éléments de communication non-verbale ont également été consignés. S'il existait lors de l'entretien des moyens d'identifier le praticien interviewé, ceux-ci ont été supprimés de la retranscription de l'enregistrement. Sur la demande du médecin concerné, la retranscription de l'entretien aurait pu être envoyée pour éventuels corrections ou commentaires.

3. Mode d'analyse des données

3.1. Méthode d'analyse

L'analyse des données a été accomplie selon la méthode de la théorie ancrée également appelée « analyse en émergence », décrite pour la première fois par Glaser et Strauss (67) et reprécisée par C. Lejeune (59). Cette méthode a été choisie car elle permet une organisation de la recherche dite en « parallèle », s'opposant à la construction dite « séquentielle », comme représentée dans la figure 2. Ainsi, chaque étape de l'étude ne se fait pas suite mais se réalise de façon concomitante. L'avantage majeur est qu'il existe donc un enrichissement mutuel entre les différentes phases de l'étude et cela laisse la place à l'émergence de nouveaux concepts. Par conséquent, cela a permis une adaptation du canevas d'entretiens afin de mieux comprendre l'apparition des nouvelles catégories.

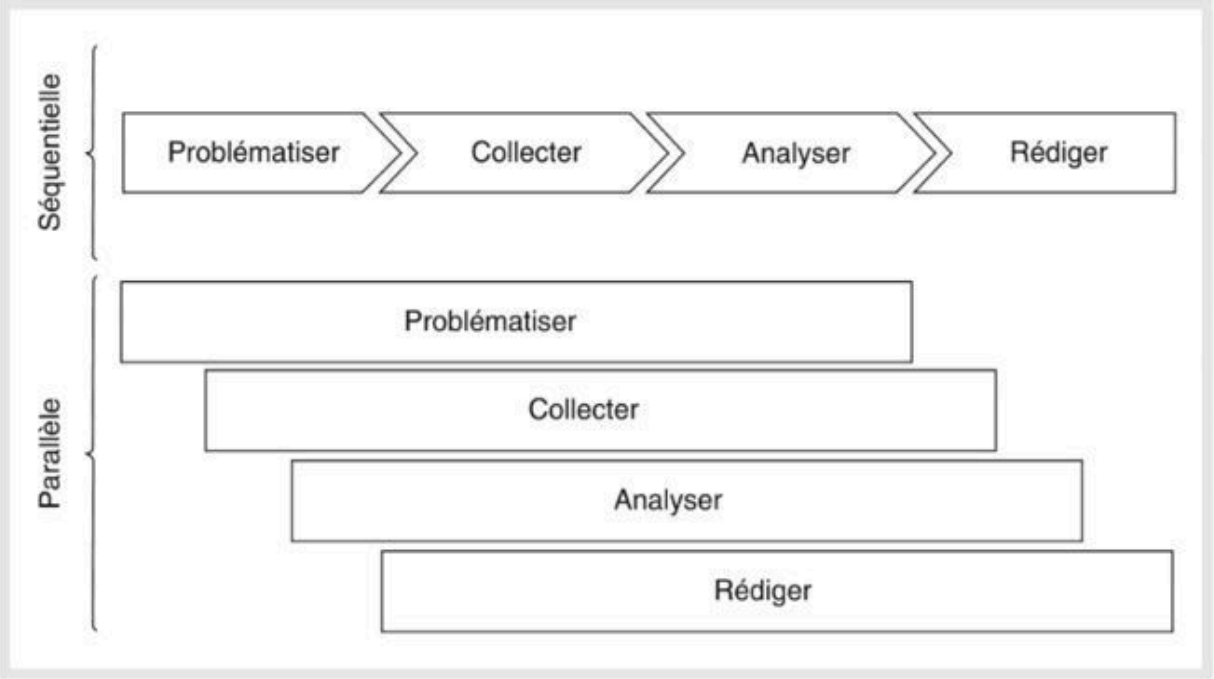


Figure 2 : Organisation séquentielle et parallèle de la recherche qualitative. Extrait du livre « Manuel d'analyse qualitative » par C. Lejeune.

3.2. Codage

Le codage a été effectué dès l'entretien initial par le thésard. Le processus de codage peut être séparé en trois phases, le codage ouvert, axial et sélectif, s'effectuant de manière itérative et non consécutive, comme représenté dans la figure 3. Le codage ouvert, effectué au fur et à mesure, a permis de procéder à la réalisation de l'étiquetage du matériau issu des entretiens. La création d'étiquette sert à identifier une propriété afin de caractériser par la suite une catégorie (autrement appelé concept), la procédure est schématisée dans la figure 4. Puis, le codage axial prolonge le codage ouvert en articulant les différentes propriétés afin d'identifier leur condition de variation. *In fine*, le codage sélectif a été effectué afin d'intégrer ces articulations dans le but d'obtenir une analyse cohérente et pertinente. Par ailleurs, le logiciel d'aide à l'analyse qualitative NVivo12 a été utilisé et un double codage a été effectué par le directeur de thèse, Dr Emmanuel Prothon.

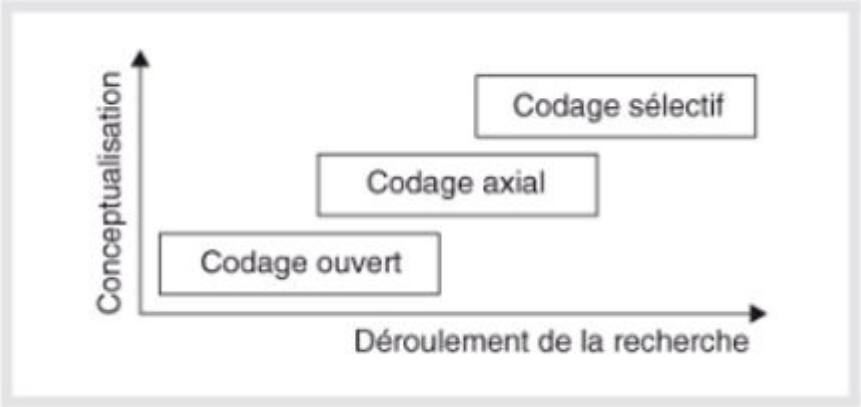


Figure 3 : Chevauchement des codages ouvert, axial et sélectif. Extrait du livre « Manuel d'analyse qualitative » par C. Lejeune.



Figure 4 : Du matériau à la catégorie. Extrait du livre « Manuel d'analyse qualitative » par C. Lejeune.

4. Aspects réglementaires et éthiques

Le Comité du Protection des Personnes Sud-Ouest et Outre-Mer III a émis un avis favorable le 01/07/2020 pour la réalisation de cette étude. Elle a été caractérisée comme étant une recherche n'impliquant pas la personne humaine au sein de l'article R. 1121-1, titre II du code de la santé publique (68).

Ainsi, la méthodologie de référence MR-004 définie par la CNIL a été mise en œuvre pour la collecte et le traitement des données recueillies (69). Au début de chaque entretien, un consentement oral et écrit était recueilli. Il a été expliqué au praticien, que les propos recueillis seraient entièrement anonymisés et de ce fait l'identification rendue impossible. Ainsi, les retranscriptions ne comportent pas l'état civil du médecin entretenu, et les éléments permettant la reconnaissance directe ou indirecte du praticien ont été supprimés. Ensuite, le médecin interviewé a été informé que seul le thésard aurait accès à l'enregistrement et que celui-ci serait immédiatement supprimé après retranscription. Les conditions légales sur la protection des données ont été rappelées sur le formulaire de consentement (disponible en annexe 3). Les participants à l'étude ont été informés qu'ils pourraient recevoir les résultats de celle-ci une fois terminée. Il a également été envoyé au délégué à la protection des données (DPD) les renseignements relatifs à la conformité au règlement général sur la protection des données.

RESULTATS

1. Description des médecins généralistes

Les médecins généralistes recrutés pour l'étude possèdent des caractéristiques différentes concernant leur pratique professionnelle, profil sociodémographique et valeurs personnelles.

1.1. Caractéristiques de l'exercice professionnel des médecins généralistes

Les principales caractéristiques de l'exercice professionnel des praticiens de santé interrogés sont résumées dans le tableau 1. Ces données ont été recueillies au cours des entretiens.

Tableau 1 : Caractéristiques professionnelles des médecins généralistes et durée des entretiens

	Sexe	**Âge**	**Durée d'exercice**	**Milieu et mode d'exercice**	**Type d'exercice**	**Maitre de stage des universités**	**Expérience particulière en lien avec la santé LGB**	**Durée des entretiens**
Praticien 1	F	30-39 ans	8 ans	Semi rural / Périurbain (installée)	Cabinet de groupe	Non	Non	59 minutes
Praticien 2	F	30-39 ans	5 ans	Semi rural / Périurbain	Remplaçante	Non	Oui	36 minutes
Praticien 3	M	50-59 ans	21 ans	Rural (installé)	MSP[27]	Oui	Non	68 minutes
Praticien 4	M	60-69 ans	36 ans	Rural (installé)	MSP	Non	Non	63 minutes
Praticien 5	F	30-39 ans	9 ans	Rural (installée)	MSP	Oui	Non	51 minutes
Praticien 6	F	30-39 ans	9 ans	Semi rural / Péri urbain (installée)	Cabinet de groupe	Non	Non	55 minutes
Praticien 7	F	30-39 ans	2 ans 1/2	Urbain	Remplaçante	Non	Non	82 minutes
Praticien 8	M	50-59 ans	26 ans	Urbain (installé)	Cabinet de groupe	Oui	Oui	73 minutes

1.2. Caractéristiques personnelles des médecins généralistes

Parmi les praticiens ayant participé à l'étude tous étaient en couple, cinq étaient mariés, deux pacsés et une en concubinage ; sur les huit médecins interrogés six avaient des enfants. La majorité des médecins étaient hétérosexuels, une médecin s'identifiait comme lesbienne et un médecin comme gay. Ces données ont été recueillies au cours des entretiens.

[27] MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle.

1.3. Caractéristiques des différents profils de valeurs des médecins généralistes

Au cours des entretiens, l'opinion des médecins concernant différents sujets de société en lien avec la question de la santé LGB a été abordée. Le but est de prouver l'existence de différents profils de valeurs tout en abordant progressivement le thème du travail : la santé LGB. Les sujets suivants ont donc été évoqués de manière progressive : l'évolution de la médecine sur les dernières années, l'IVG, l'ouverture du don du sang pour les HSH, la GPA, la Gay Pride, le Mariage pour Tous, la théorie du genre et leur rapport à la spiritualité.

Ainsi, il est constaté qu'il existe différents profils parmi les médecins sélectionnés. La plupart des praticiens peuvent être considéré comme **progressiste**[28] et certains points font l'unanimité comme l'accès au don du sang pour les HSH. Cependant, les avis divergent également et certains professionnels étaient plus **réactionnaires**[29] à certains changements, notamment face à la question du mariage pour tous et de la filiation. Ainsi, les prises de positions sont plus polarisées concernant l'accès à la GPA, certains s'opposant catégoriquement à l'homoparentalité. De plus, les praticiens avaient également des profils de valeurs différents en raison de leur rapport à la spiritualité, allant de l'athéisme à la pratique d'une religion. Enfin, il est à noter qu'au cours des entretiens il était exprimé parfois que l'homosexualité était considérée comme « moins normale » que l'hétérosexualité et la bisexualité par le médecin généraliste. Toutefois, **tous expriment dichotomiser leur vision personnelle et professionnelle, quelle que soit leurs convictions, et estiment que leurs opinions ne les influencent pas dans la prise en charge des patients**.

2. Description des entretiens

Huit entretiens ont été réalisés entre juillet 2020 et février 2021, au cabinet médical ou au domicile du praticien interrogé, en présentiel ou en visioconférence à l'aide du logiciel Zoom. La durée des entretiens variait de 36 minutes à 82 minutes, la moyenne était de 61 minutes. Deux médecins généralistes ont refusé la participation aux entretiens en raison de leur trop longue durée.

[28] Progressiste défini comme étant quelqu'un étant « *partisan du progrès politique, social, économique* » (70)
[29] Réactionnaire défini comme étant quelqu'un « *qui affiche des idées conservatrices opposées à tout progrès* » (71)

3. Description des résultats

3.1. Abord de l'orientation sexuelle en médecine générale

3.1.1. Intérêts de l'abord de l'OS

Les praticiens ont évoqué plusieurs intérêts à l'abord de l'OS pendant la consultation.

D'abord, cela permet de mieux **adapter la prise en charge** des patients appartenant aux minorités sexuelles : « (…) *parce que ça va orienter ma prise en charge quand même, quelque part va y'avoir des choses que je vais aborder, que je ne vais pas aborder, en fonction de certaines orientations sexuelles, comme en fonction des types de rapports* (…) » (P3). Il a été souligné l'importance de l'adaptation particulièrement **dans la dimension préventive** : « *Parce que c'est important, notamment chez les jeunes femmes, de connaitre leur sexualité, pour adapter le conseil qu'on va leur donner dans la prévention* » (P2) et notamment en termes de **prévention des risques sexuels** : « *on se goure à chaque fois qu'on n'est pas assez ouvert sur l'orientation sexuelle, pardon sur les relations en fait, euh bah le type de partenaire, les pratiques sexuelles.* » (P3).

Certains ont étendu le raisonnement de façon plus générale et exprime l'utilité d'une **prise en charge holistique du patient** : « *Dans le sens que je pense qu'en médecine générale on essaye vraiment de prendre en charge la globalité de nos patients et qu'on est au courant de plein d'éléments de vie de leur part et que quand on est au courant de ça c'est un élément de plus qu'on va savoir, qu'on va savoir comment ça se passe avec leur famille comment ça se passe au travail. On a l'occasion d'aborder plein de choses et euh leur orientation sexuelle en fait partie aussi* » (P5).

Enfin, aborder l'OS laisserait également entendre au patient **que le praticien est à l'aise avec des sexualités considérées comme minoritaires, ce qui donnerait la possibilité de pouvoir y revenir plus tard sans crainte** : « *c'est aussi une porte dans le sens où on a posé la question, la personne va pas forcément être à l'aise pour y répondre mais on l'a posée et si un jour elle a envie d'en parler elle sait que tel médecin est sensibilisé et on pourra lui en parler* » (P2).

3.1.2. Raisons de l'abord de l'OS

L'OS est abordée pour différentes raisons au cours des consultations, principalement si le patient en est demandeur ou si le motif de consultation amène le sujet. Cependant, il a aussi été évoqué une **approche au *feeling* selon le ressenti de la situation avec le patient** : « (…)

voilà c'est un peu y'a des choses des fois on aborde des sujets avec certains patients, pourquoi plutôt avec celui-là et pas avec d'autres ou t'as pas, ou je sais pas, je peux pas expliquer ça. » (P4).

3.1.2.1. A la demande du patient

Lors de l'entretien, P1 explique que **l'abord de l'OS était fait à la demande du patient** : « *ça s'aborde parce que les patients souhaitent l'aborder* ». Les justifications à cette démarche trouvent leur raisonnement **dans la crainte de « *mettre mal à l'aise* »** les patients si le sujet est amené par les soignants et **« *de perdre la confiance de son patient* »**. Une autre idée est que la sexualité de manière générale est de **l'ordre du privé** : « *c'est un truc hyper personnel, c'est un truc hyper personnel, si c'est pas eux qui vont sur ce terrain je veux pas y aller* ». Le concept est même poussé plus loin avec **un aspect sacré donné à la sexualité : «** *C'est avant tout philosophique ou religieux ou je sais pas (…)* ».

3.1.2.2. Selon le motif de consultation

La plupart des praticiens interrogés exprime que la sexualité et l'OS sont abordées **s'il existe un intérêt pour la consultation** : « *si y'a quelque chose qui est en rapport oui on va évoquer le sujet (…)* » (P4). Certains donnent des exemples un peu plus précis des motifs de consultation amenant à la question de la sexualité des patients : la **consultation gynécologique** (P3), **de contraception** (P4)**, suite à un rapport sexuel non protégé** (P5) **ou encore lorsque les patients présentent un syndrome dépressif** (P8).

POINTS ESSENTIELS :

<u>Les intérêts et les raisons de l'abord de l'OS sont les suivants</u> :

- Les avantages sont d'adapter la prévention des risques sexuels, avoir une approche holistique et envoyer le message au patient que le praticien est ouvert à l'abord de la sexualité.
- L'OS est abordée à la demande du patient, le praticien ayant crainte du ressenti de ce dernier sur ce sujet perçu comme privé voir sacré.
- L'OS est abordée selon le motif de consultation, notamment si le sujet concerne la gynécologie, la contraception, un rapport sexuel non protégé ou lors d'un syndrome dépressif.

3.1.3. Raison de l'absence de l'abord de l'OS

Au cours de l'entretien P1 signale **ne jamais aborder à son initiative la sexualité d'un patient** : « *je l'aborderai jamais de moi-même avec un patient* ». Il est expliqué que parler d'amour est préféré au thème de la sexualité : *« Et plutôt que de sexualité souvent, les gens je leur parle d'amour »*, car il existe **un malaise avec l'abord de « *la vie sexuelle des gens* »**. Les raisons de cette façon d'aborder la sexualité en médecine générale trouvent leurs justifications dans le fait que « ***la sexualité c'est pas médical*** », qu'il n'y a pas d'intérêt dans la consultation car **« *ça détermine pas* » le patient.** Finalement, P1 précise **que seules les conséquences des pratiques sexuelles à risque l'intéresse** : « *En fait c'est plus ça qui m'inquiète chez ce mec que sa sexualité ou ses pratiques sexuelles, je m'en fous un peu quoi, tant qu'il, pour le coup, se chope pas une syphilis et qu'il la refile pas à tout le monde après il fait ce qu'il veut.* »

Puis, pour compléter cette vision P3 **questionne la légitimité des médecins à connaitre la sexualité des patients** : « *sous couvert médical, au titre de quoi est-ce que nous (…) on a accès toutes les informations des patients comme ça (…)* ».

En outre, au cours de l'étude certains praticiens expliquaient **prendre en compte les pratiques sexuelles et non l'OS qui est moins pertinente** : « *Voilà c'est même pas l'orientation, ça je m'en fiche, c'est les pratiques sexuelles en fait*. » (P3).

