



HAL
open science

Ressentis et attentes des personnes non hétérosexuelles dans l'abord de leur orientation sexuelle avec le médecin généraliste

Clémence Depont, Mélanie Marchand

► To cite this version:

Clémence Depont, Mélanie Marchand. Ressentis et attentes des personnes non hétérosexuelles dans l'abord de leur orientation sexuelle avec le médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03896001

HAL Id: dumas-03896001

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03896001>

Submitted on 13 Dec 2022

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2022

N°

T H E S E

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Clémence DEPONT

et

Mélanie MARCHAND

Présentée et soutenue publiquement le 6 Octobre 2022

**Ressentis et attentes des personnes non hétérosexuelles
dans l'abord de leur orientation sexuelle avec le médecin généraliste**

Président : Monsieur le Professeur David BOUTOILLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume GETZ

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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 les 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS COMMUNS

Au Professeur David BOUTOILLE,

Merci de nous faire l'honneur de présider le jury de thèse. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Au Docteur Guillaume GETZ,

Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse. Merci pour ta disponibilité, ta bienveillance et tes conseils tout au long de ce travail.

Au Professeur Marie GRALL-BRONNEC,

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail et d'avoir accepté de faire partie de notre jury.

Au Docteur Rosalie ROUSSEAU,

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail et d'avoir accepté de faire partie de notre jury.

Nous remercions les participant(e)s pour leur temps consacré et nos échanges très enrichissants.

Nous remercions également les associations d'avoir soutenu notre projet.

REMERCIEMENTS DE CLEMENCE

Merci à Mélanie, ma co-thésarde mais avant tout une véritable amie. Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans cette thèse et d'avoir passé de longues heures ensemble. Ce travail n'a fait que souder une belle amitié.

Merci à mes parents pour vos connaissances littéraires mais surtout pour votre soutien infaillible tout au long de mes études et pour tout ce que vous m'avez appris et apporté.

Merci à Salomé, Améné, ma petite sœur. Je suis fière de la personne que tu es. Tu es pleine d'ambition et je suis sûre que tu seras une médecin incroyable avec beaucoup de bienveillance.

Merci à Mamie et Manou d'être les mamies poules que vous êtes. Papi et Papou, j'aurais tellement aimé que vous voyiez ce travail.

Merci à toute ma famille et surtout à mes cousin(e)s d'avoir rendu mes étés plus palpitants de Bouges à Arrens.

A toute ma belle famille, merci pour votre soutien et de m'avoir si bien intégrée au sein de votre grande et belle famille.

Merci à Justine, ma meilleure amie depuis toutes ces années, pour ton soutien, ton écoute et tes précieux conseils.

Merci aux Kittens, mes amies du lycée et d'après, sans qui Ibiza, Tresques et le ski n'auraient pas eu la même saveur.

Merci à Manon de m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ma P1 et qui est devenue une véritable amie.

A Marion, qui, malgré la distance et les années, reste très chère à mes yeux.

Merci aux Nantais d'être devenus des amis géniaux. J'ai hâte de continuer à fêter de beaux événements avec vous.

Merci à mes différents maîtres de stage: Cécile, Marthe, Bertrand, Daniel, Dominique et Vincent qui m'ont beaucoup appris et transmis leur passion pour la médecine générale.

Et surtout, merci à toi Julien. Merci de m'épauler et de me rassurer au quotidien. Ces 10 dernières années étaient exceptionnelles et les prochaines le seront encore plus. Merci pour tout ton amour.

REMERCIEMENTS DE MELANIE

A Clémence, ma co-thésarde, merci de m'avoir proposé de travailler avec toi pour cette thèse. Ces longues heures de travail en visio ou à St Michel ont été beaucoup plus agréables grâce à toi. Plus qu'une co-thésarde, j'ai trouvé une amie, une soeur, mon double.

A mes parents, merci pour tout ce que vous faites pour nous, d'avoir toujours été là et de m'avoir toujours soutenue. C'est grâce à votre aide et votre soutien que j'ai pu faire ces années de médecine sereinement.

A mon frère, Mathieu, merci pour le grand frère que tu es, je suis fière d'être ta petite soeur. Merci pour ton soutien pendant mes heures de révisions malgré notre rythme un peu décalé! Merci à toi et Audrey de m'avoir choisie comme marraine pour Nohé, j'en suis la plus fière!

A mes grands-parents, merci pour les vacances et tous ces moments inoubliables passés avec vous.

A mes cousins et cousines, à mes oncles et tantes, merci pour tous ces souvenirs ensemble en famille et ceux encore à venir. Une attention particulière pour ma Loulou, je serais toujours là pour t'accompagner, je suis fière de toi.

A ma belle famille, merci de m'avoir si bien accueillie dans votre famille et pour les bons moments passés ensemble.

A Lolotte, Boubou et Jenny, merci d'être là depuis toutes ces années. Merci d'avoir toujours soutenu la petite jeune du groupe, merci pour toutes ces discussions, pour nos vacances et nos moments entourés de bébés à venir.

A Lina, merci pour toutes ces années d'externat et d'internat passées ensemble. Merci pour ces premiers voyages d'aventurières, ils font partie de mes meilleurs souvenirs.

Aux copains d'Angers, merci pour toutes ces années d'externat partagées avec vous et merci pour ce lien si précieux que l'on garde malgré la distance. A très vite pour vous montrer les bras de mes muscles!

A la team de Nantes, merci pour tous ces beaux moments passés depuis 3 ans. Vous êtes devenus de vrais amis.

Et enfin, à toi, Benjamin, merci de faire partie de ma vie et de me supporter au quotidien. Merci pour ces presque dix belles années ensemble. J'ai hâte de partir pour de nouveaux horizons et poursuivre nos projets ensemble. Je t'aime.

LISTE DES ABREVIATIONS

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic

CNIL: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP: Comité de Protection des Personnes

DILCRAH: Délégation Interministérielle à la Lutte Contre le Racisme, l'Antisémitisme et la Haine anti-LGBT

EDM: Episode Dépressif Majeur

FSF: Femme ayant des relations Sexuelles avec des Femmes

HAS: Haute Autorité de Santé

HCSP: Haut Conseil de la Santé Publique

HPV: Papillomavirus Humain

HSH: Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

IST: Infection Sexuellement Transmissible

LGBT+: Lesbienne, Gay, Bisexuel, Transsexuel et + pour toutes les autres formes d'expressions sexuelles

LGV : Lymphogranulomatose vénérienne

PCR: Polymerase Chain Reaction

PrEP: Prophylaxie Pré-Exposition au VIH

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

OS: Orientation Sexuelle

SIDA: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

UDI: Usagers de drogues injectables

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHA: Virus de l'hépatite A

VHB: Virus de l'hépatite B

VHC: Virus de l'hépatite C

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	9
I. Contexte.....	9
II. Spécificités de santé des personnes non hétérosexuelles	10
A. Infections sexuellement transmissibles (IST).....	10
1. Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).....	10
2. Papillomavirus humain (HPV)	11
3. IST bactériennes: Chlamydiae, Gonocoque et Syphilis	12
4. Hépatites virales	13
5. Bilan des prises en charge des IST chez les HSH et les FSF.....	13
B. Santé mentale.....	14
1. Violences et discriminations.....	14
2. Episodes dépressifs majeurs (EDM), tentatives de suicide et suicides.....	15
3. Troubles du comportement alimentaire.....	15
4. Exposition aux toxiques	16
III. Problématique.....	16
MÉTHODE.....	17
I. Type d'étude.....	17
II. Population.....	17
A. Echantillonnage.....	17
B. Mode de recrutement.....	17
III. Recueil des données.....	18
IV. Analyse des données	18
V. Aspects éthiques et réglementaires.....	18
RÉSULTATS.....	19
I. Caractéristiques des participants.....	19
II. Déroulement des entretiens.....	20
III. Thématiques.....	20
A. Vécu, ressenti des participants.....	20
1. Ressenti des participants sur leur prise en charge médicale.....	20
b. Vécu de la position gynécologique.....	21
c. Vécu de l'interrogatoire des pratiques sexuelles.....	22
d. Facteurs d'une bonne relation médecin/patient.....	22
2. Vécu des participants dans l'abord de leur orientation sexuelle avec le médecin généraliste	23
a. La sexualité ou l'orientation sexuelle sont-elles abordées en consultation?	23
b. Pour quels motifs les participants ont-ils abordé ou non leur orientation sexuelle ?	24
c. A priori des participants sur les réactions du médecin concernant l'homosexualité.....	25
3. Connaissances des participants sur les spécificités de santé liées à l'homosexualité.....	26
a. Connaissances sur les IST.....	26
b. Impact des campagnes de prévention.....	26
c. Connaissances des femmes sur le suivi gynécologique.....	27

d. Modes d'information.....	27
4. Connaissances des médecins sur les spécificités de santé liées à l'homosexualité.....	28
a. Informations sur les IST.....	28
b. Suivi gynécologique.....	29
5. Quels sont les freins à l'abord de l'orientation sexuelle ?.....	29
a. Le comportement du médecin.....	29
b. Le discours hétéronormé.....	30
c. Les discriminations sociétales.....	31
6. Conséquences psychologiques des discriminations.....	32
B. Attentes des participants.....	32
1. Critères de choix du médecin traitant.....	32
a. En fonction du sexe et de l'orientation sexuelle du médecin traitant.....	32
b. Selon les qualifications professionnelles du médecin.....	33
c. Les autres critères de choix.....	33
d. Par quels moyens choisir son médecin traitant ?.....	34
2. Attentes des participants à propos de l'abord de leur homosexualité avec leur médecin généraliste.....	34
a. Dans l'idéal, comment aborder l'orientation sexuelle en consultation ?.....	34
b. Importance de l'abord.....	35
3. Attentes des participants sur la relation médecin-patient.....	36
a. La prise en charge de l'adolescent.....	36
b. Rôles attendus du médecin généraliste.....	36
DISCUSSION.....	38
I. Synthèse des résultats	38
II. Forces et limites.....	39
1. Forces de l'étude.....	39
Méthodologie.....	39
2. Limites de l'étude.....	39
Biais de recrutement.....	39
III. Confrontation aux données de la littérature.....	40
A. La divulgation de l'OS au médecin généraliste.....	40
B. La période de l'adolescence : un moment décisif.....	41
C. L'hétéronormativité, un frein à la prise en charge	41
IV. Perspectives.....	43
A. Sensibiliser et former les médecins aux spécificités de santé des personnes non hétérosexuelles....	43
B. Ouvrir la discussion sur l'identité de genre, la transsexualité.....	44
C. Evolution dans nos pratiques.....	44
CONCLUSION.....	45
BIBLIOGRAPHIE.....	46
ANNEXES.....	50