Ensuite, l'idée de **ne pas brusquer le patient est mentionné car ce n'est pas forcément indispensable dans l'immédiateté de connaitre l'OS du patient** : « *si on lui demande directement, « bon alors vous couchez comment », même en mettant un peu les formes, ça peut rebuter aussi, surtout que si elle est d'accord pour faire les tests MST, on est pas tout de suite obligé de savoir toutes les pratiques, toutes les pratiques sexuelles immédiates* » (P6).

De plus, un autre concept évoqué est que le praticien **aborde moins l'OS du patient si son comportement ne rentre pas dans le cadre de la vision stéréotypée de l'homosexualité** : « *y'en a certain pour qui je sais ça et y'en a pour qui je sais pas et je vais pas leur poser la question parce que je les vois pas faire ça…* » (P5).

Enfin, **certains n'y pensent tout simplement pas** : « *j'y pense pas du tout en premier de demander l'OS* » (P7).

POINTS ESSENTIELS :

Les raisons de l'absence d'abord de l'OS sont les suivantes :

- Il existe parfois un malaise des professionnels de santé avec le sujet, considérant que la sexualité ne relève pas du médical. La légitimité du praticien à connaitre la vie intime des patients est remise en cause.
- L'abord de l'OS n'est pas pertinente, uniquement les pratiques sexuelles et leurs conséquences.
- Il existe une crainte d'être intrusif dans la vie du patient, d'autant plus si la consultation ne le justifie pas.
- Le patient ne présente pas les stéréotypes rapportés aux minorités sexuelles.

3.1.4. Eléments facilitant l'abord de l'OS

Au fil des entrevues avec les praticiens il est ressorti qu'il existe des éléments facilitant l'abord de l'OS. Par exemple, avoir un **âge similaire** entre le praticien et le patient semble être un élément aidant : « *Oui après dans la situation d'une jeune femme de 30 ans, t'as quelqu'un qui a ton âge en face de toi, c'est quand même plus facile d'avoir une conversation.* » (P2) Le phénomène est également observé avec **les adolescents** : « *parce que l'ado je vais plus facilement c'est quelque chose que j'essaye d'aborder sur une consulte d'ado, y'a la sexualité dedans quand même et le risque sexuel* » (P5).

Puis, la sensibilité personnelle du médecin généraliste semble tenir une importance également. Ainsi, connaitre des **personnes homosexuelles, être une femme ou se considérer comme ayant l'air d'être ouvert d'esprit représente un avantage**: « *- Pourquoi est-ce que tu penses que t'en as plus [de patients LGB]? - Bah parce que je suis open* ! » (P1).

Ensuite, **la position médicale donne une certaine aisance dans l'abord de l'OS** : « *A un moment donné c'est quand même pas un sujet si sensible que ça quand on est médecin* » (P2) De plus, **reposer la cadre de la consultation**, notamment concernant **le secret médical**, est une des clefs pour faciliter l'abord de la sexualité : « *je trouve, enfin en reposant le cadre, en expliquant bien, voilà, que surtout quand c'est une personne un peu jeune et qui est peut-être pas très au clair avec le cadre du secret médical, on peut dire ce qui entre dans ce bureau*

ne sort pas de ce bureau » (P5). En outre, **certains types de consultations** se prêtent plus facilement à la question, comme par exemple les **consultations de gynécologie** (P5) ou **liées à la contraception** (P7).

Enfin, lorsque **le patient aborde de lui-même sa sexualité lors d'une consultation dédiée et parait l'assumer**, cela facilite la démarche du praticien : « *bah s'il vient en parler c'est qu'en général s'ils ont fait la démarche de prendre rendez-vous s'ils ont réussi à s'asseoir devant nous et à dire je viens pour ça le reste est plutôt simple après* » (P5). De la même façon, **suivre les patients depuis longtemps** aide à l'abord de l'OS : « *(…) il s'est dit : c'est mon médecin depuis 20 ans donc bon, je peux lui dire*. » (P4).

POINTS ESSENTIELS :

Les éléments facilitant l'abord de l'OS sont les suivants :

- L'âge : pour certains praticiens, avoir un âge similaire est un avantage. De même, la consultation avec les adolescents rend l'abord plus aisé.
- Suivre le patient depuis longtemps.
- Les caractéristiques personnelles du médecin : connaitre des personnes homosexuelles, être une femme ou avoir l'air ouvert d'esprit.
- La posture médicale, grâce au cadre de la consultation avec le secret médical.
- La légitimité de la consultation, comme la gynécologie ou la contraception.
- L'abord spontané du patient de sa sexualité et l'absence de gêne à ce propos.

3.1.5. Difficultés rencontrées à l'abord de l'OS

Il existe de nombreux freins évoqués par les médecins généralistes à l'abord de l'OS, **du côté des patients comme des médecins, survenant dans un contexte de tabou plus général induit par notre société** : « *Que les gens veulent jamais en parler, ni les médecins ni les patients, c'est vraiment la boite de Pandore, c'est l'enfer.* » (P2).

A l'instar des éléments facilitants, l'âge du patient peut influencer sur les difficultés ressenties à l'abord de la sexualité. Ainsi, **plus la différence d'âge est importante, notamment avec les personnes âgées, plus la sexualité sera difficile à appréhender** : « *C'est plus dur*

d'aborder cette question-là avec les vieux (rigole) » (P2). De même que pour **les patients suivis depuis longtemps** l'abord sera plus délicat : « *j'ai aussi pas mal de patients qui peuvent venir pour des problèmes autour de leur sexualité, quel qu'ils soient et qui vont pas voir leur médecin généraliste habituel parce que « il me connait trop » et puis « j'ai un peu honte » et puis voilà « je voulais en parler à quelqu'un d'autre ».* » (P8).

D'autre part, si **la similitude d'âge** pour certains semble aider à aborder le sujet, pour d'autres celle-ci semble être un frein : « *je lui ai expliqué je n'étais pas à l'aise avec ça, parce qu'on avait le même âge* » (P1).

Par ailleurs, **chez les hommes il n'existe pas de consultation dédiée à la contraception ou à la gynécologie. Cela entraine un manque d'occasion pour aborder l'OS**. De la même façon, une femme ayant la nécessité d'une contraception est considérée d'office comme étant hétérosexuelle. De fait, chez **les femmes bisexuelles** ayant besoin d'un moyen contraceptif cette OS est par conséquent occultée : « *Non je vais savoir celles qui ont que des rapports homosexuels parce que c'est des choses qu'on va aborder, parce que y'a l'histoire de la gynéco et de la contraception et pour celles qui ont des rapports avec les deux bah pas vraiment, et les hommes bah très peu je pense…* » (P5) Il existe aussi **un manque de temps** pour aborder l'OS, d'autant plus si celle-ci est exprimée en « *fin de consultation* » car « *difficile à exprimer* » (P5).

De plus, **lorsque la personne annonçant sa sexualité est gênée,** cela entraine une difficulté supplémentaire pour le praticien : « *ça peut être plus compliqué quand on ressent que la personne en face est très, est pour le coup très gênée…* » (P5). Au même titre c'est le médecin qui est gêné s'il **ne sait pas d'emblée quel est le type de sexualité** : « *c'est moi qui est gêné quand je sais pas si c'est un partenaire sexuel ou féminin, enfin du même sexe* » (P7).

POINTS ESSENTIELS :

Les difficultés rencontrées à l'abord de l'OS sont les suivants :

- L'âge : pour certains professionnels, la différence d'âge entre le praticien et le patient peut être un frein. Pour d'autres, avoir un âge similaire est au contraire perçu comme une difficulté.
- Connaitre le patient depuis longtemps.
- Le tabou général autour de la sexualité dans la société.
- Ne pas avoir de consultation dédiée à l'abord de l'OS, notamment pour les hommes et les femmes bisexuelles.
- Le manque de temps en consultation.
- Ressentir de la gêne de la part du patient
- Ne pas connaitre d'emblée la sexualité du patient rend mal à l'aise les praticiens

3.1.6. Mise en situation de l'approche de l'OS

Afin de récolter les données concernant l'approche de l'OS par les médecins généralistes interrogés, il leur a été présenté deux situations concrètes simples. En guise de rappel : le premier cas clinique mettait en situation une femme de 30 ans consultant pour la première fois, à la recherche d'un médecin traitant et demandant un check up. Le second mettait en scène un homme de 25 ans consultant après eu un rapport sexuel non protégé et qui exprimait de l'inquiétude.

3.1.6.1. Premier cas clinique

Lors du premier cas clinique, P2 abordait **de façon directe** l'OS de la patiente : « *je lui pose la question de savoir si la personne est active sexuellement, des hommes ou des femmes* ». D'autres en revanche préfère utiliser **une approche plus indirecte.** Ainsi P3 explique que **ce qui lui importe est le risque sexuel et non l'OS en elle-même** : « *est ce qu'elle a déjà fait des frottis, est ce que, quelle est son son son son... activité sexuelle, est ce qu'elle est à risque, ça m'est égal entre guillemet son activité sexuelle, est ce qu'elle est à risque (…) ?* ».

Aussi, **le suivi gynécologique,** systématiquement abordé dans cette situation, donne à certains un cadre propice pour aborder l'OS de la patiente. On peut également observer que **la**

proposition du bilan IST est un thème récurrent, sans pour autant qu'il y ait un abord direct de l'OS (P8).

Par ailleurs, il est important de souligner que **la plupart des praticiens ne « *posent pas la question de manière systématique.* »** (P8). **Ils s'adaptent selon la situation et le ressenti sur le déroulé de la consultation :** « *C'est un peu au feeling quoi…* » (P8). De ce fait, ils cherchent **à repérer « *la motivation du bilan complet* »** (P8) afin de mieux adapter leur prise en charge tout en faisant attention à ne pas être « *intrusif* » (P8).

A côté de cela, quasiment la totalité des praticiens aborde de manière systématique **l'aspect sociodémographique avec notamment le statut marital** mais aussi des interrogations autour de la **dépendance** « *tabac, alcool, drogues* » (P8). Lors des entretiens, **ces sujets ne semblaient pas poser de questionnement particulier quant à leur approche** et semblaient faire partie des thèmes habituellement mis en avant. Toutefois, la question de l'approche de la sexualité et de l'OS par certains praticiens abordant ces thématiques n'est pas soulevée. Les raisons retrouvées sont une **omission, volontaire** (P1) **ou involontaire** (P5), une **crainte de brusquer et gêner le patient** (P8) et du fait que la situation présentée précise qu'il s'agisse d'une **première consultation** (P6).

POINTS ESSENTIELS :

Les conclusions que le premier cas clinique nous permet de tirer sont les suivantes :

- Une seule praticienne aborde de façon directe l'OS du patient.
- Un praticien aborde les pratiques sexuelles sans approcher l'OS en elle-même.
- Le suivi gynécologique est systématiquement abordé et la proposition d'un bilan IST est fréquente mais l'abord de l'OS n'est souvent pas associé.
- Les praticiens adaptent le contenu de la consultation au gré du souhait de la patiente et au « *feeling* ».
- Des sujets pouvant être perçus comme privés ou sensibles sont quasiment systématiquement abordés comme le statut marital ou l'existence d'addictions (tabac, alcool et drogues) mais pas l'OS du patient.

3.1.6.2. Second cas clinique

Lors de la présentation du second cas clinique**, six des huit praticiens abordent l'OS du patient**. Ils le justifient grâce au contexte de la consultation se trouvant sur un thème de santé sexuelle : « *pour la deuxième situation il vient exactement pour ça, il vient pour la cause d'un problème sexuel lors d'un rapport, c'est vrai que c'est plus facile de demander* » (P6).

Une minorité des médecins interviewés pensent dans ce contexte à **proposer un TPE** et un seul propose de programmer une **consultation de résultat** (P3). Tous s'accordaient à dire que c'était une situation **« *pas très fréquente, mais ça peut arriver* »** (P3).

Pour les deux praticiens n'abordant pas l'OS, une explique **qu'elle n'aborde pas la sexualité du patient de son propre chef, mais uniquement à leur demande** : *« je ne sais pas si je l'aborde, soit eux l'abordent et on en discute soit je n'aborde pas le sujet* » (P1). L'autre explique aborder les **problèmes techniques liés à la sexualité** s'il existe des « *signes cliniques* » (P4) amenés par le patient. *In fine*, **aucun de ces professionnels ne semble considérer l'OS comme étant un élément déterminant dans cette situation**.

3.1.6.3. Exploration des sentiments des médecins généralistes liées au second cas clinique

Devant la situation présentée, **aucun des praticiens ne se sent gêné** bien qu'ils puissent parfois la ressentir chez le patient. Une des médecins ajoute que **se sentir à l'aise aide le patient à pouvoir s'exprimer librement**. L'approche utilisée varie, certains se voulant **rassurants** tandis qu'il existe également une **démarche autoritaire** avec une attitude un peu « *sévère* » (P1) ayant pour but d'inquiéter le patient pour que cette situation ne se reproduise plus. Tous ont laissé entendre avoir **une attitude non jugeante**.

POINTS ESSENTIELS :

Les conclusions que le second cas clinique nous permet de tirer sont les suivantes :

- Six des huit praticiens interrogés abordent directement l'OS des patients car le thème de la santé sexuelle est sous-tendu par le motif de consultation.
- Une minorité de médecins propose le TPE et un seul conseille une consultation de résultats.
- Deux praticiens sur huit ne s'enquièrent pas de l'OS du patient de façon directe, expliquant que ce n'est pas un élément déterminant dans cette situation.
- Aucun des praticiens ne se sent gêné à propos de cette situation, certains utilisent une démarche parfois autoritaire en inquiétant le patient à visée préventive quand d'autres prônent une démarche de réassurance exclusivement. Tous expliquent être dans une démarche de non jugement.

3.1.6.4. Mode d'approche de l'OS

Les praticiens mettent en place certains comportements lorsqu'ils abordent l'OS des patients avec pour objectif de les **mettre à l'aise.** Comme P8 qui essaye de banaliser la question en étant **« *le plus naturel* » pour « *que ça soit pas un sujet* ».** Dans le même sens, P3 **explique à la personne que c'est une question posée « *de manière systématique* »** avec tout le monde.

Avec le même objectif, la **discrimination positive** est parfois utilisée : « Bah ça peut m'arriver de faire comme les belles mères « *qu'est-ce qu'il fait votre ami dans la vie ? » D'essayer de le réintégrer dans la vie, vous voyez ce que je veux dire « belle mère » qu'est-ce qu'il fait, vous vivez ensemble, de banaliser le truc, de poser les mêmes questions que je pourrais poser à un couple hétéro…* » (P8). Certains en revanche choisissent d'**essayer de rester le plus « *neutre* »** (P4) possible par crainte d'être contre-productif dans la réassurance du patient : « *Je vais pas les mettre plus mal à l'aise ou enfin, ni dans l'autre sens non plus, parce que quand euh enfin si tu fais un blocage ou si t'en fais trop c'est pareil, c'est assez néfaste.* » (P4).

En outre, les praticiens **s'adaptent en fonction du type de consultation et du patient** avec pour objectif récurrent de **ne pas être intrusif**. Les praticiens ajustent leur approche **« *au feeling* »** (P8) et **cherche le consentement du patient sur l'abord de son OS** (P5). Dans cette

continuité P3 précise bien qu'il « *accepte que des patients [lui] disent « je n'ai pas envie de vous en parler »* ». **Il s'agit de respecter la pudeur du patient** sur ce sujet.

POINTS ESSENTIELS :

Les différents modes d'approche de l'OS sont les suivants :

- Les praticiens essayent de mettre à l'aise le patient, et ceux de différentes façons :
    - Ils essayent de banaliser le sujet en étant le plus naturel possible.
    - Ils signifient au patient qu'il s'agit d'une question habituelle.
    - Ils utilisent la discrimination positive et, *a contrario,* essayent de rester le plus neutre possible par crainte d'être contre-productif.
    - Ils s'adaptent en fonction du type de consultation et du ressenti qu'ils ont avec le patient afin de ne pas être intrusif.
- Ils recherchent le consentement du patient à l'abord de son OS et respectent le souhait du patient de ne pas vouloir élaborer sur le sujet.

3.1.7. Moyens utilisés pour récolter l'OS

Les médecins généralistes interrogés ont diverses stratégies pour récolter l'OS. Comme il a été vu à travers les cas cliniques, quelques-uns posent la question de **manière directe**. Cette approche peut être faite par certains, autant que possible, soit de **façon systématique**, soit uniquement **s'il existe un doute sur la sexualité du patient**, sous réserve qu'il existe un intérêt pour la consultation, en stipulant que **l'OS ne pouvait pas être devinée** : « *c'est pas forcément affiché sur son front ni dans son dossier et quand en plus on est remplaçant, on les voit qu'une fois de temps en temps donc je connais pas forcément toute l'histoire* » (P7).

De surcroît, le **langage inclusif et les questions ouvertes sont utilisés** afin de laisser la possibilité au patient d'exprimer le genre de son partenaire avec le pronom choisi : « *je trouve que le mot partenaire est pas mal parce que c'est de sexe masculin sans fermer complètement et après souvent ils répondent oui j'ai mon ami, voilà, on sait assez facilement l'orientation sexuelle derrière*. » (P6).

Parfois, l'OS du patient est **pré-supposée, basée sur le comportement de la personne pouvant se concilier avec certains stéréotypes associés aux minorités sexuelles** : *« Après on va pas se mentir de temps en temps je repère le truc, un petit radar quoi !* » (P8). Sur le même principe, **lorsque le conjoint du patient est présent lors de la consultation, même s'il n'est pas présenté comme tel**, cela aide le médecin à récolter l'OS : « *- Ils se sont présentés en tant que conjoint ce couple homosexuel ? - Non, non, mais enfin au bout d'un moment t'as compris quoi, c'était évident* » (P4).

Aussi, **s'enquérir du statut marital lors de la création du dossier dans le logiciel médical** semble aussi donner l'occasion d'aborder l'OS : « *Mon ordinateur dit « vous êtes mariés » ?* » (P8).

Enfin, il semble que **l'OS est régulièrement exprimée « *spontanément* »** (P1) ne poussant pas le praticien à devoir aller chercher cette information.

POINTS ESSENTIELS :

Les différents moyens utilisés pour récolter l'OS sont les suivants :

- Les praticiens posent la question de manière indirecte.
- Ils utilisent des questions ouvertes.
- Ils utilisent le langage inclusif.
- Ils présupposent l'OS du patient sur son comportement bien qu'ils ont conscience que ce ne soit pas toujours fiable.
- Ils récoltent l'OS lors de la constitution du dossier médical avec notamment l'abord du statut marital.
- Le patient l'exprime spontanément ou il vient avec son partenaire à la consultation.

3.1.8. Spécificités de l'abord de l'OS à l'adolescence

Au fil des entretiens, il est ressorti qu'aborder l'OS chez les adolescents pouvait présenter certaines particularités.

En effet, on constate que **l'OS est abordée plus facilement que chez les adultes** : « *parce que l'ado je vais plus facilement… c'est quelque chose que j'essaye d'aborder sur une*

consulte d'ado » (P5). Les raisons invoquées sont multiples et font parfois suite à une **formation** reçue sur la santé sexuelle de l'adolescent. Ainsi, cela permet d'« *aborder le coté **prévention*** » (P5) mais également pour tout ce qui est de l'ordre du **soutien psychologique** afin de se situer en zone ressource pour l'adolescent : « *j'imagine sans doute, c'est chouette qu'il y ait peut-être, qu'on lui tende une perche un jour, s'il veut l'aborder quoi !* » (P5).

Dans la même lignée, **l'OS est abordée « *en particulier chez les ados qui vont pas bien* »** (P8). Il existe également une utilité pour la **réassurance des parents face à la sexualité de leur enfant** : « *Parce que des fois les gens se font des films en se disant « mon fils il est homo, ma fille elle est lesbienne, c'est affreux ce qui m'arrive, je suis seule sur terre » Bah non, non, on en parle quoi entre nous…* » (P8). Pour ces raisons, **un praticien a incité ses collègues à faire de même** : « *j'en ai parlé à mes collègues et je crois qu'ils sont un peu plus vigilants.* » (P8).

A l'opposé, une **praticienne n'aborde pas l'OS chez l'adolescent car elle considère qu'elle n'est pas encore déterminée** : « *jamais je l'aborderai avec eux parce que pour moi c'est encore une enfant, c'est encore un être en construction, le coming out à 16 ans j'y crois pas plus que ça…* » (P1). Une autre aborde **la santé sexuelle à travers la contraception mais sans aborder la question de l'OS** (P7).

Par ailleurs, la question de **la présence des parents** est régulièrement soulevée. Certains éprouvent des **difficultés quand il s'agit de devoir les faire sortir** durant la consultation afin de préserver l'intimité : « *Quand je fais sortir les parents pour une consulte d'ado mais c'est pas quelque chose de très simple pour moi* » (P5). D'autres en revanche semblent beaucoup **plus à l'aise avec la démarche et plus directif** afin d'obtenir une consultation seul à seul : « *je suis assez cash, « est ce que tu veux que tes parents soient là ? » « Est-ce que vous voulez aller dans la salle d'attente » Ça peut m'arriver de demander aussi au gamin, « écoute le cabinet tu prends rendez-vous, tu viens, si tu as besoin de parler le cabinet est grand ouvert, tu prends juste le rendez-vous, les histoires de sous, de carte vitale, on verra ça plus tard avec tes parents, ça te concerne pas » « Hein madame vous viendrez payer plus tard ?* » » (P8).

A côté de cela, il est relevé également qu'une professionnelle s'arrange de la configuration du cabinet médical ayant une salle d'examen séparée pour aborder l'OS « *en espérant que les parents n'entendent pas tout* » (P6).

POINTS ESSENTIELS :

Les spécificités de l'abord de l'OS à l'adolescence :

- Pour certains professionnels, il existe une plus grande facilité d'abord chez l'adolescent que chez l'adulte.
- La plupart des médecins restent vigilants sur l'aspect psychologique du vécu de la sexualité par les adolescents LGB et ont conscience des difficultés que cela peut impliquer. Il apparait que recevoir une formation sur ce thème sensibilise sur le sujet.
- Quelques professionnels se positionnent en personne de soutien.
- La prévention des risques sexuels avec les adolescents est fréquemment abordée par les praticiens.
- Une praticienne n'aborde pas l'OS chez les adolescents car elle ne considère pas leur sexualité comme définie.
- La présence des parents est une difficulté supplémentaire.

3.1.9. Jeu du miroir

Durant l'étude, il a été demandé aux praticiens leur réaction si un de leurs confrères spécialistes, urologue pour les hommes et gynécologue pour les femmes, s'enquerrait de leur OS.

La plupart exprime **être à l'aise** avec l'idée qu'on puisse leur demander leur sexualité et **trouve la question normale** : « *Ça me poserait aucun problème*. » (P2). Une praticienne explique même que cela pourrait l'inspirer pour l'intégrer dans sa propre pratique : *« peut-être qu'il faudrait que moi aussi j'arrive à l'aborder de manière plus systématique !* » (P5).

Toutefois, quelques-uns expriment **qu'ils ne répondraient pas s'ils n'y voyaient pas d'intérêt dans la consultation** : « *si j'ai l'impression que ça le regarde pas en fait je réponds pas* » (P3). De surcroît, un médecin spécifie **qu'il indiquerait uniquement s'il avait des pratiques sexuelles à risque et non son orientation sexuelle directement** estimant que cela n'est pas pertinent pour la consultation : « (…) *que j'ai eu des rapports homosexuels protégés sans risque j'ai pas à lui dire ce que j'ai eu, je lui dis simplement que voilà j'ai pas de relation à risque* » (P3).

3.1.10. Représentations du praticien sur le ressenti du patient

Durant les interviews, il était demandé aux médecins comment ils imaginaient le ressenti du patient lorsqu'il lui annonçait son homosexualité. Il s'en est dégagé plusieurs axes.

3.1.10.1. Exploration des émotions du patient

Une idée mise en avant est que le patient **appréhende parfois la réaction du praticien**, craignant d'être discriminé : « *ils ont peur de comment ça va être reçu, la peur de la réaction du médecin, du rejet, de l'homophobie, d'être traité différemment, et même qu'on l'écrive dans leur dossier, c'est quelque chose, ils ont peur d'être stigmatisé…* » (P2). En raison de cette inquiétude il est ajouté que régulièrement la sensation de l'exprimer « *sous cape* » est ressentie (P2). Un professionnel **espère que ce n'est pas induit directement par le corps médical** : « *j'espère que c'est pas des freins qui sont liés au médecin ni à la médecine* » (P3).

Aussi, P4 utilise régulièrement le terme « *avouer* » et « *suspecte* » l'homosexualité. Ce choix lexical peut laisser entendre une certaine de forme de culpabilité que pourrait ressentir le patient à propos de son OS.

Ensuite, un autre concept est que le patient se sent « ***libéré, délivré*** » (P1) d'avoir pu exprimer son OS, sous-tendant sinon qu'il ne se sent « *pas honnête* » (P1). Ainsi, il existerait une **certaine forme de satisfaction** dans cette annonce : « *Content de le dire plutôt !* » (P5).

Enfin, un praticien **ne pense pas qu'il existe de difficultés particulières** lorsqu'un patient lui annonce être homosexuel ou bisexuel : « *j'ai pas eu l'impression que c'était très difficile quoi* » (P5).

3.1.10.2. Ressenti situationnel du patient

Il était retrouvé le principe que **le ressenti du patient est variable selon la situation** dans laquelle le *coming-out* au médecin se fait : « *je dirais que ça dépend d'un peu de la relation qu'on a avec ce patient-là* » (P3).

De ce fait, **une relation de confiance entre le médecin et le patient fait penser au praticien qu'il s'agit d'un facteur facilitant** et l'antithèse s'applique : « *je pense aussi que s'ils le disent c'est qu'ils se sentent en confiance et s'ils sont pas en confiance ils vont pas le dire* » (P5).

En outre, il est estimé que le **contexte même de la consultation** a une influence sur le ressenti du *coming-out* par le patient, **d'autant plus s'il est amené à exprimer son OS malgré lui en raison d'un problème nécessitant son abord** : « *Parce que y'a quelque chose qui peut amener à cette chose là et là c'est peut-être un peu plus difficile parce qu'il en a pas forcément envie de le… (sic)* » (P4). Il est ajouté qu'un autre facteur influençant le sentiment du patient est le **vécu personnel de son homosexualité** : « *Parce que tout le monde peut avoir un ressenti de, ou un vécu de son homosexualité, (…) parce que c'est plutôt ça qui peut poser problème, différent. Enfin voilà le regard de l'autre, le regard de son médecin.* » (P8).

Pour finir, une partie des médecins interrogés explique **ne pas connaître tous les tenants et aboutissants** sur le sujet et *de facto* estiment ignorer des subtilités probablement existantes : « *les autres freins là c'est pareil je suis pas assez bien placé pour les connaitre*. » (P3).

3.1.10.3. Raison de l'expression de l'OS par le patient

Puis, il a été évoqué les différentes raisons représentées par les praticiens à l'abord de l'OS par le patient. Le premier concept retrouvé est d'**éviter un malentendu à propos de sa sexualité afin d'obtenir un soin adapté** : « *qu'il veut être sûr que j'ai bien compris son OS, que du coup bah je me plante pas* » (P7). Le deuxième est la **liberté d'expression**, le patient l'exprime car il a le droit de le dire : « parce qu'il est totalement libre, libre de, bah de dire ce qu'il est. » (P7).

La troisième idée est que c'est « ***un moyen au patient de s'afficher*** » (P7) dans le sens où il cherche à **provoquer le professionnel** en assumant son OS. Lors de ces situations le ton employé par le patient est sur le mode de la **défiance**. Il existe une comparaison de cette attitude avec celle retrouvée lors de l'abord des addictions : *« Si c'est sorti hors contexte comme ça, au fait au passage, parfois ça peut être dit d'un ton, comme quand on pose la question du tabac, de l'alcool, de la consommation, parfois ils peuvent, ça peut être un peu de la provocation de leur part* » (P7). Ce raisonnement tient son fondement dans le principe que **les relations homosexuelles sont « moins normales »** (P7).

POINTS ESSENTIELS :

Représentation du praticien sur le ressenti du patient lorsqu'il aborde son OS :

- Exploration des émotions supposées du patient :
    - Appréhension de la réaction du praticien
    - Culpabilité du patient
    - Soulagement du patient
    - Pas de sentiment particulier
- Impact du contexte sur le ressenti du patient :
    - Dépend de la relation médecin-patient.
    - Dépend du motif de consultation.
    - Dépend du vécu personnel de son homosexualité.
    - Exprime une méconnaissance des freins que peuvent ressentir les minorités sexuelles lors de l'abord du sujet.
- Raison de l'expression de l'OS par le patient :
    - Obtenir une prise en charge adaptée à son OS en évitant un malentendu.
    - En raison de la liberté d'expression.
    - Provoquer le professionnel, car les relations homosexuelles sont considérées comme moins normales.

3.2. Exploration des différentes approches utilisées par les médecins généralistes pour répondre aux spécificités de santé des patients LGB

Au cours de l'étude il était demandé aux praticiens la façon dont ils prenaient en charge les patients LGB. Le but recherché était de savoir s'il existait une adaptation de la pratique avec les minorités sexuelles.

3.2.1. Mode d'abord de la consultation

Tous les praticiens expliquent utiliser une approche qualifiable **d'universelle**, c'est à dire que lors des consultations ils **ne font pas de différence d'abord** avec les patients issus des minorités sexuelles : « *Comme un autre patient, je m'en fous en fait, peu importe* » (P1). Cependant, certains précisent tout de **même adapter le contenu de leur consultation sans modifier l'approche** qu'ils ont avec la personne : « *(…) de la même façon que les autres, en étant ouvert à, au motif de consultation qui veulent, et puis euh, en leur proposant des, de la prévention des dépistages, en fonction de leur situation quoi* » (P3). Toutefois, quelques praticiens expliquent utiliser une forme de **discrimination positive** lorsqu'ils savent que le patient est issu de la communauté LGB afin de mettre à l'aise le patient. En effet, ils supposent qu'à travers leur histoire en tant que minorité sexuelle ils ont pu rencontrer certaines difficultés : « *je présage que ça peut poser problème et donc j'essaye de donner… de banaliser* » (P8).

Certains praticiens spécifient qu'ils « *espèrent* » (P3) prendre en charge les patients LGB en restant « *ouvert (…) au motif de consultation* » (P3). Un autre compare la situation en expliquant qu'il « *essaye d'avoir le même comportement avec des gens d'autres confessions et d'autres origines* » (P8). Il ressort ainsi **l'existence d'un attachement à l'utilisation d'une forme d'approche égalitaire avec les patients LGB**.

POINTS ESSENTIELS :

Mode d'approche de la consultation avec un patient LGB :

- Les praticiens utilisent un mode d'approche universel, sans faire de différence d'abord du patient, en adaptant cependant parfois le contenu de leur consultation.
- La discrimination positive est quelques fois utilisée pour mettre à l'aise les patients LGB en réponse aux potentielles situations difficiles vécues par les minorités sexuelles.
- Il existe un attachement de la plupart des praticiens à vouloir utiliser un mode d'approche égalitaire.

3.2.2. Freins à l'abord des besoins de santé spécifiques LGB

Il était évoqué plusieurs freins que pouvait rencontrer les médecins généralistes à l'abord des spécificités de santé LGB.

D'abord, il arrive régulièrement qu'ils **ne connaissent pas l'OS du patient** : « *c'est pas forcément quelque chose que je sais* » (P5). Ensuite, la plupart des praticiens estiment qu'il **n'existe pas de spécificité de santé LGB** car ils n'ont pas de « *pathologies propres* » (P4). En outre, ne pas reconnaitre ces spécificités tient en parti son origine dans un désir **de ne pas stigmatiser** : « *Ces choses-là on va le faire pour tout patient quoi !* » (P7).

Enfin, il ressort également régulièrement la notion que les praticiens estiment possiblement **manquer de connaissances envers les spécificités de santé LGB** : « *je suis peut-être en méconnaissance de certaines, certaines spécificités* » (P3). Une praticienne appuie ce propos en se posant la question suivante : « *Tu penses que les gays et lesbiens vont moins bien que les autres personnes maintenant ?* » (P1).

POINTS ESSENTIELS :

Freins à l'abord des besoins de santé spécifiques LGB :

- Ne pas connaitre l'OS du patient.
- Penser qu'il n'existe pas de spécificités de santé LGB.
- Ne pas vouloir stigmatiser les patients LGB.
- Manquer de connaissances sur les spécificités de santé LGB.

3.2.3. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients LGB

Il était demandé aux praticiens quel rôle peut avoir un médecin généraliste dans la prise en charge des patients LGB. La plupart des professionnels considèrent qu'il **a la même place que pour un patient hétérosexuel**, « *comme un généraliste* » (P8). Cependant, il était ajouté que **les spécialistes en soins primaires, comparativement aux autres médecins, se doivent de connaitre l'OS** de leur patient pour leur apporter une prise en charge adaptée : « *c'est celui qui doit en savoir le plus sur l'OS de son patient* » (P6). En effet, la place du médecin généraliste semble tenir une importance particulière pour la santé LGB, notamment en raison du **rôle incitatif et dissuasif** que lui confère sa fonction, pour répondre aux besoins de santé

spécifiques, qu'il soit de l'ordre de la prévention ou des traitements : « *c'est que quand le médecin donne un conseil le conseil est suivi, quand le médecin dissuade de faire quelque chose, le patient le fait pas, on a ce rôle-là qui est primordial donc chez quelqu'un, qui a des besoins en santé spécifiques, de dépistage ou de traitement, ou de vaccination etc. bah si le médecin va pas aller le chercher, les gens vont pas courir après, donc en gros on a un rôle incitatif et dissuasif hyper important* » (P2).

3.2.4. Spécificités de santés abordées par les médecins généralistes

Durant l'interview il a été demandé aux praticiens la façon dont ils prennent en charge un patient issu d'une minorité sexuelle. Après avoir expliqué leur mode d'approche de la consultation, ils ont été relancé sur les particularités biomédicales mais également psychosociales afin d'obtenir une certaine exhaustivité concernant les différentes spécificités abordées et il en est ressorti les thématiques suivantes.

3.2.4.1. Aborder les IST

Au fil des entretiens, lorsque la santé LGB est abordée, il est **d'abord mis en avant les IST**. Certains praticiens **réduisent même les spécificités de santé des minorités sexuelles exclusivement à cet aspect** en n'abordant aucune autre thématique : « *je vais juste rappeler les mesures de prévention des MST, lui proposer des dépistages régulièrement si elle le souhaite, voilà lui rappeler les précautions à avoir lors des rapports. »* (P7).

En revanche, quelques praticiens estiment que **l'OS des patients n'a pas de lien avec les IST**, que ce sont « *des idées reçues* » (P1). D'autres viennent préciser que **le risque d'IST est lié, non pas à l'OS en elle-même, mais aux pratiques sexuelles** : « *mon problème c'est qu'il se protège pas, mais je vais pas lui dire « ouah c'est pas bien parce que t'es homosexuel, et l'autre c'est grave parce que t'es hétéro », non, non, non, si tu ne te protèges pas dans tes rapports, tu as des comportements à risque* » (P3). De plus, **la situation de couple** est aussi un élément rentrant en jeu : « *les gens qui sont bien dans leur relation et dans leur couple et dans leur relation sexuelle et conscient de tous les non dangers et dangers qu'ils pourraient prendre pour moi y'a peu de différence.* » (P3). L'argument principal retrouvé à cette approche était un désir de **ne pas stigmatiser** les patients homosexuels : « *parce que c'est pas normal qu'elles soient discriminées sur leur sexualité, leur orientation sexuelle* » (P2). Ainsi, il était plus recherché leur *« besoin d'information par rapport à cette orientation-là et s'ils connaissent les risques encourus des rapports non protégés* » (P3). *In fine*, une partie des professionnels adapte le contenu de leur bilan IST chez les patients LGB tandis que certains n'en voient pas l'utilité.