INTRODUCTION

I. Contexte

Le médecin généraliste est le premier contact habituel avec le système de soins. En plus de prendre en charge tous les problèmes de santé, il a un rôle important d'écoute et de prévention. Ces devoirs sont rappelés dans le serment d'Hippocrate: "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."

La santé sexuelle a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme "un état de bien être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. [...] Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés". La santé sexuelle, dont l'orientation sexuelle (OS), fait partie intégrante de la santé globale de la population et doit donc être intégrée dans la prise en charge médicale des patients par le médecin (1).

Malgré l'augmentation progressive de l'acceptation sociale de l'homosexualité et des différentes expressions de l'identité de genre, les minorités sexuelles restent stigmatisées. Ces minorités sont regroupées sous le sigle LGBT (lesbienne, gay, bisexuel.le, transsexuel.le) auquel on ajoute un + (LGBT+) pour prendre en compte toutes les expressions possibles de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle. L'homophobie est un des freins à la prise en charge des minorités sexuelles alors qu'elles sont pourtant exposées à des questions de santé spécifiques. Cela peut générer des troubles psychiques et des difficultés à s'inscrire dans une démarche de soins préventifs. Les disparités de santé sont nombreuses entre les personnes non hétérosexuelles et hétérosexuelles (2).

II. Spécificités de santé des personnes non hétérosexuelles

A. Infections sexuellement transmissibles (IST)

1. Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)

Malgré des campagnes de prévention et de dépistage importantes, l'épidémie de VIH est toujours active en France. Elle concerne de manière disproportionnée certains groupes de la population: les Hommes ayant des relations Sexuelles avec les Hommes (HSH), les personnes hétérosexuelles nées en Afrique sub-saharienne et les usagers de drogues injectables (UDI) (3).

En 2017, pour lutter contre ces disparités, la Haute Autorité de Santé (HAS) (4) a actualisé ses recommandations en renforçant la fréquence du dépistage dans les populations les plus à risque :

- tous les 3 mois chez les HSH ;
- tous les ans chez les UDI ;
- tous les ans chez les personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection à VIH, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

Dans la population générale, le dépistage est recommandé au moins une fois dans la vie à partir de 15 ans et si changement récent de partenaire ou de multi-partenariat, diagnostic d'une autre infection sexuellement transmissible (IST), grossesse ou prescription d'une contraception ou IVG, incarcération, viol.

Malgré le taux de positivité élevé chez les HSH, la prévention est plus efficace dans cette population puisque la découverte de la séropositivité est faite à un stade plus précoce que chez les hétérosexuels. Les campagnes de prévention et le dépistage renforcé ciblant majoritairement les HSH en sont les principales raisons. Beaucoup pensent cependant ne pas être à risque de contracter le VIH, il est donc indispensable de poursuivre la sensibilisation et la prévention.(5).

Depuis 2016, en plus du dépistage, la prophylaxie pré-exposition (PrEP) offre une protection très efficace contre le VIH. Ce traitement repose sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux chez une personne non infectée par le VIH et exposée à des situations à risques (HSH, travailleurs du sexe, originaires d'un pays à forte prévalence, UDI et situations individuelles de forte exposition au VIH). Il garantit un dépistage régulier du VIH et des autres IST tous les trois mois. L'accès à la PrEP a été nettement facilité depuis le 1er juin 2021. La primo-prescription, jusqu'à présent

réservée aux spécialistes, a été autorisée aux médecins généralistes pour faciliter sa délivrance durant la crise sanitaire liée à la COVID-19 (6).

2. Papillomavirus humain (HPV)

L'infection à HPV est l'IST la plus fréquente dans la population générale. On estime qu'environ 8 femmes sur 10 seront exposées au cours de leur vie à ce virus et dans la majorité des cas au début de leur vie sexuelle. L'HPV est responsable du cancer du col de l'utérus, de condylomes, de cancers de l'anus et ORL.

Depuis 2007, la vaccination contre l'infection à HPV est disponible. Réservée initialement aux jeunes femmes de 11 à 19 ans, elle a vu ses recommandations évoluer. En 2014, les patients immunodéprimés sont inclus dans cette stratégie vaccinale. Suite à une étude réalisée aux Etats-unis (8) retrouvant une prévalence de l'infection anale par HPV plus élevée chez les HSH (64%), en particulier ceux infectés par le VIH (93%), que chez les hommes hétérosexuels (24,8%), le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a étendu la vaccination en 2017 aux HSH jusqu'à l'âge de 26 ans inclus (9). La vaccination pourrait prévenir 90% des cancers anaux (10).

Depuis janvier 2021, la vaccination est ouverte à tous les garçons âgés de 11 à 19 ans inclus.

Cette vaccination indifférenciée des deux sexes permettra entre autres d'augmenter la couverture vaccinale des HSH. Des occasions de vaccinations ont, selon certains médecins, été manquées en l'absence de connaissance de l'orientation sexuelle (11).

Chez les Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Femmes (FSF), la prévention et le dépistage des infections à HPV sont insuffisants. Depuis la fin des années 90, il est admis que la transmission d'HPV entre femmes est possible. Une étude française de 2020 (12) montre que les FSF exclusives sont significativement moins bien informées à propos des modalités du dépistage du cancer du col et moins rigoureuses dans leur dépistage personnel (28,9% des FSF exclusives ayant entre 25 et 65 ans n'ont jamais fait de frottis cervico-utérin (FCU) dans leur vie, contre 9% des FSF mixtes et 3,1% des non FSF).

Cette différence de suivi s'explique d'une part par la mauvaise pratique des médecins (7% des médecins ne réalisent pas de FCU aux FSF (13)) et d'autre part par le geste du FCU et la position gynécologique pouvant être vécus comme invasifs et douloureux (14).

3. IST bactériennes: Chlamydiae, Gonocoque et Syphilis

Le dépistage des IST bactériennes est un enjeu majeur du fait de leur contagiosité, de leur rôle facilitateur dans la transmission du VIH et des complications qui leurs sont attribuables (grossesse extra utérine, stérilité, complications systémiques...).

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est une des IST les plus répandues chez les femmes, notamment chez la femme jeune. L'infection est asymptomatique dans 60 à 70 % des cas avec un retentissement plus sévère chez les femmes (atteinte inflammatoire pelvienne, salpingite, grossesse extra utérine, stérilité) (15). Chlamydiae est également responsable de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) pouvant évoluer vers des ano-rectites voire un rétrécissement du rectum et fistules périnéales (16).

L'infection à *Neisseria gonorrhoeae* atteint principalement l'urètre, le col utérin, le vagin, la région ano-rectale, l'oropharynx et les conjonctives (17).

En 2018, la HAS met à jour la stratégie de dépistage des infections à Chlamydiae, combinée à celle du gonocoque (18). Il est actuellement recommandé pour toutes les femmes de 15 à 25 ans en dépistage opportuniste systématique, en cas de facteurs de risque (multi-partenariat, changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST, travailleurs du sexe, après un viol) et pour les HSH tous les 3 mois sur trois sites de prélèvements (pharyngé, urinaire, anal).

Ces nouvelles recommandations ont un impact sur la campagne de dépistage et sur le nombre de diagnostics. Le taux de dépistage et le nombre d'infections à Chlamydiae ont augmenté entre 2017 et 2019 (respectivement de 20% et 29%) (19) (20). Le nombre de cas de LGV augmente fortement depuis 2010. 98% des cas sont diagnostiqués chez des HSH avec une co-infection au VIH dans 54% des cas (20).

Le constat est similaire pour l'infection à Gonocoque avec une augmentation de l'infection particulièrement marquée chez les HSH (+58%). La co-infection par le VIH concerne 15,5% des HSH contre 2,8% des hétérosexuels (20).

L'infection à *Treponema pallidum*, couramment appelée syphilis, est une IST systémique pouvant avoir des complications neurologiques, oculaires ou cardiovasculaires dans les formes les plus graves. En 2019, les hommes représentent 92% des cas déclarés dont 80% sont des HSH. Comme

pour les autres IST, la co-infection par le VIH est plus élevée et plus fréquente chez les HSH que chez les hétérosexuels (19). En 2017, la HAS met à jour ses recommandations et préconise le dépistage annuel pour les populations à risque dont les HSH (21).

Les derniers rapports sur l'année 2020 montrent une diminution de l'activité de dépistage des maladies sexuellement transmissibles due à la crise sanitaire de la Covid-19.

4. Hépatites virales

L'hépatite A est une infection à transmission interhumaine dont l'un des modes de contamination est la voie oro-fécale et peut être transmise lors de certaines pratiques sexuelles non protégées, en particulier chez les HSH. Depuis 2017, en Europe, il existe un rebond de l'épidémie d'hépatite A qui concerne à 80% des HSH. La vaccination est donc recommandée en France dans cette population (22).

Concernant l'hépatite B, dont la contamination est de 30 à 50% par voie sexuelle, la vaccination est recommandée pour les personnes exposées à un risque élevé de transmission sexuelle dont les HSH (22).

Le virus de l'hépatite C (VHC), se transmet en partie par des pratiques sexuelles entraînant une exposition au sang. On estime entre 16 et 19% la séroprévalence de l'infection par le VHC chez les patients infectés par le VIH (dont 60% d'UDI et 15% d'HSH) (23). En 2019, une étude canadienne montre qu'il existe un moindre risque d'infection au VHC chez les patients sous PrEP (24).

5. Bilan des prises en charge des IST chez les HSH et les FSF

Compte tenu du risque plus élevé de développer des IST chez les HSH, il existe des recommandations spécifiques de dépistage et vaccination:

- Sérologie VIH et PCR Chlamydiae et Gonocoque en trois sites tous les trois mois
- Sérologie Syphilis tous les ans
- Sérologies VHA et VHB systématiques et vaccinations si sérologies négatives
- Sérologie VHC tous les 6-12 mois
- Vaccination contre HPV jusqu'à 26 ans inclus

Concernant les FSF, il n'existe pas de recommandation particulière pour leur suivi médical. Bien que fortement concernées par les IST, elles sont très peu prises en compte dans les stratégies de prévention. Les messages de prévention sur l'homosexualité concernent dans la majorité des cas l'homosexualité masculine, considérant que le risque de transmission du VIH est extrêmement faible entre deux femmes (et par extension les autres IST). L'existence de peu d'études à ce sujet confirme l'invisibilisation des FSF dans la société. L'enquête sur la sexualité en France de Nathalie Bajos en 2008 dévoile que 12% des FSF ont contracté une IST dans les cinq dernières années contre 3% des hétérosexuelles (25). À ce manque d'information et de sensibilisation s'ajoute la méconnaissance de la santé lesbienne des professionnels de santé, notamment concernant le dépistage HPV.

B. Santé mentale

1. Violences et discriminations

Les études à l'étranger sur la santé mentale des LGBT+ sont nombreuses. Trop peu d'études françaises rendent compte de l'homophobie et de la transphobie et de leurs conséquences sur la santé mentale. Pour la première fois, en mai 2021, Santé Publique France publie un bulletin épidémiologique hebdomadaire sur la santé mentale des personnes lesbiennes, bissexuelles et gays (LGB) qui s'appuie sur des enquêtes françaises récentes (26). Malgré des avancées sensibles depuis le début des années 1980 dans la reconnaissance des droits des minorités sexuelles et de genre, les attitudes stigmatisantes et parfois violentes à leur rencontre persistent. En 2019, la Délégation Interministérielle à la Lutte Contre le Racisme, l'Antisémitisme et la Haine anti-LGBT (DILCRAH) déclare que 55% des personnes LGBT+ subissent des actes anti-LGBT+ au cours de leur vie. Parmi elles, seulement 20% portent plainte. Ces actes ont lieu principalement dans les lieux publics puis dans les lieux de travail, d'étude et dans la sphère familiale (27). Une étude issue de l'enquête "Rapport au sexe" (28) rapporte une augmentation des violences familiales subies par les HSH lors du premier confinement lié à l'épidémie de la Covid-19 en 2020. Ce phénomène est d'autant plus marqué chez les jeunes, la moitié des moins de 20 ans sont victimes de violences familiales. Les facteurs de risque de violences sur les HSH sont communs entre ces dernières études: le jeune âge, l'absence d'études supérieures et la précarité de l'emploi (étudiant ou sans emploi).

Dans une étude de 2013, 52% des participantes FSF déclarent avoir été victimes d'agression sexuelle contre 19% des participantes non FSF (29). En 2015, SOS homophobie publie le rapport «Enquête nationale sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie» (30) et les résultats sont marquants. Près de 60% des répondantes déclarent avoir vécu au moins un acte lesbophobe au cours des deux dernières années et 13% d'entre elles y sont confrontées régulièrement.

Ces violences physiques et psychologiques, en particulier dans l'espace public, participent à l'invisibilisation des FSF. Plus de la moitié des femmes interrogées font attention à l'endroit où elles se trouvent avant de se tenir la main ou d'embrasser leur partenaire par peur des réactions lesbophobes.

On rencontre aussi ces discriminations dans le milieu médical. Plus d'un patient sur huit de l'étude EGaLe-MG (31) a arrêté de voir son médecin généraliste du fait d'une discorde ou d'une gêne liée à l'homosexualité. Un répondant sur dix a déjà interprété un refus de soin (refus d'examiner ou de prescrire des examens de dépistage) comme étant lié à son orientation sexuelle.

Ces violences et discriminations ont des conséquences majeures sur la santé mentale de la population LGBT+.

2. Episodes dépressifs majeurs (EDM), tentatives de suicide et suicides

Selon le Baromètre de Santé publique France en 2017 (26), les personnes LGB sont davantage concernées par les troubles de santé mentale : le risque d'EDM est multiplié par plus de deux et le risque de tentative de suicide par quatre par rapport aux personnes hétérosexuelles. 25% de ces EDM sont expliqués par les violences homophobes. Les lesbiennes sont les plus à risque de développer ces troubles.

3. Troubles du comportement alimentaire

Les femmes bisexuelles et lesbiennes sont en moyenne deux fois plus à risque de présenter des troubles du comportement alimentaire que les femmes hétérosexuelles. Ce risque est d'autant plus marqué chez les femmes bisexuelles (32).

4. Exposition aux toxiques

L'exposition aux toxiques (tabac, alcool, drogues...) est globalement plus fréquente dans la population LGBT+ que chez les hétérosexuels. Aux Etats-Unis, dans une étude de 2019 (33), la probabilité de consommation d'alcool ou d'autres drogues des femmes de 13 à 20 ans est 400% plus élevée chez les femmes LGBT+ que chez les femmes hétérosexuelles. En 2013, on estime que les lesbiennes, gays et bisexuels adultes fument jusqu'à 2,5 fois plus que les hétérosexuels (34). Le chemsex, pratique associant des relations sexuelles, souvent en groupe, avec la consommation de drogues, émerge ces dix dernières années en France, principalement dans la population HSH. Cette pratique entraîne un risque accru de transmission d'IST et de développer des addictions (35).

III. Problématique

Ces spécificités de santé montrent l'importance pour le médecin généraliste de connaître l'orientation sexuelle du patient afin de proposer des soins et une prise en charge adaptés. Pourtant, nous nous sommes aperçues, de part nos expériences professionnelles, que la question de l'OS était très peu abordée avec les patients. Cette méconnaissance peut être responsable d'erreurs médicales diagnostiques ou thérapeutiques (par exemple: doser des β HCG devant des douleurs abdominales d'une femme lesbienne ou ne pas proposer les dépistages adaptés aux patients ayant des relations homosexuelles).

Nos expériences sont confirmées par plusieurs thèses récentes. L'une d'elle, réalisée dans les Hauts de France en 2018 (36), montre que pour la majorité des médecins interrogés il est important d'aborder l'OS des patients. Pourtant plus de la moitié d'entre eux ne pose pas la question. Les principaux freins rapportés par les médecins généralistes sont le manque de temps, la peur de s'immiscer dans la vie privée du patient, la peur du jugement des patients ou d'être perçu comme intrusif et irrespectueux. Ils rapportent également des difficultés à aborder le sujet et une peur de ne pas savoir répondre aux attentes du patient. L'étude EGaLe-MG (31) en 2016 retrouve que 46% des FSF et 38% des HSH n'ont jamais parlé de leur OS avec un médecin. Lorsqu'elle est connue du médecin généraliste, les spécificités de santé et les risques que peuvent entraîner cette OS ne sont abordés que dans 13% des cas chez les FSF et 54% des HSH.

Devant ces constatations nous avons décidé de recueillir le témoignage des personnes non hétérosexuelles. L'objectif principal de notre travail était de décrire le ressenti et les attentes des personnes non hétérosexuelles sur la manière d'aborder leur orientation sexuelle avec le médecin généraliste. L'objectif secondaire a été de proposer des outils aux médecins généralistes pour améliorer la relation et la prise en charge des patients non hétérosexuels.

MÉTHODE

I. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative avec une approche inspirée de la phénoménologie interprétative (37) afin de recueillir le vécu des personnes non hétérosexuelles.

II. Population

A. Echantillonnage

L'échantillonnage de la population non hétérosexuelle était ciblé et homogène. Il était diversifié concernant les caractéristiques d'âge, de genre et de lieu d'habitation.

Les critères d'inclusion étaient être majeur et se considérer comme non hétérosexuel. Les critères d'exclusion étaient l'absence de consentement à la participation à l'étude ou à l'enregistrement audio des entretiens.