3.2.4.2. Faire de la prévention ciblée

Durant l'étude, il était souvent proposé par les praticiens de réaliser une **prévention ciblée** pour la santé des personnes LGB. Cependant, le plus fréquemment, lorsqu'il était demandé les spécificités de santé des patients LGB **il était uniquement abordé le dépistage IST sans évoquer les autres moyens de prévention**. Ainsi, la **PrEP** et le **TPE**, la vaccination **HPV** et **VHA** ainsi que le ***chemsex*** ont été nommés par une minorité des interviewés.

3.2.4.3. Aborder la santé psychique

Il est souvent évoqué la possibilité d'une moins bonne santé psychique dans la population LGB : « *effectivement c'est pas la majorité de la population donc ils peuvent se sentir un peu visé par les autres et donc il faut penser à ça* » (P7). Une praticienne propose de **prêter une attention particulière à l'acceptation de l'OS du patient par son entourage et son travail** afin d'évaluer le risque d'une moins bonne santé psychique liée à l'homophobie pouvant exister dans les sphères privée et professionnelle : « *l'homophobie je viens de trouver le mot voilà (rigole), c'est mieux comme ça et du coup être difficile à gérer comme ça donc ouais penser à les écouter s'ils sont bien acceptés dans leur entourage dans leur travail et ainsi de suite.* » (P6). Une autre ajoute que le thème de la santé **psychique ne fait pas partie de son « *check up systématique* »** (P7) mais qu'elle le garde à l'esprit pour pouvoir rebondir sur ce sujet si celui-ci est abordé : « *il faut penser à ça mais c'est pas moi qui vais l'aborder* » (P7). En outre, il est rajouté que les souffrances psychologiques peuvent concerner toute population et non exclusivement la communauté LGB laissant entendre que **les praticiens sont toujours ouverts à l'éventualité d'une mauvaise santé psychique pour tous les patients** : « *il peut y avoir un suivi psychologique si les patients se sentent pas bien et euh mais comme quelqu'un d'autre pourrait se sentir pas bien pour d'autres raisons.* » (P7).

3.2.4.4. Aborder l'accès à la parentalité

Durant l'étude l'accès à la parentalité pour les couples de même sexe était mentionné. La problématique retrouvée est **la difficulté qu'ont les couples homosexuels à pouvoir accéder à l'adoption, la PMA ou la GPA** : « *c'est l'accès à la parentalité pour les couples homosexuels, c'est vraiment ce qui revient tout le temps, le sujet revient tout le temps* » (P1). Certains médecins pensent pouvoir être utiles dans ce domaine, en étant toutefois encore **trop limités à leur goût par la législation française** : « *Non mais je suis à fond pour, mais il faut que la France se réveille ! »* (P1). Cet état de fait pousse certains praticiens à avoir

l'impression de **« *magouiller* »** (P1) en acceptant par exemple de faciliter la tâche des patients souhaitant aller réaliser une PMA à l'étranger : « *La question de la parentalité, à mon avis c'est le seul sujet sur lequel je peux leur être utile* » (P1).

3.2.4.5. Aborder les particularités de la santé lesbienne

Durant la recherche il est ressorti que **la santé lesbienne présentait des spécificités propres**, notamment en termes de **dépistage du cancer du col de l'utérus et du bilan IST**. Ainsi, une praticienne exprimait spontanément que les FCU sont moins effectués chez les femmes lesbiennes et que les IST sont moins diagnostiquées en raison d'une désinformation : « *de savoir que la femme en face de toi est une jeune femme homosexuelle ou qui n'a que des rapports avec des femmes, ça doit renvoyer un signal d'alarme en disant attention cette personne n'a probablement jamais fait de frottis on lui a peut-être déjà dit que c'était pas nécessaire, elle pense qu'elle n'est pas sujette aux MST etc. donc ça va suggérer une conversation et peut être un premier bilan, chlamydia etc*. » (P2). Par ailleurs, un praticien ajoute qu'il **connaissait moins les spécificités de santé des patientes lesbiennes que des patients gays** : « *- Est-ce que vous connaissez des spécificités de santé chez les patients gays et lesbiennes ? - Alors chez les patientes lesbiennes, pas énormément* » (P8).

POINTS ESSENTIELS :

<u>Les spécificités de santé LGB abordées par les médecins généralistes</u> :

- Les IST :
  - Elles sont quasiment systématiquement abordées
  - Les spécificités de santé LGB sont parfois réduites à ce seul thème
  - Elles ne sont pas considérées comme une spécificité propre aux patients LGB dans le but de ne pas les stigmatiser car elles dépendent des pratiques sexuelles et non de l'OS.
- La prévention ciblée ne concerne souvent que le bilan IST, qui n'est pas toujours adapté aux pratiques sexuelles. La PrEP, le TPE, la vaccination HPV et VHA ainsi que le *chemsex* sont souvent peu évoqués.
- La possibilité d'une moins bonne santé psychique des patients LGB est souvent mise en avant.
- Il est évoqué les difficultés d'accès à la parentalité pour les couples homosexuels.
- Santé lesbienne : Un praticien explique avoir moins de connaissances sur ce sujet. Une autre praticienne met en avant l'importance du dépistage HPV chez les femmes homosexuelles.

3.3. Discussion sur les outils mis en place pour la santé LGB

3.3.1. Liste de médecins LGB *friendly*

Durant l'étude lorsqu'il a été demandé aux médecins ce qu'ils pensaient de l'existence de la liste des praticiens identifiés comme LGB *friendly,* il en est ressorti plusieurs prises de position. La plupart **« ne connaissait pas cette liste »** (P7). Toutefois, **une personne abordait d'emblée ce thème** lorsqu'il lui avait été demandé si elle avait des pratiques pouvant être qualifiée d'alternatives : « *Après comme pratique, qu'est pas une pratique alternative mais que je vais faire c'est que je pense m'inscrire, même si c'est pas très bien vu par le conseil de l'ordre, je pense m'inscrire sur des listes de médecins friendly* » (Px)[30].

D'abord, certains praticiens estiment que cette liste est l'équivalent du **« bouche à oreille »** qui existe dans le milieu de la communauté LGB : « *c'est ce qu'il se passe je pense dans mon cabinet, parce que du coup dès le départ j'ai eu des patientes euh lesbiennes qui avaient fait d'ailleurs une FIV en Espagne… et euh et qui sont mariées et je pense qu'elles en ont parlé autour d'elles* » (P1). Ensuite, un autre explique qu'il **conseille parfois des confrères spécialistes justement parce qu'ils sont identifiés dans son réseau de contacts professionnels comme LGB *friendly*** : « *si y'a une problématique autour de la sexualité, problème, difficulté, de faire ce qu'on fait quand on a un peu de bouteille en médecine générale et qu'on est là depuis un moment, d'avoir un réseau qui fait qu'on va envoyer à des praticiens, dont on sait qu'ils vont pas être, qui vont être gay friendly, enfin pour lesquels ça va pas être un problème, qui travaillent avec… Enfin voilà* » (P8).

Enfin, les **avis sont polarisés** autour de l'existence de cette liste.

3.3.1.1. Intérêts de la liste LGB friendly

Il est ressorti plusieurs avantages liés à l'existence de la liste LGB *friendly.* Dans un premier temps, les professionnels pensent qu'il peut y avoir une **amélioration de la relation médecin** patient en évitant les « *non-dits* » (P1) et « *que les rapports soit honnêtes dès le départ* » (P1). Toujours en continuant dans l'intérêt du patient, il est reconnu que le patient se sent plus à l'aise car il **n'appréhende pas la consultation** puisqu'il sait que son OS sera acceptée : « *c'est une bonne chose parce que justement les personnes puissent venir au cabinet en étant totalement détendues de ce côté-là* » (P1). Le cabinet médical devient alors un **lieu ressource reconnaissable** pour les minorités sexuelles avec des praticiens identifiés,

[30] (Px) Le praticien n'est pas précisé afin de préserver l'anonymisation des données.

permettant de **libérer la parole** : « *cette population d'origine, enfin d'origine, d'immigrés, faut pas faire de gaffe là-dessus, j'ai aucun problème avec ça, mais qui peuvent avoir une pression sociale un peu à l'ancienne, peut-être un peu libérée la parole, trouver un endroit.* » (P8). Puis, le dernier avantage retrouvé est que les patients pourront **obtenir des réponses plus adaptées concernant leurs spécificités de santé** : « *- Alors je pense qu'il y a un certains nombres de sujets, en particulier sur les pratiques sexuelles, là vraiment ça peut avoir un intérêt je pense. - Quoi comme intérêt, on va revenir un peu là-dessus ? - Un petit plus ? Non mais je pense qu'ils sont plus à l'aise s'ils parlent de fellation, de sodomie, de choses comme ça* » (P8).

3.3.1.2. Raisons de l'inscription sur la liste LGB friendly

Les praticiens s'étant inscrit sur la liste expliquent que c'est en raison de **leur histoire personnelle**. En effet, un des professionnels explique que la motivation de son inscription est **sa propre OS** ainsi que ses **travaux universitaires** menés en lien avec la santé LGB. Un autre met en avant que ce n'est **en aucun cas pour sélectionner une patientèle supplémentaire.** Un dernier médecin précise qu'il s'inscrirait sur cette liste **si elle existe pour répondre à des discriminations survenant dans d'autres lieux de soins** : « *Si c'est pour dire vous êtes mal reçus ailleurs, peut-être qu'ici vous serez un peu mieux reçu, ok ça me va.* » (Px).

3.3.1.3. Freins à l'inscription sur la liste LGB friendly

Durant les entretiens, il est ressorti que certains spécialistes en soins primaires ont des réticences à s'inscrire sur la liste LGB *friendly*. En premier lieu, il existe une **crainte d'une dérive communautariste** : « *si ça devait me faire rentrer dans un truc comme ça alors oui je serai définitivement contre ce truc-là.* » (P3). Ce concept est entériné avec l'idée que le généraliste est **un médecin « *pour tout le monde* »** (P3). Au même titre que les praticiens ne s'inscrivent pas sur des listes « *enfant ou vieux friendly* » (P6), ils ne s'inscriront pas sur ce répertoire communautaire.

Puis, l'idée que l'inscription sur cet index fasse « ***partie d'un plan de pub*** » (P4) est évoquée, amenant le professionnel à **questionner la légalité** de la démarche : « *c'est autorisé ce genre de truc là ?* » (P4). Aussi, il est retrouvé que l'inscription implique la **sélection d'une patientèle particulière**, ce que le professionnel ne recherche pas nécessairement : « *comme il peut afficher, bah euh, un truc pour plus de pédiatrie, je fais plus de gériatrie, ce serait un peu ça quoi, j'ai l'appétence pour des patients à orientation homosexuelles. » (P3).* Enfin, la dernière notion appréhendée est que le fait de **se répertorier comme étant LGB *friendly* équivaut à mettre en avant une pratique personnelle** : « *Parce que t'as pas à mettre en avant*

ta pratique à toi. Je vais rapprocher ça d'un autre truc, quand tu fumes et que tu dis à un patient qu'il ne faut pas fumer, bah voilà, c'est faites ce que vous devez faire pour votre santé faites pas ce que je fais-moi et inversement quoi je veux dire. C'est pas parce que tu fumes pas que tu dois engueuler les gens voilà tu dois les informer du truc mais bon ça alors là, parce qu'à ce moment-là on peut faire des listes de tout, ouais je suis fumeur, j'accepte tous les fumeurs, alors… » (P4).

3.3.1.4. Raisons de l'existence de la liste LGB friendly

Au cours des interviews il a été évoqué que la liste existe **en raison d'expériences jugeantes qu'ont vécu certains patients LGB** lors d'une consultation de médecine générale : « *si cette liste existe c'est que y'a des gens qui se sont retrouvés face à des médecins et, et je sais comment peuvent être les médecins donc euh (…)* » (P5). Lors de ce constat il existe parfois une **réaction de déni quant à la possibilité qu'il puisse y avoir des médecins discriminants** en exercice : « *Ah là là si vous me dites ça là, j'suis… Je me fais hara kiri quoi* » (P3). Toutefois, il est régulièrement précisé que cette possibilité **ne surprend finalement pas outre mesure** : « *Je trouve ça fou mais en fait j'en suis pas non plus plus étonnée que ça* » (P5). En effet, **la représentation de la société, dans laquelle il existe des discriminations sur la base de l'OS, se retrouve parmi les médecins** : « *parce que la représentation, voilà, de la société, elle est aussi dans les médecins* » (P3). Enfin, il a été fait la **comparaison avec la liste pour les patients noirs**, dans le sens où celle-ci s'avère également nécessaire en raison d'éventuelles discriminations, son existence **déplaisant au Conseil National de l'Ordre des Médecins** : *« ils ont fait des listes pour les patients noirs, en disant, bah allez voir tel médecin et si vous êtes noir ça se passera bien et euh le conseil de l'ordre s'offusque en disant c'est honteux en disant qu'un médecin puisse traiter différemment un blanc, un noir ou un chinois ou peu importe. Mais la vérité c'est que tu es traité différemment en fonction de ta race et ton orientation sexuelle dans la société* » (P2).

POINTS ESSENTIELS :

Liste de médecins LGB *friendly* :

- La plupart des praticiens ne connaît pas l'existence de cette liste.
- Elle existe déjà de façon officieuse par l'intermédiaire du bouche à oreille, que ce soit entre patients ou lors de l'adressage à un confrère spécialiste.
- Les avantages de la liste :
    - Elle améliorerait la relation médecin-patient par la libération de la parole.
    - Elle aiderait à l'absence d'appréhension du patient avant la consultation.
    - Elle permettrait de devenir un lieu ressource facilement identifiable pour les patients LGB.
    - Elle assurerait aux patients LGB une prise en charge adaptée en lien avec leurs spécificités de santé.
- Les raisons de l'inscription sur la liste :
    - Les raisons dépendent des représentations personnelles du praticien.
    - Un praticien exprime que l'inscription n'aurait pas pour objectif de sélectionner une patientèle supplémentaire.
    - S'inscrire à la liste servirait de réponse aux discriminations survenant dans d'autres lieux de soins.
- Les freins à l'inscription sur la liste :
    - Certains praticiens craignent une dérive communautaire, contraire à la morale des médecins généralistes devant soigner tout le monde de la même façon.
    - Un praticien aurait l'impression de se faire de la publicité en voulant sélectionner une patientèle particulière et se questionne sur la légalité de la démarche.
    - Il est parfois considéré que ce serait mettre en avant une pratique personnelle et donc contraire aux principes des valeurs médicales.
- Les raisons de l'existence de la liste :
    - Elle ferait suite à une nécessité en raison de discriminations existantes dans le milieu de la médecine générale.
    - Un praticien a une réaction de déni sur la possibilité de médecins discriminants.

3.3.2. Formation en santé LGB

Durant l'étude il était demandé aux professionnels de santé comment il considérait la formation des médecins généralistes sur la santé sexuelle et plus précisément sur la santé des minorités sexuelles. Il en est ressorti trois grands axes, les intérêts à cette formation, les freins mais encore sa qualité actuelle.

3.3.2.1. Intérêts d'une formation en santé LGB

Lors des discussions avec les médecins généralistes, il est mis en exergue que la création d'une **formation dédiée à la santé LGB permettrait d'avoir des réponses plus adaptées avec les patients LGB**. Ainsi, elle permettrait **de lutter contre certaines idées reçues** : « *si on est peu au courant à l'avance on gère mieux que si tout d'un coup on se trimballe ces vieux clichés qui vont se crasher sur la réalité* » (P8) et d'**avoir une approche non jugeante** identique pour chaque patient : « *C'est ça le plus important, non jugeant* » (P3).

Aussi, les **conseils adaptés aux minorités sexuelles seraient plus pertinents** : « *quand ils ont une bonne réception de l'information, soit carrément que l'information vient à eux parce qu'on leur propose un soutien bah en fait ils se jettent dessus parce que c'est tellement inespéré, ça leur fait beaucoup de bien !* » (P2). Enfin, il est également évoqué l'**utilité pour les professionnels d'avoir des praticiens formés, facilement identifiables, s'il existe un avis à prendre concernant la santé LGB** : « *c'est vrai que ça serait pas mal qu'on ait cette petite liste de médecins, un peu spécialisés, à qui on peut poser la question, si on a une petite question.* » (P6).

3.3.2.2. Freins à la formation en santé LGB

Au cours des échanges, certains praticiens ont évoqué l'absence d'intérêt à une formation en santé LGB, puisqu'ils pensent qu'il n'existe **pas de spécificités à la santé LGB** : *« je vois pas ce qui y'a de supplémentaire à faire.* » (P7). Cependant, ils ajoutent de façon systématique une réserve à ce propos en expliquant qu'ils n'ont peut-être **pas toutes les cartes en mains pour estimer la nécessité d'une formation dédiée** : « *Après est ce qu'il y a besoin de se former un peu plus spécifiquement encore une fois je, peut être que je n'ai pas assez de connaissances* » (P3). *In fine,* il ressort que **prendre en compte la sexualité des patients n'est pas pertinente dans l'approche médicale du patient** : « *Non je ne verrai pas l'utilité, parce que pour moi la sexualité de quelqu'un ne détermine pas qui il est, ça a rien à voir avec la machine qu'est le corps humain* » (P1).

3.3.2.3. Qualité actuelle de la formation en santé LGB

L'analyse des résultats a permis de faire ressortir les différents ressentis des médecins généralistes concernant la qualité de la formation des médecins généralistes sur la santé LGB. La plupart la décrive comme **inadaptée et notamment en véhiculant des clichés réduisant l'orientation sexuelle à l'abord du VIH ou des IST** : « *à partir du moment où l'orientation sexuelle est abordé en médecine c'est pour parler du VIH, c'est tout, sinon y'a rien* » (P2). Dans le même sens, certains expriment que la formation actuelle est « ***inexistante*** » (P1).