B. Mode de recrutement

Le recrutement des patients a été réalisé dans un premier temps avec la participation de l'association Nosig, centre LGBT+ de Nantes. Des affiches (Annexe 1), invitant les volontaires à nous contacter par mail, ont été disposées à l'accueil de l'association. Nous avons proposé la même approche à l'association Queer'Amann de Saint-Nazaire qui a relayé notre documentation via leurs réseaux sociaux. En raison d'un faible nombre de participants via ces associations, nous avons publié un message sur le groupe Facebook "Les Dandys" (groupe LGBT+ n°1 sur Facebook). Le reste du recrutement a été réalisé par effet boule de neige ou par le bouche à oreille.

III. Recueil des données

Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien évolutif (Annexe 2). L'entretien individuel semblait plus adapté pour aborder les problématiques liées à la sexualité. Les entretiens semi-dirigés ont permis aux participants de répondre avec plus de spontanéité et de liberté.

Les deux investigatrices ont participé ensemble à la majorité des entretiens individuels. Deux entretiens ont été réalisés par une investigatrice en raison de l'indisponibilité de la seconde.

Le premier entretien a été réalisé en présentiel. La distance physique liée au recrutement par les réseaux sociaux nous a contraint à effectuer les autres entretiens en visioconférence via les applications Zoom ou Whatsapp.

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone puis retranscrits intégralement par l'une ou l'autre des investigatrices.

En l'absence de nouveaux participants le recrutement a été arrêté. En finalisant l'analyse nous avons considéré que la suffisance de données avait été atteinte.

IV. Analyse des données

L'analyse des données a débuté au cours de la période de réalisation des entretiens. Les deux investigatrices ont réalisé un codage indépendant pour chaque verbatim. Ces codages ont ensuite été mis en commun pour en dégager des thèmes et sous-thèmes (Annexe 3). Le double codage a été réalisé dans le but d'une triangulation des données.

V. Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement oral de chaque participant a été recueilli au début de l'entretien ainsi qu'un consentement écrit échangé par mail. Le caractère anonyme des discussions a été rappelé au début des entretiens.

Les enregistrements audio des entretiens ont tous été supprimés après les retranscriptions. Dans les Verbatims, les prénoms des participants ont été remplacé par un code (lettre P suivi du numéro de rang de réalisation des entretiens), les prénoms des enquêtrices ont été remplacés par leurs initiales et les noms propres (nom de médecins, de participants, d'amis de participants...) ont été supprimés. Notre étude s'est référée à la méthodologie de référence MR 004 à laquelle est engagée l'Université de Nantes. La déclaration auprès de la CNIL n'a donc pas été nécessaire.

Notre recherche qualitative par entretiens semi-dirigés, n’entrant pas dans le champ d’action de la loi Jardé, n’a pas requis l’avis du CPP.

RÉSULTATS

I. Caractéristiques des participants

12 personnes non hétérosexuelles ont participé à notre étude.

6 participants hommes se définissent comme gays, 2 sont en couple. P12 se définit gay et est en couple avec une femme. 5 participantes femmes se définissent lesbiennes, 3 sont en couple. P5, de sexe féminin, se définit non binaire et est en couple avec une femme.

Participants	Genre	Âge (ans)	Catégorie socio-professionnelle	Lieu de résidence	Situation conjugale	Sexe MT	Age MT (ans)
P1	Homme	32	Cadre	Nantes	célibataire	F	40
P2	Femme	25	Soigneuse animalière	Lille	célibataire	F	40
P3	Homme	58	Cadre	Paris	célibataire	F	40
P4	Homme	65	Interprète	Paris	pacsé avec un homme	H	50
P5	Non binaire	36	Ingénieure	Saint Nazaire	en couple avec une femme	H	50
P6	Femme	28	Architecte	Bordeaux	en couple avec une femme	H	60
P7	Femme	31	Infirmière	La Flèche	mariée avec une femme	H	40
P8	Homme	26	Travaille dans la communication	Paris	célibataire	pas de médecin actuellement	

P9	Homme	34	Sans emploi	Région parisienne	célibataire	H	55
P10	Femme	29	Cadre dans le médico-social	Bordeaux	en couple avec une femme	H	40
P11	Femme	27	Etudiante en orthophonie	Région parisienne	célibataire	F	27
P12	Homme	65	Médecin généraliste retraité	Nantes	marié avec une femme	H	40

Légende:

MT: médecin traitant; H: homme; F: femme

II. Déroulement des entretiens

Nous avons réalisé 12 entretiens. Le premier entretien a été réalisé en juillet 2021. Après plusieurs mois sans réponse de volontaires, les 11 autres entretiens ont été réalisés de janvier à mai 2022. Nous avons laissé le choix du tutoiement ou vouvoiement aux participants. La durée moyenne des entretiens a été de 39 minutes (de 30 à 58 minutes).

III. Thématiques

A. Vécu, ressenti des participants

1. Ressenti des participants sur leur prise en charge médicale

a. Vécu de la relation avec le corps médical concernant l'homosexualité

5 participants n'ont rapporté aucune mauvaise expérience avec le corps médical en lien avec leur homosexualité.

4 participants, au contraire, ont déjà subi des remarques sur leurs pratiques ou des comportements non verbaux ressentis comme jugeants de la part de professionnels de santé. Ces comportements ont pu avoir des conséquences négatives sur la prise en charge médicale.

“J’ai aussi connu la situation d’aller aux urgences pour prendre un traitement post exposition et on m’a renvoyé chez moi en me disant que j’avais qu’à me protéger et que non il n’y avait pas de traitement post exposition, que ça n’existait pas. [...] Plus la condescendance et la moralisation, mais au-delà de ça, c’est grave.” (P1)

“ “Ah oui donc vous vous couchez avec des gens que vous ne connaissez pas”. D’un air très hautain et j’avoue que ça m’a un peu surpris du corps médical.” (P8)

“C’est souvent à la pharmacie, quand je donne l’ordonnance de PrEP c’est là où, on a un rappel avec les années 80 et le SIDA. [...] C’est là, où, je sens effectivement un double regard, voilà.” (P9)

1 participant a relaté avoir déjà vécu un comportement inadapté d’un médecin gay en consultation. *“J’ai eu un médecin gay, enfin je savais pas qu’il était gay mais il me l’a dit, il a dit “ah j’aimerais trop qu’on sorte dans un bar ensemble, que tu me fasses découvrir” ”. (P1)*

Le suivi par les médecins scolaires ou de la faculté a été bénéfique pour 3 participants. Ils relatent des moments d’écoute et de prévention de la part des médecins, importants à ce moment de leurs vies, au début de leur coming-out.

“Plus avec le médecin et l’infirmière du lycée, au moment où je venais de l’apprendre. C’était pas forcément facile pour moi à gérer, j’avais des périodes de déprime au début. Je me rappelle que oui je lui en avais parlé, j’allais régulièrement parler de ça. Ils étaient vraiment à l’écoute.” (P2)

“Elle avait vraiment amené les choses de manière très sensible et très humaine. Je pense qu’à ce moment elle m’a aussi donné des infos sur les IST, que les femmes ayant des rapports homosexuels pouvaient attraper. [...] C’est bien d’amener les choses avec finesse et avec psychologie ça m’a permis déjà d’avoir de l’info et de me sentir plus à l’aise aussi.” (P10)

b. Vécu de la position gynécologique

1 participante a raconté avoir mal vécu l’examen gynécologique en position gynécologique classique.

“J’ai fait un frottis c’était l’année dernière et bah c’était nul. [...] Enfin c’est vraiment le cliché du truc gynéco, on te met sur la table, les jambes comme ça, à attendre, à ne pas savoir, aïe j’ai mal, c’est quoi la.” (P5)

Pour 2 participantes, la position gynécologique n'est pas vécue comme traumatisante mais l'une d'elle préfère cependant être examinée en position non conventionnelle.

“Alors c'est vrai que le fait d'avoir testé d'être sur un canap' avec un miroir, euh, un coussin sous le dos, c'est vrai que ça met plus en confiance euh, avec son propre corps aussi. [...] Euh, mais après en étant retourné sur une table gynéco comme il se doit, bon au final j'étais pas plus gênée que ça.” (P10)

Le discours inquiétant du médecin sur la réalisation difficile d'un examen gynécologique chez une FSF ou l'absence d'explication du geste ont été responsables d'une anxiété anticipatrice de cet examen chez 2 participantes.

“ Il m'a dit “je peux pas vous faire de frottis ni quoique ce soit le temps que vous n'avez pas de relations avec un homme” et je lui ai dit “de toute façon ça n'arrivera pas”. Il me fait “du coup il faudra attendre à peu près 26 ans et à la rigueur là faudra en faire mais du coup ça sera compliqué”. En gros ça va me faire beaucoup plus mal qu'une femme qui a déjà eu des relations avec un homme. Du coup j'appréhende” (P2)

c. Vécu de l'interrogatoire des pratiques sexuelles

Lors d'une consultation pour demande de traitement post exposition VIH, un participant a rapporté avoir vécu l'interrogatoire sur les pratiques sexuelles pour évaluer le risque comme gênant et humiliant, entraînant un comportement défensif.