Il a été émis quelques pistes afin d'améliorer la situation. Ainsi, une praticienne propose d'**intégrer la formation dans le cursus général** et notamment à travers des **cours magistraux** : « *faire des cours magistraux dans le parcours de formation générale* » (P2). Certains proposent la **création d'un DU[31] spécialisé** en ce sens : « *faire une formation un peu complémentaire, un petit DU* » (P6).

Dernièrement, un des médecins[32] explique percevoir **la formation en santé sexuelle comme suffisante à Bordeaux.** En effet, il explique que dans l'internat de médecine générale il existe de nombreux travaux obligatoires sur cette thématique : « *Bah pour les médecins généralistes, en tout cas à Bordeaux on a au moins le séminaire, auxquels ils sont sensés s'inscrire, au moins une situation ponctuelle au minimum et ensuite avoir les 3h de cours donc c'est déjà pas mal* » (Px). Il précise que c'est un intervenant d'AIDES qui réalise cette formation. En outre, l'objectif est que tous les étudiants puissent acquérir une **démarche réflexive suffisante** pour pouvoir reconnaitre les situations les ayant mis en difficulté afin qu'ils puissent d'eux-mêmes aller chercher la solution à travers une **auto-formation** : « *ce qui est important c'est que tous les étudiants, en fait, acquiert la démarche réflexive suffisante pour dire là j'ai été confronté à une situation où il manque des données il manque des compétences, il faut que j'aille les chercher* » (Px). Cette démarche s'explique par le **manque de temps** qu'il existe pour pouvoir former sur tous les sujets de façon adéquate : « *ça prendrait probablement 3 ans entiers de formation (rigole) et on les formerait pas au reste du coup.* » (Px).

[31] Diplôme Universitaire
[32] Le praticien n'est volontairement pas désigné afin de préserver son anonymat.

POINTS ESSENTIELS :

Formation en santé LGB :

- Intérêts de la formation :
  - Elle permettrait d'avoir une prise en charge de meilleure qualité.
  - Elle participerait à lutter contre les préjugés et d'avoir un abord non discriminant.
  - Elle servirait à avoir des praticiens identifiables au besoin pour adresser un patient.
- Freins à la formation :
  - Certains praticiens évoquent l'absence de spécificités de santé LGB.
  - D'autres expriment que la sexualité n'appartient pas au domaine médical.
- Qualité actuelle de la formation :
  - Elle est perçue comme inadaptée car véhicule des clichés en réduisant l'OS à l'abord du VIH.
  - La formation est perçue comme insuffisante.
  - Il est évoqué la possibilité de l'intégrer dans le cursus général avec des CM[33] ou de créer un DU spécialisé sur la santé LGB.
  - Un praticien perçoit la formation comme suffisante à Bordeaux car le sujet est traité lors des cours des internes.

3.3.3. Centres de santé communautaire

Tout au long des interviews, il a été sondé comment les médecins généralistes considèreraient la création de centres de santé communautaire, notamment pour les personnes LGB. Il a pu se dégager deux grands axes, les intérêts et les inconvénients à la mise en place de telles structures.

3.3.3.1. Intérêts des centres de santé communautaire

Il est apparu lors des entretiens que la création de lieu dédié permettrait de trouver de façon certaine un **médecin ouvert d'esprit** sur la question LGB**, réduisant ainsi l'appréhension que certains patients peuvent ressentir avant une consultation** : « *Donc là tout ce qui psychologique, aspect psychologique donc là ça serait pas mal quoi, qu'il y ait au moins, dans les centres de médecine on trouve des réacs, on trouve des libéraux, on trouve des qui s'en foutent, enfin on trouve de tout quoi ! Tant qu'à faire si on peut trouver quelqu'un d'un*

[33] CM : Cours magistral, ici cours magistraux

peu ouvert c'est pas plus mal. » (P8). Une praticienne rajoute que cela permet d'avoir un « ***environnement accueillant*** » (P2).

Ensuite, l'idée que l'existence d'endroits spécifiques font suite à une nécessité ressort : *« j'imagine que si ça a été créé c'est que y'avait un besoin* » (P5). « *C'est mieux qu'il y ait ça que rien et si pouvait y avoir des centres où tout le monde serait soigné pareil, enfin pris en charge...* » (P5). Il est mis en avant que le **caractère utile de ces centres mais n'est pas souhaitable dans l'idéal** : « *c'est dommage qu'il y ait pas des endroits où ils puissent aller se faire… Où on puisse aller quel que soit sa sexualité, voilà ce qui me gêne c'est le coté, voilà* » (P5). En effet, cela **implique d'une part qu'il existe ailleurs des discriminations dans le milieu du soin et d'autre part que cela occasionne une réponse communautaire** à ce problème : « *Je pense que ça peut apporter quelque chose de bien en réponse à une oppression.* » (P8). Finalement, c'est le concept du « ***mieux (…) que rien*** » qui émerge (P5).

Aussi, une praticienne estime que cela permettrait également d'**étoffer l'offre de soins** mais aussi d'en **éclaircir le parcours pour les médecins généralistes lorsqu'ils rencontrent une difficulté pour prendre en charge un patient issu d'une minorité sexuelle** : « *ça peut faire partie d'un espèce de cabinet de spécialité, ou pour si on dit tiens il vient me voir, il a des questions je suis pas à même à y répondre, je l'envoie vers lui puis après il reviendra me voir, voilà*.» (P6).

3.3.3.2. Freins à la création de centres de santé communautaire

Un des facteurs défavorables les plus prégnants à la création de centres de santé spécifiques est **l'approche communautaire** sous-tendue par leurs créations : « *je pense que c'est très dommage pour le vivre ensemble* » (P3). En effet, un des praticiens explique qu'on ne peut pas simultanément « ***tenir un discours de normalisation et de sanctuarisation*** » (P8) et qu'il n'est pas possible de « ***regarder la société à travers le prisme de l'homosexualité*** » (P8). De fait, cela finirait par aboutir à un **clivage s'annonçant désavantageux sur le plan sociétal** : « *Si on vit les uns séparés des autres, quel que soit nos problèmes de santé machin, tout ça, ce sera, ça va aller dans un mauvais sens, à mon avis, voilà* » (P3). En outre, il est craint que cela **stigmatise la population LGB** : *« le problème c'est un peu toujours stigmatisant de dire que c'est des gens à part qui vont dans des endroits à part, c'est toujours un peu stigmatisant* » (P2). En ce sens, l'alternative de la **liste LGB-*friendly* semble plus adaptée et acceptable** pour ne pas tomber dans ces différents biais : « *c'est pour ça que ça serait peut-être mieux d'avoir des médecins identifiés dans des structures existantes*. » (P2).

Enfin, il est également mis en avant qu'il n'y a **pas d'utilité à la création de centres de santé spécifique** : « *Rien de plus rien de moins à mon avis, en fait je pense que ça sert pas à grand-chose* » (P4). La dernière idée ressortant est une **sensation d'infaisabilité** à la mise en place de tels lieux : « *créer des structures, un réseau en France, je pense que ça serait trop compliqué, je suis pas sûr que ça aboutisse un jour* » (P2).

POINTS ESSENTIELS :

<u>Centres de santé communautaire</u> :

- Intérêts :
    - Ils permettraient d'avoir un environnement accueillant avec des médecins non discriminants.
    - Ils réduiraient l'appréhension du patient avant la consultation.
    - Ils paraissent non souhaitables mais font suite à une nécessité en raison de la discrimination existante dans le milieu du soin.
    - Ils baliseraient le parcours de soins pour les médecins généralistes lorsqu'il existe une nécessité d'adresser un patient.
- Freins :
    - Ils pourraient aboutir à une approche communautaire aboutissant à un clivage social.
    - Ils pourraient stigmatiser la population LGB.
    - La liste LGB-*friendly* semblerait plus acceptable.
    - Il existe une absence d'utilité et une sensation d'infaisabilité.

DISCUSSION

L'objectif principal de l'étude était d'explorer les différents types d'approches des médecins généralistes pour prendre en charge les patients identifiés comme LGB.

1. Discussion des forces et des limites de l'étude

1.1. Forces de l'étude

L'étude comporte plusieurs forces. Tout d'abord, à ce jour en France il n'existe pas de recherche prenant en compte le point de vue des médecins généralistes sur le ressenti de la prise en charge des patients identifiés comme étant homosexuels ou bisexuels. Cependant, la validité externe de cette recherche s'inscrit tout de même par le biais de plusieurs travaux ayant été menées en interrogeant les patients LGB sur leur ressenti lors d'une consultation de médecine générale (33). Ainsi, les résultats font notamment écho à l'enquête de T. Jedrzejewski effectuant un état des lieux sur les difficultés rencontrées par les minorités sexuelles face à leurs spécificités de santé en médecine générale (21). Celle-ci met en évidence qu'une part non négligeable de spécialistes de santé primaire apporte une réponse inadaptée faces aux patients n'étant pas hétérosexuels. De plus, la thèse de L. Chambolle[34] corrobore ce constat puisque les données préliminaires recueillies font ressortir un manque de connaissance des médecins généralistes sur les spécificités de santé des patients LGB. Par ailleurs, nos résultats concernant l'abord de l'OS des patients par les médecins généralistes sont similaires à ceux retrouvés par J. Tarragon dans son travail de recherche (72). Ils viennent ainsi agrandir un corpus de données encore trop faible portant sur cette thématique.

Puis, la validité interne de l'étude a été renforcée par l'intermédiaire d'un double codage entre l'étudiant et le directeur de thèse permettant de diminuer l'interprétation subjective des données. Aussi, le codage a été effectué à l'aide d'un logiciel dédié intitulé NVivo12©. En outre, la composition de l'échantillon a été constituée en variation maximale afin d'obtenir des profils variés de médecins ayant permis de sélectionner autant de différences de pratiques. Si cette étude ne permet pas de généraliser ces résultats à la population entière des médecins généralistes du fait du faible échantillon, ces résultats n'en restent pas moins valable pour expliquer en partie les mécanismes mis en place par les professionnels de soins primaires pour traiter les spécificités de santé LGB.

[34] La thèse est également dirigée par Dr Emmanuel Prothon.

Enfin, le recrutement des praticiens a été effectué sans que ces derniers ne soient au courant du sujet sur la santé LGB afin de limiter au maximum le biais de volontariat. *De facto*, cela limitait automatiquement le biais d'information entrainant des réponses plus spontanées de la part des praticiens.

1.2. Limites de l'étude

L'étude comporte plusieurs limites. La première est le nombre limité de participants. La saturation des données n'a pas pu être vérifiée sur les questions de recherche par la réalisation d'entretiens supplémentaires. Toutefois l'exhaustivité des réponses obtenues à l'aide des relances lors des entretiens et la confrontation des résultats avec la littérature existante laisse penser que l'étude tend vers une certaine complétude. En outre, il faut noter que la richesse des entretiens a permis de continuer de créer de nouvelles idées, ne pouvant cependant pas se mettre en lien direct avec l'étude.

Puis, cela nous amène à une deuxième faiblesse : le biais méthodologique. Il résulte notamment de questions trop ouvertes ayant eu pour effet de parfois dérouter certains praticiens et les emmenant sur des sujets pas nécessairement en lien avec la recherche. Ce défaut découle principalement du manque d'expérience du thésard puisqu'il s'agissait de sa première étude qualitative. La durée relativement longue de l'entretien pouvait aussi avoir un impact négatif avec un agacement de certains praticiens les poussant à moins élaborer leurs dernières réponses.

Dans la même catégorie de biais on retrouve également l'hétérogénéité des modes d'interview, certaines étaient réalisées en face à face, d'autres par visioconférence en raison de l'épidémie à SARS-CoV-2. Le lieu variait aussi entre le cabinet médical du professionnel ou à son domicile. Une interview a été coupé en raison d'un dysfonctionnement du dictaphone ayant poussé le praticien à répondre de nouveau à une question, lui faisant perdre en spontanéité mais apportant en revanche plus de réflexion.

Il existe également un biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire que les professionnels pouvaient avoir tendance à lisser leur propos afin de les rendre plus acceptables, les rendant moins représentatifs de la réalité d'une consultation au cabinet médical. Il pouvait également exister des praticiens qui embellissaient leur pratique lors de l'exercice.

Enfin, il existe un biais d'analyse. Il est certes limité par le double codage mais le thésard et le directeur de thèse ont tous les deux une sensibilité particulière concernant le thème de la santé LGB ayant pu teinter l'analyse des résultats malgré la position objective dans laquelle ils ont essayé de se placer.

2. Discussion de la méthode

2.1. Choix du type d'étude

Le choix de réaliser une analyse qualitative plutôt que quantitative possède comme but d'effectuer un panel des différentes pratiques des médecins généralistes avec les patients LGB. Elle cherche à répondre à une question du type « comment » ou « pourquoi » plutôt que « combien » ou « à quelle fréquence ».

2.2. Discussion de l'échantillon

L'échantillon a été constitué sur le principe de la variation maximale. Deux praticiens ont refusé de participer à l'étude en raison du temps d'entretien annoncé d'une heure, le jugeant trop long. Il s'agissait d'un médecin homme installé en milieu rural de 30 à 40 ans et d'une médecin femme installée en milieu péri urbain de 40 à 50 ans. Les praticiens ont été choisis en fonction de leur sexe, leur lieu et mode de pratique, leur âge, leur orientation sexuelle mais aussi leur position pré supposée par le thésard ou le bouche à oreille sur le thème de la santé LGB.

Il existe une surreprésentation des médecins jeunes, avec cinq des huit praticiens interrogés ayant moins de 39 ans. Les résultats ont pu être impactés par ce biais en raison des changements sociétaux récents. En effet, il existe une plus grande illustration des personnes LGB parmi les plus jeunes générations et l'opinion de la population générale sur l'acceptation des minorités sexuelles évolue progressivement de façon favorable au fil des années (6,10). Ainsi, il est licite de penser que les professionnels de santé les plus jeunes puissent être plus fréquemment sensibles à la thématique LGB comparativement à leurs pairs plus âgés. Toutefois, cette faille a pu être limitée en sélectionnant des profils de valeurs variés indépendamment de l'âge.

2.3. Discussion des entretiens

Il a été choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés pour la réalisation de l'étude. Ils étaient construits en échelle afin d'amener le sujet progressivement sur la santé LGB. Ainsi, il a été d'abord posé des questions d'ordre général afin de faire connaissance avec le praticien. Puis, la question de l'abord de l'OS lors d'une consultation a été amenée par l'intermédiaire des cas cliniques ayant permis une plus grande spontanéité dans les réponses des praticiens.

Le ressenti des praticiens vis-à-vis de l'entretien était collecté. Tous les professionnels étaient globalement satisfaits de l'interview. La plupart exprimait un réel enthousiasme concernant le sujet. Cependant, un professionnel a eu l'impression de ressentir à travers l'échange un militantisme pro-LGB.

3. Discussion des résultats

3.1. Réflexions sur l'abord de l'OS des patients en médecine générale

L'analyse des résultats est agrémentée des données issues de la littérature afin d'étayer les propositions de solutions présentées sur les différentes problématiques abordées.

3.1.1. Place des représentations personnelles des praticiens concernant l'abord de l'OS

L'étude fait ressortir que l'abord de l'OS en médecine générale reste un sujet souvent sensible et cette thématique est appréhendée de façon **hétérogène**. Certains considèrent qu'il ne s'agit pas d'une question d'ordre médical quand d'autres traitent de façon systématique le sujet. **Si l'abord de l'OS du patient dépend parfois du contexte de la consultation, bien souvent son approche dépend des représentations personnelles des soignants.**

Ainsi, cette enquête montre que les freins et éléments facilitant l'abord de l'OS peuvent être distingués selon deux catégories : **objective et subjective.**

Les données objectives sont reliées directement à la **pratique professionnelle**, comme le manque de temps, le motif de la visite ou le patient examiné. Elles dépendent donc principalement du contexte de la consultation. De fait, elles se caractérisent par leur impartialité et sont partagées entre les différents professionnels de santé.

A contrario, les données subjectives sont le résultat des **représentations personnelles** de chaque médecin généraliste, rendant le spectre des différentes attitudes observées plus large que pour les données objectives. Ainsi, les principaux facteurs influant l'abord de l'OS mis en lumière sont la perception intime de la sexualité et la sensibilité individuelle face aux problématiques LGB. Toutefois, **les données subjectives sont également rattachées à celles considérées comme objectives**. En effet, les pratiques professionnelles sont fatalement affectées par les schémas personnels des différents praticiens.

3.1.2. Crainte de la réaction du patient lors de l'abord de son OS

A l'instar de la recherche de J. Tarragon, il a été mis en évidence qu'il existe de façon prépondérante une crainte de la réaction du patient lorsque la question de la sexualité est évoquée (72). Toutefois, la représentation du praticien concernant ce ressenti peut ne pas être fondée. En effet, plusieurs travaux montrent que l'abord de l'OS est souvent bien accepté par le patient. Ainsi, l'étude d'Allysha C. Maragh-Bass *et al*. montre que 80% des médecins interrogés pensent que la collecte de l'OS des patients va les offenser tandis que seulement 11% de ces derniers vont effectivement l'être. **Le principal bénéfice perçu par les patients est**

l'apport de soins spécifiques en rapport avec leur OS alors que pour les soignants il s'agit d'une amélioration de la relation médecin-patient. De plus, pour les patients, le principal inconvénient à l'abord de l'OS est le risque de discrimination et de biaiser le jugement du médecin, quand pour les professionnels il ressort que c'est la crainte de mettre mal à l'aise voire d'offenser le patient (73). Ainsi, ces résultats sont retrouvés d'une certaine manière dans cette recherche avec une crainte prédominante de la mauvaise réception des patients quant à l'abord de leur OS.

3.1.3. Mise en situation de l'abord de l'OS

L'analyse des résultats du premier cas clinique de l'enquête montre que l'OS est peu souvent abordée lorsque le motif de consultation n'est pas directement en lien avec cette thématique. **Pourtant, certains sujets pouvant être perçus comme sensibles ou intimes sont approchés comme le statut marital ou les addictions**. Le second cas clinique montre que lorsque l'objet du rendez-vous médical concerne directement la santé sexuelle, l'OS est recherchée de façon plus commune sans pour autant être systématique pour tous les praticiens. Cependant, la prise en charge spécifique avec la proposition d'un TPE ou d'une consultation de résultat reste minoritaire. Cette étude qualitative ne permet pas d'apporter d'éléments chiffrés sur les différentes prises en charges proposées, **il pourrait être intéressant de mener une enquête quantitative afin d'évaluer plus précisément ces données**. L'objectif pourrait être d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur les différents points clés et outils disponibles pour la prise en charge d'un patient ayant eu une prise de risque sexuelle.