“C'était “alors qu'est ce que vous avez fait exactement, dans quel sens”, faut évaluer les risques, je comprends, mais du coup t'es obligé de raconter tout ton rapport, qui faisait quoi, qui était où et je trouvais que c'était quand même d'une violence assez forte. Et du coup, la deuxième fois, je savais qu'il fallait que je reraconte tout et du coup j'étais un peu défensif, je trouvais que c'était gênant et humiliant de devoir raconter le menu pour avoir le droit à.” (P1)

d. Facteurs d'une bonne relation médecin/patient

5 participants ont rappelé tout au long des entretiens l'importance de l'écoute du médecin et de montrer que la discussion est possible et ouverte.

“Elle est vraiment très très à l'écoute. Elle prend le temps pour chaque patient de discuter.” (P2)

“Il prend le temps de parler avec les patients, voilà, c'est assez agréable.” (P6)

“Ça c’était vachement bien passé, elle était vachement à l’écoute et pas du tout jugeante, enfin trop bien.” (P11)

1 participant a reçu un discours préventif maternaliste de la part de l’une de ses médecins traitants, vécu comme positif.

“Elle m’avait quand même fait la morale sur ma sexualité. Enfin c’était la morale maternelle. Elle disait faut faire attention. En plus dans ce milieu là il y a beaucoup de maladies. [...] Je l’ai vraiment pris comme si c’était ma mère qui me disait, bon la faut que t’arrêtes de déconner, à un moment faut faire attention.” (P8)

2. Vécu des participants dans l’abord de leur orientation sexuelle avec le médecin généraliste

a. La sexualité ou l’orientation sexuelle sont-elles abordées en consultation?

6 participants ont déjà abordé leur orientation sexuelle ou parlé de sexualité avec leur médecin généraliste actuel sans gêne.

“J’ai aucun problème avec ça et au contraire si ça pose problème en face c’est tant pis pour eux.” (P5)

“Non j’ai pas de gêne. [...] Au pire il me juge je m’en fou.” (P8).

5 participants ont eu des médecins généralistes avec lesquels ils n’ont jamais parlé de sexualité. Pour 4 d’entre eux, les médecins concernés étaient leur médecin de famille jusqu’au début de l’âge adulte.

“A aucun moment on a vraiment abordé ce sujet, même de la contraception ou ce genre de chose.” (P7).

“Tout ce qui va être mes aventures ou ainsi de suite, ou les substances qui pourraient être consommées dans ce monde là, je n’en parle pas avec lui.” (P9)

“Il était gentil ce monsieur y’a pas de problème mais je lui ai jamais parlé de ma vie, ou de relations, ou d’acné ou de rien du tout en fait.” (P11).

Plus de la moitié des participants (7) ont annoncé eux-mêmes leur orientation sexuelle.

b. Pour quels motifs les participants ont-ils abordé ou non leur orientation sexuelle ?

P4 et P7 l'ont abordé d'emblée pour ne pas créer de gêne par la suite.

2 participantes l'ont annoncé pour justifier l'absence de contraception.

“Y'a toujours ce moment où le gars il vous demande si vous prenez la pilule et vous dites non et euh, bah euh, [...] je crois que lui il avait pas spécialement réagi. Du coup je m'étais sentie obligée de me justifier. C'était un peu bizarre.” (P5).

Pour être sûrs d'avoir une prise en charge médicale adaptée notamment sur les dépistages des IST, 3 participants l'ont eux-mêmes abordé.

“Je préfère dire que je suis passif parce qu'il faut les bonnes analyses, il faut pas que ce qui touche au pénis, il faut aussi la bouche. Donc je préfère y aller franco. J'ai pas honte à être gay.” (P8).

“Je pense que pour la proctologie c'est quand même nécessaire de dire qu'on est homo, ça ne me dérange pas.” (P4).

3 participants n'ont pas annoncé leur orientation sexuelle avec le médecin quand ils étaient plus jeunes car ils n'étaient pas à l'aise eux-mêmes avec leur homosexualité.

“J'ai fait un coming-out tardif, je ne voulais vraiment pas que ça se sache.” (P9).

P6 ne l'avait pas encore abordé car son coming-out était récent.

P3 ne ressentait pas le besoin de l'aborder lorsqu'il était dans une relation de couple homosexuel stable. *“J'étais dans une vie de couple avec un garçon, une relation stable et donc je ne ressentais pas de besoin de voir un médecin sensibilisé au sujet gay.”*

A cause du comportement du médecin, 2 participants n'ont pas abordé leur orientation sexuelle avec tous les médecins généralistes.

“Il était ultra gêné. [...] Je me suis dit oulala lui on va pas parler, on va pas pouvoir évoquer beaucoup de choses quoi.” (P1)

Plus jeune, P1 préférait consulter en centre CeGIDD pour les demandes de dépistages IST et autres sujets relatifs à la sexualité pour maintenir l'anonymat auprès de son médecin généraliste.

"Ça permet d'éviter l'abord de la question avec le médecin généraliste quand même d'aller dans ces centres. En plus c'est anonyme, ils transmettent pas." (P1)

c. A priori des participants sur les réactions du médecin concernant l'homosexualité

3 participants ont évoqué les clichés attachés à la représentation physique des homosexuels.

Selon eux, leur apparence physique ne correspondait pas à ces stéréotypes et laissait donc supposer qu'ils étaient hétérosexuels.

"Pour lui tous les homos avaient un certain profil et que moi je n'avais pas le profil." (P4)

"Je suis un homme, cis, barbu. Je rentre dans la case hétéronormée en termes d'apparences. Si je ne le dis pas, ça se voit pas. Donc je suis à peu près sûr d'avoir le même traitement que tout un chacun." (P9)

1 participant a présumé d'un jugement plus important des pratiques sexuelles homosexuelles.

"Pour être sûr d'être pris en charge, même si j'étais protégé, à un moment donné je dis que j'ai vraiment pris un gros risque. Et elle me dit un truc en mode: Ah oui donc vous vous couchez avec des gens que vous ne connaissez pas. D'un air très hautain et j'avoue que ça m'a un peu surpris du corps médical. [...] Je pense que j'aurais été un mec hétéro ça ce serait pas passé." (P8)

1 participante a évoqué un sentiment de méfiance dans la communauté LGBT lors de la première consultation médicale par peur du jugement de l'orientation sexuelle.

"Quand on arrive en consultation, on sait jamais ce qu'il va se passer derrière. On ne sait jamais si c'est quelque chose qui est bienveillant ou pas en fait. [...] Parce que ça arrive souvent qu'en se croyant en sécurité, on va dire quelque chose et puis bim on va se prendre un retour de bâton derrière." (P5)

1 participant pensait qu'un médecin de campagne serait moins ouvert d'esprit qu'un médecin en ville et aborderait moins ces sujets.

"Là où j'habitais je n'aurai pas trouvé un médecin ouvert d'esprit." (P4).

P4 a déjà présagé du dégoût d'un médecin s'il annonçait son homosexualité. "Je pense qu'il aurait été un peu dégoûté."

Le fait qu'un médecin plus âgé soit moins à l'aise pour parler de sexualité et d'orientation sexuelle a été annoncé par 2 participants.

“Et puis bah moi forcément, elle était plus âgée, c'était pas un jeune médecin non plus, est-ce que c'était plus compliqué aussi pour elle d'aborder ce sujet là ? Peut-être.” (P7)

“Je pense que si c'était un vieux mec de 55 ans, un peu poireaux, j'aurai un peu plus de mal” (P8)

3. Connaissances des participants sur les spécificités de santé liées à l'homosexualité

a. Connaissances sur les IST

4 participants ont reconnu que les pratiques sexuelles des HSH étaient plus à risque d'IST et avaient connaissance de l'importance des dépistages.

“On est plus concernés par les IST parce qu'on nous met un peu cette étiquette sur le dos et que c'est vrai que y'a pas mal de maladies sexuellement transmissibles chez les homosexuels. [...]Bah je préfère dire que je suis passif parce qu'il faut les bonnes analyses.” (P8)

“Alors oui effectivement, y'a un vivier plus important chez les gays. Parce que effectivement le sexe est pas soumis aux mêmes règles hétéronormées.” (P9)

Concernant la PrEP, 2 participants ont admis qu'elle pouvait être un accélérateur de comportements à risque, se sentant, à tort, davantage protégés.

“Il y en a beaucoup qui prennent la PrEP et ils vont faire beaucoup plus d'excès et ils vont se choper toutes les autres IST.” (P3)

Dans certains cas, les patients étaient mieux informés que le corps médical sur un sujet précis tel que la PrEP, comme nous l'a rapporté P9.

“Je me suis retrouvé à faire de l'instruction au niveau des laboratoires pour tout ce qui était la PrEP ou effectivement auprès du médecin.”

b. Impact des campagnes de prévention

Selon 2 participants, les nombreuses campagnes de prévention sur le VIH et les IST concernant les homosexuels ont été efficaces dans cette population. Les gays sont plus informés sur les risques, plus concernés et plus protégés que les hommes hétérosexuels.

“Donc effectivement on vient peut être stigmatiser une population avec cette prévention qui est finalement mieux renseignée, mieux protégée et qui regarde ça d’un œil en coin.” (P9)

Ces 2 participants pensent qu’il est désormais important de cibler davantage la prévention aux jeunes et aux hétérosexuels ayant des comportements à risque.

“Il faudrait que les hétéro s’y mettent. Parce que du coup ça sert à rien si y’a que nous qui nous dépistons. Il y a des hétéro qui couchent avec des gay il prennent des risques.” (P8)

“Par contre toutes les cibles limitrophes c’est là où on remarque les explosions donc sur les hétéro-curieux, sur les personnes qui sont dilettantes autour de ça.” (P9)

c. Connaissances des femmes sur le suivi gynécologique

Une participante ne pensait pas, plus jeune, avoir besoin d’un suivi gynécologique en tant que lesbienne.