Aussi, lors du jeu du miroir, il a été demandé aux praticiens leur réaction personnelle si un de leurs confrères spécialistes s'enquerrait de leur OS dans le cadre d'une consultation médicale. Une grande majorité perçoit cette question, sous réserve qu'ils l'estiment légitime, comme positive. Un seul considère que son confrère aurait uniquement à avoir connaissance d'éventuels comportements sexuels à risque. Cette démarche sous-tend que l'OS ne serait pas un facteur à prendre en compte. **Il est possible de spéculer sur les raisons de cette approche : est-ce pour simplement respecter l'intimité du patient ? Ou s'agit-il, consciemment ou non, de continuer à couvrir un tabou toujours prégnant ?**

3.1.4. Représentation du praticien sur le ressenti du patient lors de l'abord de son OS

Les résultats mettent en évidence des degrés de sensibilité variés à propos du *coming-out* des patients lors d'une consultation de médecine générale. En effet, si certains praticiens ont conscience que l'annonce de l'appartenance à une minorité sexuelle peut être un sujet sensible, d'autres estiment que cela ne revêt pas de difficultés particulières.

Un professionnel espère que les difficultés rencontrées par certains patients pour exprimer leur OS à leur médecin ne viennent pas du monde médical. Parallèlement à cette vision, une autre praticienne pense que le *coming-out* peut parfois être une provocation et un moyen pour le patient de se mettre en avant, la trame de fond étant que l'homosexualité est considérée comme « moins normale ». Dans ce cas de figure, **il est légitime de questionner ce que le patient peut réussir à percevoir de l'avis personnel du médecin concernant la communication de son OS**.

Ainsi, il est conseillé que **les praticiens aient conscience que le *coming-out* du patient au médecin peut être un moment charnière pour la relation médecin-malade**.

3.1.5 Moyens et modes d'approche de l'OS des patients

L'étude a mis en évidence que les praticiens utilisent des stratégies diverses pour aborder l'OS et toutes ont pour but de mettre à l'aise le patient. Cependant**, la pluralité des techniques employées montre que cette réflexion est laissée au choix personnel des médecins, pouvant témoigner d'un manque de formation sur ce sujet**. Si l'improvisation des professionnels de santé concernant l'abord de l'OS permet une plus grande adaptabilité face aux différentes situations rencontrées, **elle va principalement dépendre de la sensibilité personnelle de chaque soignant sur ce thème,** laissant la place à de possibles maladresses voire discriminations.

C'est pourquoi, afin que l'approche de l'OS soit la plus adaptée possible, il est indispensable de recevoir une meilleure préparation concernant les particularités médicales mais également sociales qu'impliquent la santé LGB (7). Il serait pertinent que les spécialistes de soins primaires **intègrent l'OS dans l'approche globale du patient sans toutefois la réduire à cette seule spécificité.** Dans le but d'aider à la bonne acceptation de cette démarche, il est proposé de **standardiser l'approche de l'OS** avec des questions du type « avez-vous des rapports sexuels avec des hommes, des femmes ou les deux ? » tout en précisant que c'est une

interrogation posée systématiquement. Néanmoins, il faut laisser la place suffisante au patient afin qu'il puisse choisir de ne pas y répondre.

Aussi, il est recommandé d'utiliser au maximum un **langage inclusif** afin de créer un climat de confiance et limiter le poids de l'hétéronormativité[35] pouvant impacter la relation de confiance avec le professionnel (7).

De plus, **la structure du logiciel médical pourrait contenir un emplacement dédié à l'OS du patient,** ce qui pourrait faciliter son abord et éviter son oubli lors des prochaines consultations. Toutefois, il est important de garder à l'esprit que cela peut poser un problème de confidentialité, notamment dans le cadre d'un exercice partagé.

3.2. Réflexions sur la prise en charge des patients LGB

La principale problématique concernant la prise en charge des patients LGB traitée dans la littérature en France est l'abord de l'OS. Néanmoins, **la question de la prise en charge des patients issus d'une minorité sexuelle une fois leur orientation connue du professionnel de santé est moins explorée.**

D'abord, l'analyse des résultats est traitée, puis complétée par des données retrouvées dans la littérature offrant des éléments de réponses pour l'amélioration de la prise en charge des patients LGB.

3.2.1 Analyse des résultats issus de l'étude

La plupart des médecins généralistes utilisent un mode d'approche universel, c'est-à-dire qu'ils attachent une importance particulière à réaliser une prise en charge comme pour n'importe quel autre patient. L'objectif de ne pas faire de distinction est d'effectuer une approche égalitaire. Cette intention est louable mais peut **nier la réalité médico-sociale dans laquelle évolue le patient**. Ainsi, il peut exister un frein à l'abord des spécificités de santé LGB, par méconnaissance ou crainte de stigmatiser.

Toutefois, on observe que lorsqu'il s'agit d'évoquer des particularités de santé des patients issus des minorités sexuelles, **le premier réflexe semblant venir à l'esprit est d'aborder les IST, notamment chez les patients homosexuels masculins**. D'un point de vu factuel, cet aspect peut sembler logique sur le plan biomédical. Pourtant, devant la diversité des spécificités de santé des personnes LGB, il semble réducteur de les cantonner uniquement à ce

[35] L'hétéronormativité : « *Système de pensée qui est basé sur la présomption que l'hétérosexualité est la norme et qui privilégie les personnes hétérosexuelles au détriment des personnes homosexuelles* (74). »

seul thème. En outre, si le risque sexuel est abordé, la prévention ciblée l'est moins. **Il est licite de se poser la question de la part de responsabilité de la formation médicale reçue sur ces différents réflexes de prise en charge.**

Par la suite, il est développé des notions sur l'approche communautaire, le stress minoritaire et la syndémie pouvant apporter des pistes d'amélioration pour la prise en charge des patients LGB. Ces différents concepts pourraient aider les médecins généralistes à mieux comprendre les différents tenants et aboutissants de la santé des minorités sexuelles.

3.2.2. Approche communautaire

Si l'approche universelle est la plus communément acceptée en France, utiliser une démarche communautaire l'est beaucoup moins (75). Elle est régulièrement perçue comme sectaire et source de clivage au sein d'une population globale, la différence perçue devant s'effacer au nom du vivre ensemble. La critique du communautarisme est pourtant beaucoup moins fréquente dans les pays anglo-saxons où le « *melting-pot* » s'est effacé au profit du « *salad bowl* », *i.e.* **l'homogénéisation des différences a laissé la place à l'acception de celles-ci** (21,76).

Cependant, l'approche communautaire possède plusieurs intérêts. D'abord, elle permet de mettre en lumière et de remettre au centre les besoins en santé de populations spécifiques (77). *De facto*, le modèle communautaire tient compte intrinsèquement de **l'impact des facteurs psychosociaux sur la santé des personnes** (75). Un autre atout de cette approche est l'augmentation de l'autonomie des personnes impliquées, il s'agit de l'***empowerment***, il est fait « avec eux » et non pas « pour eux ». *In fine*, du fait de la responsabilisation des patients par le biais de cette politique communautaire, il existe un **avantage économique** en limitant l'utilisation de plusieurs ressources (78).

Enfin, A. Alessandrin *et al.* apportent des éléments explicatifs sur les raisons de l'existence de cette approche communautaire. Elle prend source dans le constat que lors du parcours de soins des minorités sexuelles il existe de façon récurrente une double dynamique : **d'une part une méconnaissance des spécificités de santé LGB par les médecins, et d'autre part il existe un soutien réactionnel par la communauté concernée venant pallier ces failles** (46).

3.2.3. Stress minoritaire

Le stress minoritaire est un concept développé par Meyer en 1995 utilisé pour comprendre pourquoi les minorités sexuelles ont des besoins de santé qui leurs sont propres. **Il s'agit de facteurs de stress supplémentaires en lien avec la discrimination et la stigmatisation que peuvent vivre les patients LGB comparativement aux hétérosexuels.** Il en existe deux catégories : d'une part les distaux (ou objectifs) comprenant la violence, le rejet, le harcèlement et la discrimination et d'autre part les proximaux (ou subjectifs) dépendant du vécu des évènements objectifs. Ils englobent l'homophobie internalisée, l'anticipation de situations stressantes et la dissimulation de l'OS. (79,80) La connaissance de cette théorie par les médecins généralistes et de façon plus globale par les professionnels de santé peut apporter un intérêt pour comprendre pourquoi la consultation a parfois besoin d'être adaptée au patient issu d'une minorité sexuelle. En effet, **le stress minoritaire ne découle pas uniquement d'actes concrets que peuvent parfois commettre les praticiens mais également de la perception personnelle du patient sur la consultation de médecine générale**. Alors, l'application d'une discrimination positive parait utile pour répondre à cette situation.

Ainsi, **la discrimination positive puise justement ses racines dans celle réelle et ressentie par le patient**. Elle ne sert pas à créer d'avantages d'inégalités mais au contraire à rattraper celles déjà existantes (81). De fait, elle n'est pas souhaitable mais nécessaire pour rétablir un équilibre dans une situation inégale.

Pour ancrer ce propos dans la réalité de la consultation, l'étude EGaLe-MG a montré qu'un patient sur deux craint d'être discriminé ou jugé par son médecin généraliste lorsqu'il annonce sa sexualité (21). Il semble alors cohérent que dans la situation particulière qu'est la relation médecin-malade, pouvant être qualifiée selon l'Académie Française de Médecine comme étant « *asymétrique mais respectueuse de l'autre* » (82), que ce soit **au professionnel de s'adapter aux patients LGB, et non l'inverse, afin de leurs laisser la place nécessaire pour s'affirmer**.

3.2.4. Syndémie

Une syndémie est « *l'agrégation d'au moins deux maladies ou problèmes de santé dans une population pour laquelle il existe un certain niveau d'interface biologique ou comportementale délétère qui exacerbe les effets négatifs de chacune des maladies impliquées* » (83,84). Cette approche est intéressante pour explorer la santé LGB car elle ne tient pas seulement compte de l'interaction négative que peuvent avoir deux pathologies entre elles mais inclut également les inégalités sociales favorisant différents *clusters* de pathologies au sein

d'une population donnée. De plus, l'effet de cette interdépendance n'est pas simplement cumulatif mais multiplicatif. Ainsi, ce modèle, représenté dans la figure 5, intègre **à la fois le biomédical et le social comme cause d'effets négatifs sur la santé et force à reconsidérer la vision du schéma classique de la maladie qui évolue classiquement dans un « vide social »** (23,84).

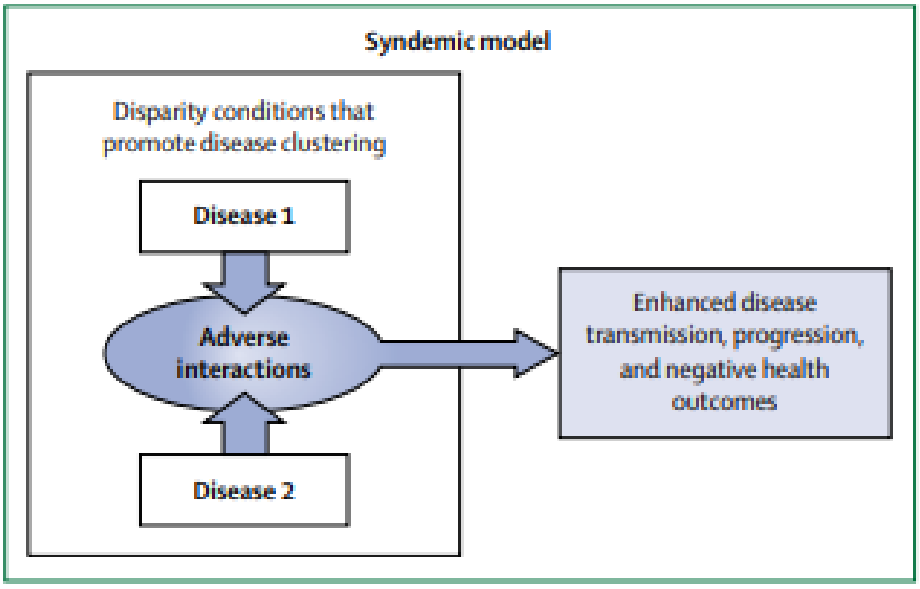


Figure 5 : Le modèle syndémique. Extrait de l'article « Syndemics and the biosocial conception of health » par M. Singer publié dans le Lancet (2017).

Les différentes spécificités de santé des patients issus des minorités sexuelles peuvent être interprétées à travers le prisme de cette approche avec comme condition syndémique principale le stress minoritaire (84). Par exemple, l'étude canadienne réalisée par Ferlatte *et al.* montre que le risque pour les HSH homosexuels et bisexuels d'avoir contracté une syphilis récente était cinq fois plus important pour les patients ayant subi des discriminations liées à leur OS et quatre fois plus pour ceux les ayant subi de la part des services de santé (85).

Ainsi, ce modèle permet de penser une **prise en charge globale de la personne plutôt que de s'attacher à traiter chaque spécificité de façon distincte et d'apporter une réponse plus efficace en termes de traitement et de prévention** (83).

3.3. Réflexions sur les outils mis en place pour la santé LGB

3.3.1. Liste de médecins LGB *friendly*

Notre enquête a montré que la plupart des praticiens interrogés ne connaissait pas l'existence de cette liste**. La majorité des avantages évoqués sont intrinsèquement liés au stress minoritaire**. Ainsi, elle a principalement pour but de rassurer le patient à l'égard du cadre de soin. Il en découle une prise en charge plus adaptée des spécificités de santé des patients LGB. **Les critiques faites à l'existence d'un tel outil se regroupent autour de la peur d'une dérive communautaire**.

Ainsi, les ordres nationaux des médecins et infirmiers ont fermement condamné en août 2020 la constitution d'annuaires de professionnels de santé communautaire. Les arguments avancés sont que les professionnels de santé « *ont prêté serment de soigner avec le même dévouement et la même abnégation, quelles que soient les origines, la couleur de peau, la situation sociale ou les orientations religieuses, philosophiques ou sexuelles de leurs patients. Ils les écoutent, les examinent et les prennent en charge dans le respect de chacun, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.* » (86). Les principales craintes sous-jacentes à la création de ces listes sont la division et le communautarisme.

Cependant, tenir cet argument revient à nier la réalité des discriminations vécues par les minorités sexuelles. Ainsi, une des clefs pour résoudre cette problématique est de commencer par la reconnaitre. Il est nécessaire de comprendre la nécessité de la création de ces annuaires plutôt que de s'y opposer, car de fait ils répondent à une situation existante de discrimination dans le milieu du soin. Il est important de souligner que le but recherché n'est en aucun cas de jeter le blâme sur les professions médicales. Ces listes servent avant tout à répondre à une demande de patients souhaitant obtenir des soins dans un lieu considéré comme sûr et n'ont pas vocation à discréditer les praticiens de santé. Toutefois, bien que cela ne soit pas intentionnel, il est évident que leur simple existence montre un dysfonctionnement au sein du milieu médical. Il s'agirait alors aux institutions de mesurer la réalité de certaines consultations de médecine générale et d'en prendre acte afin d'améliorer cette problématique plutôt que de s'inscrire en faux vis-à-vis de la création de ces listes, car assurément elles ne sont pas souhaitables mais pourtant encore nécessaires.

3.3.2. Formation en santé LGB

L'étude met en évidence que la **formation est perçue par une majorité des praticiens interrogés comme étant insuffisante, en termes de quantité comme de qualité**. Il semble exister un réel intérêt de la part des professionnels sur une possibilité d'apprentissage dans ce domaine. **L'objectif est une plus grande connaissance des spécificités de santé LGB, à la fois biomédicales et psychosociales, ce qui permettrait de réaliser une prise en charge globale plus adaptée.**

Comme il a été vu précédemment, les minorités sexuelles présentent des spécificités de santé qui leur sont propres et les différents mécanismes bio-psycho-sociaux conduisant à ce constat ont été évoqués. La nécessité d'une meilleure intégration de ces tous ces éléments dans le cursus médical parait alors indispensable pour apporter une réponse plus adaptée aux patients LGB. Cependant, il ne s'agit pas seulement de former sur les différentes caractéristiques biomédicales pour apporter un soin de qualité aux patients LGB, il faut y associer un apprentissage permettant d'améliorer les attitudes des praticiens de santé à leurs égards. Ainsi, l'étude européenne Health4LGBTI publiée en 2019, se basant sur une revue de la littérature effectuant l'état des lieux des différentes inégalités et barrières en santé que rencontrent les patients LGBTI[36] (33), montre que la réalisation d'une formation permet d'améliorer les attitudes des praticiens de santé lors d'une consultation avec ces patients (87).

Elle est segmentée en quatre modules de 2h chacun :

- Le premier vise à éclairer sur les différents termes et principaux concepts de la culture LGBTI et explique l'intérêt d'avoir ces notions pour mieux soigner les patients issus des minorités sexuelles et de genre.
- Le deuxième met en lumière les principaux besoins en santé des patients LGBTI et leur origine avec notamment l'approche du stress minoritaire.
- Le troisième essaye d'améliorer la relation médecin-patient LGBTI en mettant en avant l'utilisation du langage inclusif et les attitudes à promouvoir.
- Le quatrième apporte des connaissances plus spécifiques sur la santé Trans et Intersexe.

Ainsi, **il pourrait être intéressant que ce modèle de formation, facilement réalisable et ayant fait les preuves de son utilité, puisse être inclus dans le cursus médical en France.**

[36] LGBTI : Lesbienne, Gay, Bisexuel, Transgenre et Intersexe

Au mieux dans le tronc commun afin de toucher un maximum de futurs médecins et au minimum lors de la formation des internes de médecine générale.

3.3.3. Centres de santé sexuelle communautaire

L'enquête montre que les centres de santé communautaire sont perçus de la même façon que la liste LGB-*friendly*, d'un côté **la prise en charge est adaptée aux spécificités de santé mais de l'autre il existe une crainte de dérive communautaire**. Toutefois, certains professionnels trouvent que **l'annuaire de praticiens est plus acceptable que la création de lieux dédiés, jugeant la démarche moins clivante**.

En 2018, il a été mis en place un appel à manifestation d'intérêt (AMI) issu de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale concernant la création de centre de santé sexuelle communautaire (88). Cette action part du constat que l'offre en santé sexuelle actuelle ne répond pas de façon suffisante aux différentes particularités des différentes populations concernées. Les CeGIDD[37] et les centres de santé comme le 190[38] ayant déjà une démarche communautaire sont actuellement saturés et sont insuffisants pour apporter une solution efficace à grande échelle. Ce dispositif est inspiré de la réussite du modèle anglo-saxon. En effet, l'ouverture de la Magnet Clinic à San Francisco et le 56 Dean Street Express à Londres ont permis de réduire l'incidence du VIH dans ces villes respectives depuis leur ouverture (88).

Les principes spécifiques des centres de santé sexuelle communautaire sont définis comme suivants par le ministère de la santé (88) :

- Avoir un accueil communautaire bienveillant et neutre.
- La présence d'un médiateur communautaire sur place.
- Des formalités administratives réduites.
- Un premier entretien selon différentes modalités.
- La réalisation des prélèvements biologiques nécessaires.
- Une prise en charge médicalisée pour la remise des résultats de biologie médicale et l'éventuelle mise en route d'un traitement ou de la PrEP.
- Un entretien de santé sexuelle pour l'entrée dans un parcours de « *test and treat* ».

[37] CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
[38] Le 190 est un centre de santé sexuelle communautaire se trouvant à Paris

- La prescription médicale en lien avec le diagnostic.
- La possibilité de consultations spécialisées et paramédicales.
- La possibilité de réaliser des entretiens avec un assistant social.
- Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations.

En résumé, **il s'agit de simplifier et de faciliter au maximum la prise en charge des populations ciblées par ces centres de santé sexuelle communautaire en apportant une réponse de type « *test and treat* »**, c'est-à-dire en proposant des dépistages et des traitements immédiats directement dans la structure. **Il y est associé une démarche communautaire en prenant en compte la dimension sociale dans laquelle évolue le patient**.

CONCLUSION

L'étude a permis de mettre en lumière différents tenants et aboutissants concernant la prise en charge des patients LGB par les médecins généralistes.

D'abord, on constate qu'une des premières difficultés est l'abord de l'OS dans la consultation de médecine générale. Les différents facteurs influençant son approche dépendent principalement des représentations personnelles et professionnelles des praticiens de santé concernant cette question.

Puis, il a été vu que les praticiens attachent une importance particulière afin d'avoir une approche égalitaire avec les patients LGB. Certains utilisent parfois des techniques de soins communautaires comme la discrimination positive tandis que d'autres s'interdisent d'y avoir recours devant la crainte de créer un clivage social.

Enfin, il a été discuté de différents outils pouvant aider à la prise en charge des spécificités de santé des patients issus des minorités sexuelles. Il a été successivement approché la formation en santé LGB, les centres de santé sexuelle communautaire et la liste de médecins LGB-*friendly*. Si quelques praticiens étaient déjà impliqués dans cette démarche une grande partie n'était pas sensibilisée sur l'intérêt de celle-ci. De plus, il persiste en trame de fond cette crainte d'une dérive communautaire sur leur utilisation.

Ainsi, ce travail vient accompagner un corpus de recherches encore trop peu fourni sur la santé LGB et tente d'apporter une explication sur les attitudes mises en œuvre par les médecins généralistes avec les patients issus des minorités sexuelles. En effet, s'il existe parfois une forme de malveillance directe rapportée par la communauté LGB de la part de certains spécialistes de soins primaires, la principale cause retrouvée ici est l'incompréhension et le manque de connaissance des médecins généralistes sur leurs besoins en santé. Ce décalage entre les attentes de ces patients et la réponse des professionnels de santé tient en partie son origine dans l'utilisation d'une approche universelle. En effet, si le but premier de cette démarche est d'apporter une réponse non discriminante, ne pas intégrer le patient dans son ensemble social conduit à occulter les raisons de l'existence de leurs différentes spécificités de santés. Dès lors, l'approche communautaire, tenant compte des spécificités bio-médico-sociales, permet une optimisation du soin pour les patients LGB en leurs octroyant une prise en charge globale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vrangalova Z, Savin-Williams RC. Mostly heterosexual and mostly gay/lesbian: evidence for new sexual orientation identities. Arch Sex Behav. févr 2012;41(1):85-101.

2. Alessandrin A, Raibaud Y. Géographie des homophobies [Internet]. Armand Colin; 2013 [cité 26 août 2021]. 285 p. (Recherches). Disponible sur: https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01918297

3. Trachman M, Lejbowicz T. Des LGBT, des non-binaires et des cases. Rev Francaise Sociol. 2018;Vol. 59(4):677-705.

4. Davy Z, Siriwardena AN. To be or not to be LGBT in primary health care: health care for lesbian, gay, bisexual, and transgender people. Br J Gen Pract. sept 2012;62(602):491-2.

5. A propos de l'OCDE [Internet]. OCDE. [cité 26 août 2021]. Disponible sur: https://www.oecd.org/fr/apropos/

6. OCDE. Le défi LGBT : comment améliorer l'intégration des minorités sexuelles et de genre. In: Panorama de la société 2019 : les indicateurs sociaux de l'OCDE. 2019.

7. Mcnamara MC, Ng H. Best practices in LGBT care: A guide for primary care physicians. Cleve Clin J Med. 1 juill 2016;83(7):531-41.

8. Welzer-Lang D. 3. Les nouvelles identités sexuelles, orientations sexuelles ou relationnelles. Sex Soc. 20 juill 2018;85-121.

9. Bajos N, Beltzer N, Prudhomme A. Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives [Internet]. La Découverte; 2008 [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293-page-243.htm

10. Jones JM. LGBT Identification Rises to 5.6% in Latest U.S. Estimate [Internet]. Gallup.com. 2021 [cité 26 août 2021]. Disponible sur: https://news.gallup.com/poll/329708/lgbt-identification-rises-latest-estimate.aspx

11. Bajos N, Rahib D, Lydié N. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité [Internet]. 2016 [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: /import/barometre-sante-2016.-genre-et-sexualite

12. OMS. Constitution [Internet]. 1946 [cité 26 août 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/about/governance/constitution

13. National LGBT Health Education Center. Understanding the Health Needs of LGBT People. Fenway Inst [Internet]. [cité 26 nov 2020]; Disponible sur: https://www.lgbtqiahealtheducation.org/wp-content/uploads/LGBTHealthDisparitiesMar2016.pdf?utm_source=June+2016&utm_campaign=May+2016&utm_medium=email

14. OMS. Classification Internationale des Maladies - Neuvième révision (CIM-9). Wkly Epidemiol Rec Relevé Épidémiologique Hebd. 1988;63(45):343-4.

15. ONU, OMS. Mettre fin à la violence et à la discrimination à l'égard des personne lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes [Internet]. 2015 [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/hiv/pub/msm/Joint_LGBTI_Statement_FR.pdf?ua=1

16. OMS. L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11) [Internet]. 2018 [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)

17. Piot M-A. Qu'est-ce que le DSM ? Perspect Psy. 2015;Vol. 54(4):379-87.

18. Parekh R. What Is Gender Dysphoria? [Internet]. American Psychiatric Association. 2016 [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria

19. Loi n°82-683 du 4 août 1982 Abrogation de l'Art. 331 (Al. 2) du code pénal ; en conséquence, les actes impudiques ou contre nature commis avec un mineur du même sexe (homosexualité) ne seront plus punis de peines correctionnelles - Légifrance [Internet]. [cité 26 août 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000691992/

20. Prearo M. Mouvement et communauté LGBT. Chimeres. 2015;N° 87(3):95-102.

21. Jedrzejewski T. EGaLe-MG: état des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France : réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.

22. Sicard D. Quand la médecine est malade de son jugement normatif. In 2017.

23. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry. 18 août 2008;8(1):70.

24. INED. Violences intrafamiliales : les filles et les jeunes LGBT plus touchés. Défenseur des droits; 2020 p. 16.

25. Paget L-M, Chan Chee C, Sauvage C, Saboni L, Beltzer N, Velter A. Facteurs associés aux tentatives de suicide chez les minorités sexuelles : résultats de l'enquête presse gays et lesbiennes 2011. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 juin 2016;64(3):153-63.

26. Pompili M, Lester D, Forte A, Seretti ME, Erbuto D, Lamis DA, et al. Bisexuality and Suicide: A Systematic Review of the Current Literature. J Sex Med. 1 août 2014;11(8):1903-13.

27. Colledge L, Hickson F, Reid D, Weatherburn P. Poorer mental health in UK bisexual women than lesbians: evidence from the UK 2007 Stonewall Women's Health Survey. J Public Health. 1 sept 2015;37(3):427-37.

28. Balsam KF, Mohr JJ. Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. J Couns Psychol. juill 2007;54(3):306-19.

29. Koh AS, Ross LK. Mental Health Issues: A Comparison of Lesbian, Bisexual and Heterosexual Women. J Homosex. juin 2006;51(1):33-57.

30. Zhao Y, Montoro R, Igartua K, Thombs BD. Suicidal Ideation and Attempt Among Adolescents Reporting "Unsure" Sexual Identity or Heterosexual Identity Plus Same-Sex Attraction or Behavior: Forgotten Groups? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1 févr 2010;49(2):104-13.

31. Halperin D. Saint Foucault [Internet]. 2001 [cité 27 août 2021]. Disponible sur: https://www.decitre.fr/livres/saint-foucault-9782908855517.html

32. Gonzales G, Przedworski J, Henning-Smith C. Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States: Results From the National Health Interview Survey. JAMA Intern Med. 01 2016;176(9):1344-51.

33. Zeeman L, Sherriff N, Browne K, McGlynn N, Aujean S, Pinto N, et al. Health4LGBTI : State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI

people [Internet]. European Comission; 2017 [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/stateofart_report_en.pdf

34. Delahanty J, Ganz O, Hoffman L, Guillory J, Crankshaw E, Farrelly M. Tobacco use among lesbian, gay, bisexual and transgender young adults varies by sexual and gender identity. Drug Alcohol Depend. 01 2019;201:161-70.

35. Genon C, Chartrain C, Delebarre C. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. Genre Sex Société [Internet]. 29 juin 2009 [cité 7 mai 2020];(1). Disponible sur: http://journals.openedition.org/gss/951

36. Milhet M. APACHES - Attentes et PArcours liés au CHEmSex - OFDT [Internet]. OFDT; 2019 [cité 19 juill 2021] p. 98. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2019/apaches-attentes-et-parcours-lies-au-chemsex/

37. Sida Info Service. Tout savoir sur le Chemsex [Internet]. 2020 [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: https://www.sida-info-service.org/questions-chemsex/

38. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2020. [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2020

39. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH: rapport 2013 [pour le] Ministère des affaires sociales et de la santé recommandations du groupe d'experts. Paris: la Documentation française; 2013.

40. Cazanave C. Epidémiologie des IST et réseaux de surveillance. Dans: Thérapeutique anti-infectieuse. Université de Bordeaux; 2017.

41. Prévalence de l'hépatite C [Internet]. [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-c/articles/prevalence-de-l-hepatite-c

42. Epidémie d'hépatite A en France et en Europe - Point de situation au 13 novembre 2017 [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/epidemie-d-hepatite-a-en-france-et-en-europe-point-de-situation-au-13-novembre-2017

43. Recommandations vaccinales spécifiques : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes [Internet]. 2021 [cité 27 août 2021]. Disponible sur: https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Personnes-exposees-a-des-risques-specifiques/Hommes-ayant-des-relations-sexuelles-avec-des-hommes

44. Vaux S, Chevaliez S, Saboni L. Virus de l'hépatite B (VHB) et couverture vaccinale contre le vhb chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant des lieux de convivialité gay de cinq villes françaises. Étude PREVAGAY 2015. BEH. 2015;

45. Bourguignon C. La Shigellose: une nouvelle IST? :92.

46. Meidani A, Alessandrin A, Dubot M. Cancers, minorités de genre et de sexualité : Un nouvel élément de mesure dans la santé des LGBTIQ ? In: Santé LGBT : Les minorités de genre et de sexualité face aux soins. Le bord de l'eau; 2020. p. 95.

47. Haute Autorité de santé. Vaccination contre les papillomavirus chez les garçons [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2019 [cité 27 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/fiche_synthese_de_la_recommandation_vaccinale_vaccination_contre_les_papillomavirus_chez_les_garcons.pdf

48. Santé Publique France. Syphilis [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/syphilis

49. Santé Publique France. Gonococcie [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/gonococcie

50. Santé Publique France. Chlamydiae [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae

51. CNR des IST bactériennes. Réseau de surveillance des ano-rectites à Chlamydia trachomatis | CNR des IST bactériennes [Internet]. [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: http://www.cnrchlamydiae.u-bordeaux.fr/?page_id=164

52. COREVIH Occitanie, ARS Occitanie. Infection sexuellement Transmissible [Internet]. 2019 [cité 20 juill 2021]. Disponible sur: file:///C:/Users/Ars%C3%A8ne/Downloads/arsoc_ist_fichesynthese_reco_has_a5.pdf

53. Société Française de Dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellemen Transmissibles [Internet]. Société Française de Dermatologie; 2016 [cité 27 août 2021]. Disponible sur: https://www.cnr-ist.fr/ressources/editeur/Guidelines%20IST%20SFDermato%202016.pdf

54. Mitrochine M. Facteurs liés à la réalisation du frottis cervico-utérin chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes en France. 2020.

55. Struble C, Lindley LisaL, Montgomery K, Hardin J, Burcin M. Overweight and Obesity in Lesbian and Bisexual College Women. J Am Coll Health. 7 août 2010;59(1):51-6.

56. Guasp A. Gay and Bisexual Men's Health Survey. 2013;

57. Boccara F, Capeau J, Caron M, Vigouroux C, Cohen A. VIH, antirétroviraux, dyslipidémie et risque cardiovasculaire. Médecine Mal Métaboliques. 1 janv 2009;3(1):59-64.

58. Dayer C. En quoi les discriminations nuisent-elles à la santé? Bull Médecins Suisses. :4.

59. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. De Boeck Superieur; 2019. 162 p.

60. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2004 [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011

61. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Econ. 2014;Tome LIII(4):67-82.

62. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.

63. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. The Lancet. 11 août 2001;358(9280):483-8.

64. Haraway D. Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. Fem Stud. 1988;14(3):575.

65. Ink M. Mener et retranscrire un entretien sociologique : trucs et astuces [Internet]. Le carnet des étudiant-e-s du Master Sociologie de l'EHESS. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: https://mastersociologie.hypotheses.org/3342

66. Bonsergent H. L'approche centrée sur la personne [Internet]. Éditions Sciences Humaines; 2016 [cité 26 août 2021]. Disponible sur: https://www.cairn.info/troubles-mentaux-et-psychotherapies--9782361063917-page-203.htm

67. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Aldine de Gruyter; 1967. 292 p.

68. Article R1121-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 28 août 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034696952/

69. Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 portant homologation de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004) - Légifrance [Internet]. [cité 28 août 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037187498

70. Progressiste. In: Le Robert [Internet]. [cité 29 août 2021]. Disponible sur: https://dictionnaire.lerobert.com/definition/progressiste

71. Réactionnaire. In: Encyclopaedia Universalis [Internet]. [cité 29 août 2021]. Disponible sur: https://www.universalis.fr/dictionnaire/reactionnaire/

72. Tarragon J. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale : étude qualitative réalisée dans les Hauts de France [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2018 [cité 17 août 2019]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/be5cbce5-e1fb-42a0-a8fd-577c54ef428d

73. 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. 21 févr 2017;4(2):141-52.

74. Hétéronormativité [Internet]. Office Québécois de la Langue Française. 2018 [cité 14 août 2021]. Disponible sur: http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26532472

75. Shankand R, Saïas T, Friboulet D. De la prévention à la promotion de la santé : intérêt de l'approche communautaire. Prat Psychol. 1 mars 2009;15(1):65-76.

76. Fauchois G. Communauté gaie : frontières imaginaires et effets concrets. Chimeres. 2015;N° 87(3):76-84.

77. Castro DR, Gall J-ML, Jablonski O. Améliorer la santé des personnes séropositives au VIH : SERONET, un nouvel outil de l'approche communautaire. Sante Publique (Bucur). 2009;Vol. 21(hs2):129-39.

78. Planète publique. La santé communautaire [Internet]. 2011 [cité 10 août 2021] p. 4. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf

79. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Psychol Bull. sept 2003;129(5):674-97.

80. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. J Health Soc Behav. mars 1995;36(1):38-56.

81. Calvès G. Qu'est-ce que la discrimination positive ? Observatoire des inégalités [Internet]. 2005 [cité 4 août 2021]; Disponible sur: https://www.inegalites.fr/Qu-est-ce-que-la-discrimination-positive

82. Lejoyeux M. Contenus de la relation médecin-malade : place des modèles psychologiques. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2011;195(7):1477-90.

83. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. The Lancet. 4 mars 2017;389(10072):941-50.

84. Ouafik M. LGBTQI+ des patient.e.s aux besoins spécifiques [Internet]. Fédération des maisons médicales. 2019 [cité 7 août 2021]. Disponible sur: https://www.maisonmedicale.org/-LGBTQI-des-patient-e-s-aux-besoins-specifiques-.html

85. Ferlatte O, Salway T, Samji H, Dove N, Gesink D, Gilbert M, et al. An Application of Syndemic Theory to Identify Drivers of the Syphilis Epidemic Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men. Sex Transm Dis. mars 2018;45(3):163-8.