“Au départ on s’est dit bah non on n’a pas de contraception, étant un couple de femme pourquoi aller voir un gynéco.” (P7)

Le risque d’IST chez les FSF était bien connu pour P6.

“Je me disais que ce serait bien d’aller checker tout ce qui est MST. [...] C’est pas parce que je risque pas de tomber enceinte que je vais pas aller voir la gynéco.”

P2 était sensibilisée à la nécessité d’un suivi gynécologique mais était inquiète de ne pas en avoir encore réalisé par rapport aux femmes hétérosexuelles du même âge.

“C’est plus moi qui en avais parlé parce que j’en avais toujours pas fait parce que soit disant j’avais pas eu de relations avec un homme donc c’est plus compliqué. Sauf que ça m’inquiète aussi parce que ça se trouve je peux avoir quelque chose et je ne le sais pas. Je sais que les femmes doivent y aller tous les ans, je crois. [...] Donc je me dis, j’ai jamais été.”

d. Modes d’information

La moitié des participants a été informée par le bouche à oreilles sur les dépistages des IST, la PrEP ou sur la PMA.

La population gay est concernée par la protection des autres, 4 participants nous ont rapporté sensibiliser les autres ou avoir été sensibilisés par leurs partenaires.

“Un jeune de 26 ans je lui ai dit tu fais comme tu veux t’arrêtes tes conneries mais tu vas aller te mettre sous PrEP.” (P9)

“C’est un partenaire qui me l’a dit. Un partenaire occasionnel. Il m’a dit tu sais avec ce que tu fais ça serait peut être bien que tu prennes de la PrEP.” (P3)

Les podcasts sont une source d’information sur la PMA privilégiée par P10.

P12 a été orienté vers un médecin dermatologue via une association LGBT.

4. Connaissances des médecins sur les spécificités de santé liées à l’homosexualité

a. Informations sur les IST

Pour P8, la prévention sur les dépistages des IST lui a été délivrée par un médecin du CeGIDD et non par son médecin traitant.

“Après j’étais suivi par une médecin en virologie, au CeGIDD. [...] Au début c’était le médecin qui me disait faut que tu fasses ça ça ça comme tests.”

P9 considérait que le médecin du CeGIDD était plus informé sur les spécificités de santé liées à l’homosexualité et préférait le consulter.

P1 a rapporté avoir rencontré un médecin aux urgences lui refusant le traitement post exposition au VIH, disant que ce traitement n’existait pas. Il a pu avoir la prescription en consultant ensuite au CeGIDD.

“J’ai aussi connu la situation d’aller aux urgences pour prendre un traitement post exposition et on m’a renvoyé chez moi en me disant que j’avais qu’à me protéger et que non il n’y avait pas de traitement post exposition, que ça n’existait pas. Et le lendemain matin, d’aller voir un autre service du même hôpital, le centre CeGIDD, où eux ils m’ont dit “ah mais non ils vous ont dit n’importe quoi aux urgences, bien sûr on vous le donne tout de suite”.”

Concernant la PrEP, le médecin traitant d’un participant lui a déconseillé la PrEP qui pourrait avoir des effets secondaires osseux.

“Moi mon médecin il m’a déconseillé. Le médecin LGBT de Paris. Il m’a dit: “vaut mieux que tu fasses hyper attention, que tu mettes des préservatifs [...] Parce qu’en fait on s’est rendu compte que sur les os c’était pas ouf, y’avait quand même des trucs.” (P8)

Le médecin traitant de P12 n’est quant à lui pas opposé à la lui prescrire mais devra se former avant.
“J’ai dit à mon nouveau médecin traitant “il est possible que je vous demande la PrEP”. Il m’a dit “Waah, il va falloir que je m’informe”.”

b. Suivi gynécologique

D’après les propos rapportés, 4 participantes ont eu un suivi gynécologique régulier et étaient à jour de leur frottis cervico-utérin.

Le médecin de P5 lui a rappelé l’importance du dépistage par FCV mais elle repoussait l’examen.
“C’est mon médecin qui a lourdement insisté pour que je le fasse. Bah en même temps il a raison, c’est juste qu’il faut que je me motive un peu.”

P2 n’était pas à jour de son suivi gynécologique. Le médecin traitant ne souhaitait pas faire d’examens gynécologiques tant qu’elle n’avait pas eu de relations hétérosexuelles.

Elle a eu le sentiment que le médecin n’était pas à l’aise avec l’homosexualité et doutait de sa bonne prise en charge sur les autres dépistages (IST, dépistage mammaire).

“J’en avais parlé à ma mère, de base, il ne m’a même pas tâté les seins, pas pris mon poids. Vraiment on a parlé, ok vous n’avez pas de relations avec un homme donc on ne fait rien vous pouvez vous en aller.”

5. Quels sont les freins à l’abord de l’orientation sexuelle ?

a. Le comportement du médecin

Le manque d’ouverture d’esprit et l’absence de discussion de la part du médecin ont été les premiers freins rapportés par 7 participants.

“J’avais un autre médecin traitant qui ne me donnait pas du tout satisfaction. Et donc, je ne lui parlais pas du tout de mes problèmes euh... des sujets liés à mon homosexualité. [...] Je ne le sentais pas impliqué.” (P3)

“Je sentais qu’il n’y avait pas une très grande écoute en face.” (P6)

Les consultations trop rapides étaient aussi un frein à la bonne relation patient/médecin pour P2. *“Au début c’est toujours compliqué donc arriver à se confier au final à quelqu’un qui va être la en mode, bah dépêchez vous j’ai d’autres patients, ça donne pas du tout envie de parler. [...] c’est juste le fait qu’il est très speed, ne prend pas beaucoup le temps d’écouter les patients.”*

3 participants ont ressenti une gêne de la part du médecin vis à vis de l’homosexualité et ont préféré ne pas aborder davantage leurs problèmes liés à ce sujet.

“Quand je lui parlais il me parlait des pratiques ou quoi, moi forcément je suis gênée, mais je lui réponds comme ça. Et lui on le voyait beaucoup moins à l’aise que moi, alors que je parle de moi, lui c’est un médecin ... Du coup ça ne m’a pas remis à l’aise derrière en me disant il a l’air hyper gêné de ce que je lui dis. Du coup je me dis je m’arrête là ça sert à rien d’en dire plus.” (P2)

“Je veux dire je suis assumé à 100% et j’ai pas de problème pour parler sexualité, y compris de la mienne dans le secret d’un cabinet médical mais là j’ai senti que c’était lui qui n’y arrivait pas.” (P1)

b. Le discours hétéronormé

Le discours hétéronormé du médecin, qui présume d’une vie familiale hétérosexuelle, a été condamné par 5 participants.

“Et après avoir répondu à ces questions “vous êtes marié?” non, “vous avez des enfants?” non, “est ce que vous êtes gay” n’a pas été posé.” (P3).

“Ça m’a énervé. Il parlait de mes rapports sexuels et il avait dit, donc votre épouse. Et j’ai pas osé lui dire, vous vous trompez complètement c’est mon époux pas mon épouse.” (P4)

“Mais je pense que ça m’embêterait de reprendre en disant non j’ai pas un copain, j’ai une copine. [...] Parce que la personne en face pense automatiquement que je suis une fille donc je suis avec un mec.” (P6).

Le fait d’aborder la question de la contraception sans connaître l’orientation sexuelle de la patiente a été vécu comme un frein par plusieurs participantes.

“Je pense que c’était pareil une question liée à la contraception et j’ai précisé d’emblée que j’étais avec une femme et voilà. [...] Mais c’est vrai que c’est une question qui est peut être trop réductrice à mon goût. [...] La première fois qu’on me l’a posée, une fois que j’avais affirmé mon

homosexualité, je me suis dit bon bah quand même, c'est vrai que c'est très hétérocentré et du coup je ne m'identifie plus comme ça." (P10)

c. Les discriminations sociétales

Selon plusieurs participants, il y aurait une inégalité géographique dans la facilité de l'abord de l'orientation sexuelle. 3 participants ont reconnu que leur homosexualité était plus facile à vivre en ville qu'en campagne.

"Je suis beaucoup plus en confiance à Paris qu'à Mont-de-Marsan et Bordeaux." (P8)

Cette facilité d'abord était aussi conditionnée par l'emploi pour P4.

"Enfin pour moi, si j'étais agriculteur ou ouvrier dans la Creuse, dans un petit village, je ne suis pas sûr que ce serait plus facile. Moi je vis dans une grande ville, j'ai un certain niveau de qualification, ce n'est pas un problème pour moi. Mais pour beaucoup c'est un problème. Ça dépend de votre emploi aussi, si vous le cachez. Moi je ne cache rien."

L'acceptation de l'homosexualité dans la société s'améliore avec l'âge et à distance du coming-out pour 4 participants.

"Au départ, je ne l'abordais pas. J'étais pas forcément à l'aise moi avec cette situation là. Et j'avais 18 ans donc je me cherchais un peu aussi donc non j'abordais pas le sujet." (P7).

Il était d'autant plus difficile pour P3, P4 et P12 d'assumer leur homosexualité dans les années 80.

"Dans les années 70-80 mon médecin n'était pas du tout au courant, bien-sûr. A l'époque c'était pas pensable. Et personne n'était au courant à l'époque." (P12).

"A un moment donné j'habitais à la campagne pendant une dizaine d'années et là j'avais un médecin. Je pense que l'idée de dire que j'étais gay, jamais je l'aurais dit. Et c'était un problème, parce que je me souviens, oui je voulais pas et surtout dans les années 80 avec le SIDA, il y avait beaucoup d'incompréhension et d'aprioris sur les homos donc je ne disais rien. [...] Là où j'habitais je n'aurai pas trouvé un médecin ouvert d'esprit." (P4).

6. Conséquences psychologiques des discriminations

La période du coming-out a eu des conséquences néfastes sur la santé psychologique de 4 participants comme l'isolement social, les syndromes dépressifs ou les burn out avec nécessité de suivi psychologique.

“C’était pas forcément facile pour moi à gérer, j’avais des périodes de déprime au début.” (P2)

“L’isolement personnel. C’est ce qui ressort dans notre communauté c’est l’isolement personnel. D’une manière générale, je sors du cadre médical, on est souvent seul face à soi même.” (P9)

“Ce moment là y’a rien qui allait dans ma vie perso.” (P11)

“Alors j’ai fait une psychanalyse pendant cinq ans oui.” (P12)

Le coming-out out a entraîné une réorientation professionnelle pour P9.

P10 et P7 ont été suffisamment soutenues par leur entourage et n’ont eu aucune conséquence psychologique.

B. Attentes des participants

1. Critères de choix du médecin traitant

a. En fonction du sexe et de l’orientation sexuelle du médecin traitant

Le sexe du médecin est un critère majeur de choix du médecin traitant pour 9 participants.

4 femmes et 3 hommes favorisent un médecin généraliste de sexe féminin qu’ils considèrent plus ouvertes d’esprit.

“Mais quitte à pouvoir choisir je me sens plus en confiance avec une femme.” (P11).

“Toujours une femme par rapport à un homme. Parce que les femmes sont toujours plus ouvertes sur l’homosexualité que les hommes.” (P4)

Les médecins hommes sont décrits comme maladroits et plus gênés par l’homosexualité par P1.

P7 et P12 préfèrent un médecin homme. P7 imagine qu’une femme médecin hétérosexuelle pourrait la juger.

Les 3 autres participants privilégient la qualité de la relation médecin-patient au sexe du médecin.

“Donc effectivement aujourd’hui avec une femme. Mais c’est plus quelqu’un avec qui je sens l’ouverture d’esprit et surtout le non jugement.” (P9)

Pour 2 participants gays, l’orientation sexuelle du médecin est un critère de choix. Ils préfèrent un médecin gay.

“Je viens de changer de médecin [...] D’abord il n’était pas gay le précédent et je savais que l’autre avec qui je suis maintenant était gay.”(P4)

Le suivi gynécologique par une femme est préféré voire indispensable pour 4 participantes sur 6.

“Me mettre à nue devant un homme ce serait bizarre donc je partirai sur une femme gynécologue ou rien que pour la pilule à la rigueur un rendez vous avec une sage-femme.” (P2)

“Hum, euh, pour une auscultation, non je serais mal à l’aise. Pour en parler, pour décrire dire j’ai ça ça ça ouais. Après pour ausculter, non, je serais mal à l’aise. Parce que c’est un homme, même si je lui fais totalement confiance et que voilà. Y’a toujours une gêne. Même voir un gynéco homme, non j’aimerais pas.” (P6)

b. Selon les qualifications professionnelles du médecin

Plus de la moitié des participants (7) ont évoqué leur souhait d’être suivi par un médecin appartenant à une liste LGBT-friendly. Pour eux, ce référencement sur la liste leur permet d’être sûrs d’avoir un médecin bienveillant et ouvert d’esprit concernant l’homosexualité.

“Après s’il part à la retraite, j’irai chercher, peut être plus une femme déjà, et qui est voila, qui est LGBT-friendly. À qui je peux parler librement de ça. C’est plus moi qui fais plus attention quand je choisis quelqu’un pour être sûre que je choisis quelqu’un qui est plus compétent en face.” (P6).

“Du coup je l’avais pris pour me sentir entendu et pas jugé, ce qui était le cas.” (P8)

c. Les autres critères de choix

La proximité du domicile est évoquée par 5 participants et le délai des rendez-vous est important pour 1 participant.

d. Par quels moyens choisir son médecin traitant ?

Les sites internet de médecins LGBT-friendly et le bouche à oreilles sont les deux moyens de communication privilégiés par les participants. 3 participants ne connaissent pas les listes LGBT-friendly.

2. Attentes des participants à propos de l'abord de leur homosexualité avec leur médecin généraliste

a. Dans l'idéal, comment aborder l'orientation sexuelle en consultation ?

Pour 9 participants c'est au médecin généraliste d'aborder le sujet de l'orientation sexuelle. Ils imaginent des questions ouvertes de la part des médecins afin de laisser la possibilité au patient d'aborder librement son orientation sexuelle.

Plusieurs participants ont proposé d'utiliser une expression non genrée comme "partenaire".

"Vous avez des relations en ce moment ? C'est tout con mais dire "est ce que vous avez un ou une partenaire en ce moment ?" [...] Montrer que c'est pas automatiquement que vous êtes avec un partenaire, mais de dire un ou une [...] Qu'il y ait le choix de dire que j'ai une partenaire." (P6)

"Actuellement est-ce que vous êtes dans une relation? ou alors est-ce que vous avez des rapports plutôt hétérosexuels, homosexuels?" (P10)

Pour mettre à l'aise les personnes non genrées, P5 a proposé que le médecin demande aux patients avec quel pronom s'adresser à lui et d'utiliser un langage inclusif.

Pour P10 le sujet de la contraception ne doit pas être le moyen d'aborder la vie sexuelle du patient.

"En fait je la comprends la question, [...] mais c'est vrai que c'est une question qui est peut être trop réductrice à mon goût [...] . Je me dis qu'il y a peut être d'autres manières d'aborder les choses par rapport à la sexualité et d'être plus ouvert dans les questions."

Seuls P1 et P2 considèrent que c'est au patient d'apporter l'information.

"Oui, moi je l'aborderais, je comprends qu'ils ne l'abordent pas systématiquement mais moi je l'aborderais parce que pour moi c'est un critère important et il peut pas deviner et il va pas poser la question à tout le monde. Je comprends qu'ils ne le posent pas en population générale." (P1).

"Je pense que c'est quand même nous, en tant que patient, si on a des questions ou des doutes de commencer la conversation." (P2)

b. Importance de l'abord

Pour 4 participants il est indispensable que le médecin connaisse l'orientation sexuelle de son patient.

“Oui, c'est important. Parce qu'il y'a des pratiques qui peuvent engendrer des problèmes de santé.” (P3)

L'abord par le médecin généraliste permettrait aux patients qui n'osent pas en parler de se sentir plus en confiance.

“Parce que tout le monde peut pas arriver et dire, enfin moi je suis capable de le faire parce que je suis à l'aise dans mes baskets, mais tout le monde n'est pas capable d'arriver et dire salut moi je suis une lesbienne” (P5)

“Dans l'idéal c'est au médecin de le faire pour justement palier aux personnes qui ont peur de le dire en fait. C'est toujours impressionnant de dire je suis gay, malheureusement.” (P8)

Une participante, au contraire, considère que la question ne doit pas être systématiquement posée et que cette information relève de la vie intime du patient.

“Alors pour moi, c'est en soi, je pense pas que ce soit un critère d'inclusion nécessaire mais par contre on devrait pouvoir se sentir libre d'en parler [...] Mais que ce soit stipulé dans le questionnaire en mode orientation sexuelle je trouve que ça touche à mon intimité.” (P10)

Pour P9, aborder l'orientation sexuelle en consultation médicale est important, mais il faudrait avant tout que ce sujet soit abordé de manière plus générale dans la famille et dans la société.

“En fait je dirais que ce serait pas à ce niveau là qu'il faudrait que ça se fasse. Dans un monde idéal faudrait que ce soit un sujet libre de discussion avec ses parents. [...] Mais il faut presque pas que ce soit un sujet de médecin, c'est un sujet de vie en fait. C'est pas un sujet médical en soi. Oui effectivement il peut y avoir des traumatismes qui peuvent relever et nécessiter du personnel soignant et des soins, mais avant tout c'est un sujet de vie. C'est dans l'acceptation avec sa communauté et en priorité ses parents.”

3. Attentes des participants sur la relation médecin-patient

a. La prise en charge de l'adolescent

Pour 2 participantes il est indispensable que les médecins proposent de voir les jeunes seuls en consultation, sans les parents.

Il est aussi important de rappeler le secret médical. Plusieurs participants ont eu peur que les informations délivrées à leur médecin soient rapportées à leurs parents.

Enfin, il est important de proposer une discussion ouverte autour de la sexualité pour montrer à l'adolescent que ce sujet peut être abordé librement en consultation.

“Je peux te donner au moins un truc. C'est que si vous avez des jeunes, prenez les sans les parents. Prenez les sans mamie papi. Prenez-les, essayez de les avoir tous seuls en fait. C'est une vraie entrave. Peut être que j'aurais pu parler autrement avec mon méd gé de famille si y'avait pas toujours ma mère collée. [...] Et bien spécifier, dès le début de la relation, dire [...] tout ce que tu me diras ça reste entre toi et moi, moi j'ai pas le droit, bien spécifier que c'est d'un point de vue légal, de communiquer ça aux parents ou n'importe qui.” (P11)

“C'est un sujet qui doit être abordé assez tôt, peut-être plus tôt qu'avant même maintenant. Et puis, peut être pas en profondeur dès la première fois mais petit à petit poser les choses et peut être aussi faire entendre au patient que le médecin est disponible et à l'écoute.” (P7)

b. Rôles attendus du médecin généraliste

Le soutien psychologique est, pour 7 participants, le rôle premier du médecin généraliste. Ce rôle est d'autant plus indispensable au moment du coming-out ou de l'adolescence comme le précisent 3 participants.

“Parce que dans ces âges-là (18 ans) on est un peu paumé. Donc euh ouais, ça m'aurait peut être rassuré, d'avoir une oreille attentive.” (P7)

“Si un médecin m'en avait parlé, ça m'aurait soulagé, il m'aurait peut être dit que dans ma situation y'avait rien à guérir mais à l'époque bah j'espérais bien que je guérirais un jour. [...] Alors pourquoi pas un proche, pourquoi pas, enfin j'ai jamais pensé qu'un proche je pouvais lui dire, mais un médecin j'aurais trouvé ça très bien. Ça m'aurait beaucoup, beaucoup aidé.” (P12).

P9 a précisé que les piliers de bien être et les attentes du cadre de vie pouvaient être différents pour les personnes LGBT. Il était important de prendre en considération le patient de manière individuelle pour s'adapter à ses objectifs de vie dans la prise en charge psychologique.

“Euh, je pense effectivement que c’est très important. Notamment sur le cadre psychologique. Effectivement, si on a un médecin traitant qui creuse un peu plus que la simple maladie avec plutôt la personne dans son entier y’a la part psychologique qui rentre en compte. Et notamment le cadre de vie. Une maison, 2 enfants, 1 chien, un bon job c’est pas forcément la solution qu’on va choisir dans le monde LGBT. Les piliers de bien être ne sont pas forcément les mêmes. C’est important aussi de pouvoir peut être pour un médecin, identifier, et surtout se dire que le cadre de vie est différent, que les curseurs à regarder sont différents aussi. Et donc pour évaluer la santé mentale d’un patient il faut aussi savoir changer les normes et s’adapter. Et ça, c’est parfois effectivement difficile. Pour moi ça me paraît essentiel ouais.” (P9)

Le médecin doit être à l’écoute et prendre son temps pendant les consultations.

“Je me sentais entendue [...] elle avait de l’empathie.” (P11)

La moitié des participants attend que le médecin généraliste ait connaissance des spécificités de santé relatives aux pratiques sexuelles non hétérosexuelles et assure une bonne prise en charge médicale en termes de dépistages et prévention. P1 et P3 ont ajouté l’importance pour eux que le médecin généraliste soit suffisamment informé sur la PrEP.

“Et puis au delà d’être à l’aise ça requiert quand même des connaissances et des compétences que tous n’ont pas. C’est un peu expert quand même comme suivi. Je le laisserais quand même un peu tranquille. Même si je pense que sur la PrEP et le suivi PrEP de base tout le monde devrait connaître.” (P1).

“Je pense que le médecin en fonction du patient peut aussi tenir un discours de prévention, faire des analyses régulières, faire un suivi. Je pense que c’est le rôle du médecin de sensibiliser le patient.” (P3)

Pour 2 participantes l’accompagnement du médecin généraliste lors du parcours PMA est important.

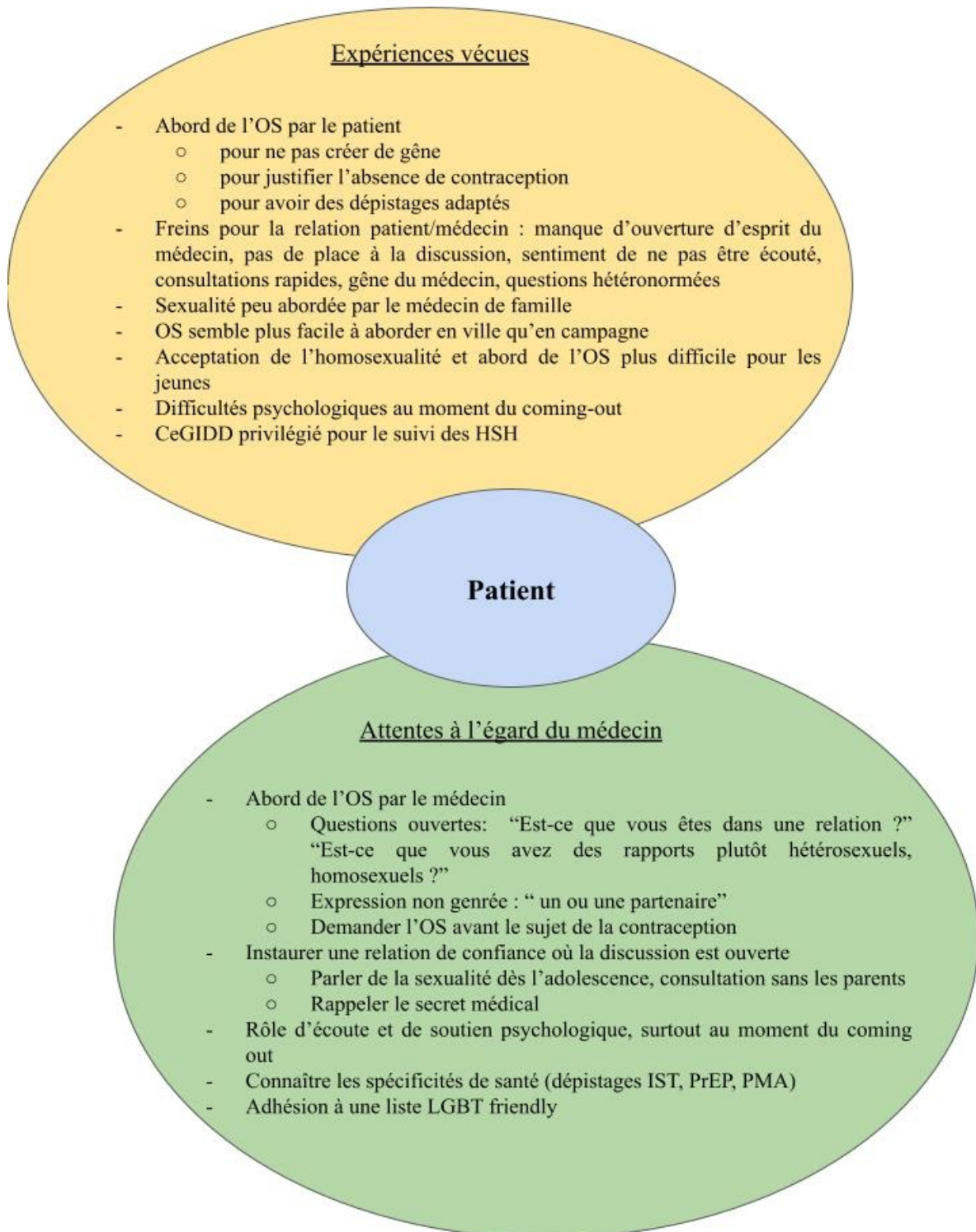
“Et là justement je voulais la revoir parce que maintenant la PMA est autorisée en France. Je voulais la revoir pour qu’on parle de tout ça parce que si ça peut être suivi avec le médecin généraliste et avec elle je sais qu’il n’y aurait jamais eu de problème et qu’elle était vraiment là à l’écoute et à répondre à toutes mes questions.” (P2)

“Le parcours PMA on était très contente que ça passe l’année dernière et je pense qu’on s’y intéressera le moment venu. [...] Et même si on a des questions sur les délais, les démarches etc, je pense qu’on pourrait avoir l’info assez rapidement si on le souhaitait.” (P10)

DISCUSSION

I. Synthèse des résultats

Abord de l'orientation sexuelle des personnes non hétérosexuelles avec leur médecin généraliste



II. Forces et limites

1. Forces de l'étude

Méthodologie

La recherche par une étude qualitative a été choisie pour recueillir le ressenti et le vécu des participants.

Réalisation des entretiens

La réalisation d'entretiens individuels a permis d'aborder plus facilement les sujets intimes liés à la sexualité. En réalisant des entretiens semi dirigés nous avons laissé au participant la possibilité de s'exprimer librement. Cela a également permis aux investigatrices de rebondir spontanément aux échanges.

Le guide d'entretien a été modifié au cours de l'étude pour l'enrichir de thèmes abordés par les premiers participants.

Mode de recrutement

L'échantillon a été homogène sur le critère principal d'inclusion de la non-hétérosexualité. La variété des modes de recrutement a permis une augmentation du nombre de participants et une diversification de leurs caractéristiques. Nous avons pu recruter à parts égales des FSF et des HSH. Les âges des HSH étaient variés et représentatifs de la population générale.

Analyse des entretiens

Le codage a été réalisé par chacune des investigatrices sur chaque entretien. Les 2 investigatrices ont réalisé ensemble l'analyse du double codage permettant de faire émerger des thèmes et super thèmes. Cette triangulation des données a renforcé la validité interne de l'étude.

2. Limites de l'étude

Biais de recrutement

La majorité des participants vivaient en zone urbaine voire en métropole. Cela a pu avoir un impact sur leurs expériences personnelles, l'acceptation de l'homosexualité et l'accès aux soins notamment aux centres