86. Annuaires de professionnels de santé communautaires [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2020 [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/annuaires-professionnels-sante-communautaires

87. Donisi V, Amaddeo F, Zakrzewska K, Farinella F, Davis R, Gios L, et al. Training healthcare professionals in LGBTI cultural competencies: Exploratory findings from the Health4LGBTI pilot project. Patient Educ Couns [Internet]. 16 déc 2019 [cité 9 févr 2020]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399119305518

88. Minsitère des solidarités et de la santé, Assurance maladie. Appel à manifestation d'intérêt. Expérimentation nationale de centres de santé sexuelle communautaire (CSSC). [Internet]. 2018 [cité 10 août 2021] p. 18. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ami_centres_de_sante_sexuelle_communautaire_vf.pdf

ANNEXE 1 : GRILLE COREQ

N°	ITEM	QUESTION	DESCRIPTION
DOMAINE 1 : EQUIPE DE RECHERCHE ET RÉFLEXION			
	Caractéristiques personnelles		
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Arsène Grosse
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Doctorant en médecine
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Novice pour la recherche qualitative. Formation de médecin généraliste. DU de thérapeutique anti infectieuse
	Relations avec les participants		
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-il avant l'étude ?	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation rapide et neutre au début de l'entretien comme étant un « thésard ».
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Elles sont détaillées dans la partie matérielle et méthode et la discussion.
DOMAINE 2 :		**CONCEPTION DE L'ETUDE**	
	Cadre théorique		
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée.
	Sélection des participants		
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage raisonné.
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone et par mail.
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Huit
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Deux médecins, pour l'un car la durée de l'entretien était trop longue et absence de réponse malgré de multiples relances pour l'autre.
	Contexte		
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Cabinet médical des praticiens ou à leur domicile ou par visioconférence

15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non.
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Description dans le tableau
Recueil des données			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui. Guide testé sur une amie médecin généraliste du thésard.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Pas de répétition.
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, audio *via* un enregistreur sur téléphone.
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Non
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	36 minutes à 82 minutes. Moyenne de 61 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
DOMAINE 3 : ANALYSE ET RESULTATS			
Analyse des données			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non.
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données.
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Nvivo12©
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui.
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

« Bonjour, je m'appelle Arsène Grosse, je suis thésard en médecine générale. Je fais une étude qualitative sur l'exploration des attitudes des médecins généralistes face à différentes situations cliniques. Cet entretien est anonyme, j'ai besoin de votre accord oral et écrit pour participer à l'étude et pour enregistrer l'entretien. L'enregistrement sera retranscrit mot pour mot, anonymisé puis il sera effacé. »

Les questions précédées de tirets sont les questions principales. Les éléments en italiques ou de niveau inférieur sont les éventuelles questions de relance. Le guide d'entretien a été rédigé sur le mode du vouvoiement mais selon la situation le thésard a pu passer sur le mode du tutoiement afin de faciliter l'échange en le rendant plus naturel.

1) Faire connaissance avec le médecin interviewé : mise en confiance et exploration des pratiques professionnelles d'ordre général

Objectif : C'est le premier contact avec le médecin généraliste, cela permet de faire connaissance et créer une relation de confiance. Dans le même temps des informations sur la pratique professionnelle du médecin interviewé sont glanées.

- Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine générale ? *Quel âge avez-vous ?*
- Quel a été votre parcours professionnel ? *Avez-vous toujours été dans ce cabinet ? Activité libérale exclusive ? Formation initiale ? Formation ou pratique à l'étranger ?*
- Comment est organisé votre cabinet actuellement ? *Est-ce que vous pratiquez seul ? Avez-vous des étudiants en médecine (internes ou externes) ? Durée moyenne des consultations ?*
- Peut-être avez-vous acquis des compétences complémentaires ou peut-être avez-vous des thématiques d'intérêt ? Quelles sont-elles ? *Gynécologie ? Thérapie de soutien ? Médecine non allopathique ? En lien avec une formation dédiée ?*
- Que diriez-vous à l'un de vos proches qui se poserait la question de devenir médecin généraliste ? *Notamment sur l'épanouissement professionnel ? Sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle ?*

2) Aborder la place de la sexualité et de l'identité de genre dans la consultation de médecine générale : Evaluation des pratiques du praticien à travers deux cas cliniques simples

Objectif : La problématique LGB est abordée de façon progressive en évaluant la place de la santé sexuelle en médecine générale à travers différentes situations cliniques simples. Les réponses permettent de déterminer l'importance qu'accordent les praticiens à l'orientation sexuelle à travers différents thèmes de consultation de médecine générale.

- Je vais vous présenter une situation clinique simple : il s'agit d'une femme de 30 ans qui vous consulte pour la première fois car elle vient de changer de région et cherche un nouveau médecin généraliste, elle souhaite également réaliser un *check up*. Comment se déroule votre consultation ?

  - Il existe alors deux possibilités :

  - Seulement si l'orientation sexuelle est abordée spontanément : Comment abordez-vous l'orientation sexuelle de votre patiente ? *Pourquoi l'abordez-vous ?*

  - Ne pas relancer sur l'orientation sexuelle les praticiens ne l'ayant pas abordés spontanément pour leur faire garder une neutralité sur la vignette clinique suivante.

- Je vais maintenant vous présenter une autre situation clinique simple : un homme de 25 ans, sans antécédent particulier, que vous n'avez vu que quelques fois pour des motifs banaux du type rhinopharyngite ou gastro entérite aigue, vous consulte car il a eu un rapport sexuel non protégé le weekend dernier et est inquiet. Comment se déroule votre consultation ?

  - Comment vous sentez vous lorsqu'un patient vient vous voir pour un tel motif ?

  - A quelle fréquence pensez-vous avoir ce type de consultation ?

  - Il existe alors trois possibilités :

  - I) Si l'orientation sexuelle est abordée spontanément : pourquoi abordez-vous l'orientation sexuelle de votre patient ? *Comment l'abordez-vous ?*

- II) Pour les praticiens n'ayant pas abordé l'orientation sexuelle lors de la première vignette mais l'ayant abordé lors de la seconde : pourquoi avoir abordé cette fois-ci l'orientation sexuelle et non lors de la consultation précédente ? *Comment vous y prenez-vous pour aborder l'orientation sexuelle ?*
- III) Si l'orientation sexuelle n'est pas abordée sur aucune des deux vignettes : Comment abordez-vous la sexualité de vos patients ?
- Dans tous les cas : Selon vous, quelle place a la sexualité dans une consultation de médecine générale ? *Pourquoi ?*

3) Etablir un profil des valeurs du médecin généraliste : Evaluation de la posture du médecin généraliste face aux changements médico-sociaux.

Objectif : Déterminer un profil des valeurs du médecin généraliste, en analysant d'abord sa réaction face à l'évolution des pratiques médicales, qu'elles soient déjà bien ancrées ou, au contraire, encore en train de faire débat. Puis, des questions d'ordre plus sociologiques sont abordées en rapport avec le sujet LGB afin d'identifier les postures de chaque praticien. En cumulant ces données avec celles sociodémographiques déjà récoltées cela permet de vérifier la variation maximale de l'échantillon.

- Vous pratiquez la médecine depuis N[39] année, comment pensez-vous que la médecine générale a évolué de manière globale ? Comment cela a influé sur votre pratique ?
  - Comment vous représentez-vous l'IVG[40] ?
  - Que pensez-vous de l'élargissement d'accès au don du sang pour les personnes homosexuelles masculines ? *Pourquoi ?*
  - L'OMS a retiré l'an dernier de la classification internationale des maladies la transidentité comme étant un trouble mental, qu'en pensez-vous ?

[39] Reprendre l'information renseignée par la question sur la durée de pratique de la médecine générale abordée dans la première partie du questionnaire. S'il s'agit d'un « jeune » médecin généraliste, évoquer l'histoire de la médecine générale.
[40] Interruption Volontaire de Grossesse

- Que pensez-vous de la GPA[41] ?

- Ces dernières années il y a eu beaucoup de changements dans notre société, comment cela vous inspire-t-il ?
  - Quelle image avez-vous de la Gay Pride ?
  - Et du mariage pour tous ?
  - Que pensez-vous de la théorie du genre ? *Si le praticien ne sait pas ce dont il s'agit lui faire un rappel explicatif court et le débat médiatique occasionné. « La théorie explique que le genre est, en partie, une construction sociale, les médias en ont beaucoup parlé il y a 5-6 ans environ »*

- *A chacune des questions aborder le rapport à la spiritualité pouvant éventuellement influer sur l'opinion du praticien ou si possible poser la question suivante : comment dériveriez-vous votre rapport à la spiritualité ? En termes de croyance ?*

4) Aborder clairement le thème LGB : explorer les attitudes des médecins généralistes lorsqu'ils rencontrent un patient issu de la communauté LGB

Objectif : Evaluer si les praticiens pensent qu'il existe un intérêt d'adapter leur attitude face aux patients issus de la communauté LGB. Comment et pourquoi prennent-ils en compte les réalités sociétales qu'impliquent l'appartenance à la communauté LGB ?

- Est-ce que vous avez une idée du nombre de personnes ayant des rapports sexuels avec des personnes du même sexe ?

- Combien avez-vous l'impression d'avoir de patients identifiés comme homosexuel ou bisexuel dans votre patientelle ? *Et par rapport à vos collègues ? Qu'est-ce qui pourrait faire qu'il existe une différence ?*

- Si vous consultiez un confrère spécialiste, comment est-ce que vous vous sentiriez s'il vous posait la question de votre orientation sexuelle ? *Pourquoi ?*

- Comment vous imaginez-vous que le ou la patient.e se sente lorsqu'il.elle vous annonce être homosexuel.le ou bisexuel.le ? *Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?*

[41] Gestation Pour Autrui

- Et pour les adolescents, comment faites-vous pour abordez l'orientation sexuelle *? Avez-vous un ordre d'idée de l'âge moyen du coming-out ?*

- Il existe une liste de médecin identifié comme *gay friendly*, c'est au médecin lui-même de s'inscrire sur cette liste, comment est-ce que vous réagiriez si un de vos collègues s'inscrivait sur cette liste ? *Envisageriez-vous de vous inscrire sur cette liste ? Pourquoi ?*

5) Evaluation de la prise en charge médicale actuelle et future des patients LGB par le praticien : aborder les connaissances et la formation des médecins généralistes sur la santé LGB

Objectif : Déterminer le degré de connaissance du généraliste sur la santé LGB, son intérêt et son éventuel désir de formation. Comment prend-il en compte les réalités médicales liées à la santé LGB ?

- Comment prenez-vous en charge un patient homosexuel ou bisexuel ? *Pour les hommes ? Pour les femmes ?*
    - *Comment adaptez-vous votre pratique face un patient LGB ?*
        - *Sur le plan bio-médical ?*
        - *Sur le plan psychosocial ?*

    ➢ *Tout au long de cette séquence il faudra relancer sur les aspects bio-médicaux (IST, FCU, surpoids etc.) et sur les aspects psychosociaux (parentalité, santé psychique, addiction etc.) afin de tendre vers une certaine exhaustivité.*

- Comment identifiez-vous la place du médecin généraliste pour la prise en charge des patients homosexuels ou bisexuels ? Pour les hommes ? Pour les femmes ?

- Comment trouvez-vous la formation des médecins sur la question de la santé sexuelle ? *Et plus spécifiquement sur la santé des homosexuel.les et bixuel.les? Aimeriez-vous en savoir plus sur ces sujets ?*

- Comment considériez-vous la formation de spécialiste de santé gay, lesbienne et bisexuelle ?

- Que pensez-vous de la création de centres dédiés à la santé des populations homosexuelle et bisexuelle? *Selon vous, qu'est-ce que cela pourrait provoquer (en positif ou négatif) ?*
- Comment définissez-vous l'acronyme LGBT ? *Peut-être est-ce que vous connaissez des personnes de votre entourage étant LGBT ?*

Fin d'entretien : poser une dernière question sur la globalité de l'entretien afin de laisser émerger de nouvelles données et avoir un retour d'impression sur l'entretien pour estimer le degré d'intérêt de l'interviewé sur le sujet LGBT

- Est-ce qu'il y a d'autres questions auxquelles vous pensez ? *Est-ce qu'il y a des points sur lesquels vous voulez revenir ?*
- Qu'est-ce que vous inspire l'entretien que nous venons d'avoir ?

ANNEXE 3 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

université de BORDEAUX Département de médecine générale

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT :

(Fait en 2 exemplaires : un exemplaire est remis à la personne, l'autre est conservé par l'investigateur)

- Promoteur de la recherche : Département de médecine générale de l'université de Bordeaux
- Directeur de la recherche : Directeur de la recherche : Dr Emmanuel PROTHON, docteur en médecine générale, ancien chef de clinique à l'université des Bordeaux, [redacted]
- Thésard : M. Arsène Grosse, [redacted]

Engagement de l'étude : l'étude va consister en la réalisation d'entretien avec les médecins généralistes afin d'explorer les attitudes des praticiens face à différentes situations cliniques et théoriques.

Les informations recueillies lors de l'entretien sont enregistrées via un enregistrement vocal par le thésard M. Arsène GROSSE. **Ces données seront ensuite entièrement anonymisées rendant l'identification directe ou indirecte impossible.** Ces données serviront à répondre à la question de thèse de l'étudiant qui **explore les attitudes des médecins généralistes face à différentes situations cliniques et théoriques.**

Les données collectées ne seront pas communiquées, **le seul à avoir accès à l'enregistrement sera le thésard M. Arsène Grosse.**

Les données seront conservées jusqu'à retranscription et anonymisation puis **intégralement détruites.**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. **Vous pouvez retirer**

à tout moment votre consentement au traitement de vos données ; vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données ; enfin, vous pouvez exercer votre droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez consulter le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans le cadre de ce dispositif, vous pouvez contacter **le Pr Xavier Daverat, délégué à la protection des données** de l'université de Bordeaux (xavier.daverat@u-bordeaux.fr).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Le CPP a émis un avis favorable à la réalisation de cette étude.

Ainsi, j'ai reçu **oralement et par écrit** toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude, les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant entre les informations reçues et ce consentement avant de prendre ma décision. **Je peux demander la retranscription du guide d'entretien afin d'apporter éventuellement des corrections ou commentaires et je peux également demander à être informé des résultats globaux de l'étude, à l'issue de celle-ci.**

Je, soussigné M, Mme, Dr _____, déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer à cette étude.

Fait à :	Fait à :
Le :	Le :
Signature du praticien interviewé :	Signature du thésard :

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

RESUME

Introduction : Les patients LGB présentent des spécificités de santé impliquant une prise en charge adaptée. Ces dernières années plusieurs études montrent que les médecins généralistes n'apportent pas une réponse ajustée aux besoins de santé des minorités sexuelles. Il existe un manque de connaissances sur leurs particularités biomédicales mais surtout psycho-sociales. L'objectif principal de cette étude est d'explorer les différents types d'approches des médecins généralistes de Gironde pour prendre en charge la santé des minorités sexuelles. Les objectifs secondaires sont d'évaluer les enjeux de l'abord de l'OS en médecine générale et d'explorer les opinions des praticiens sur les outils mis en place pour la santé LGB (liste LGB-*friendly*, centre de santé communautaire et formation en santé LGB). **Matériel et méthode :** Etude qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés. Recueil fait auprès des médecins généralistes de Gironde. Echantillon réalisé en variation maximale. **Résultats :** Huit médecins généralistes ont été interrogés. La plupart des professionnels interviewés utilisent un mode d'approche universel, en adaptant parfois le contenu de leur consultation aux patients LGB. L'approche communautaire est rarement utilisée par crainte d'une dérive séparatiste. Les outils existant pour la santé LGB sont perçus par certains comme nécessaires pour répondre aux inégalités de santé des minorités sexuelles et par d'autres comme étant la source d'un clivage social. L'abord de l'OS en médecine générale représente une des premières difficultés à l'appréhension des besoins spécifiques des patients LGB. Les différents facteurs influençant son approche dépendent principalement des représentations personnelles et professionnelles des praticiens de santé. **Discussion :** Dans le but de mieux répondre aux spécificités de santé des minorités sexuelles, les médecins peuvent adopter une approche communautaire. Il faut intégrer le contexte psychosocial en tenant compte du stress minoritaire que vivent les patients LGB afin de leur octroyer une prise en charge plus adaptée.

Mots clés : Minorités sexuelles ; Soins primaires ; Santé communautaire ; Santé sexuelle ; Stress minoritaire

ABSTRACT

Title: Exploring the representations, opinions and attitudes of general practitioners regarding the health specificities of lesbian, gay and bisexual patients.

Introduction: LGB patients are displaying specific features regarding their health, which implies that their care must be adapted. These last years, several studies have demonstrated that general practitioners do not bring an appropriate answer to the specific needs of sexual minorities. There is a lack of understanding of their biomedical, and also psychosocial, characteristics. The main objective of this study is to investigate the different approaches of the general practitioners from Gironde to manage the health of sexual minorities. The secondary objectives are to evaluate the stakes of addressing sexual orientation in the general practice and to investigate general practitioners' perceptions on the tools regarding LGB health (LGB friendly lists, community health centers, and LGB health training). **Materials and methods:** Qualitative study by semi-directive individual interviews. Collection made from general practitioners from Gironde. Maximum variation sampling. **Results:** Eight general practitioners were interviewed. Most of them are using a universal approach, sometimes making some adjustments in their care to LGB patients. The community-based approach is seldom used by fear of a separatist drift. The existing tools for LGB health are seen by some as a necessary response to sexual minorities' health disparities, and by others as the origin of a social division. The approach of sexual orientation in general practice is one of the first impediments to comprehend the specific needs of LGB patients. The various factors affecting its approach depend mainly upon personal and professional representations from the part of primary care physicians. **Discussion:** To better understand the health specifics of sexual minorities, physicians can decide to adopt a community-based approach. It is important to take into account the psychosocial context LGB patients are living in, including the minority stress, in order to give them a comprehensive care.

Keywords: Sexual minorities; Primary care; Community health; Sexual health; Minority stress

Discipline : Médecine Générale
UFR des sciences médicales – Université de Bordeaux
146, rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX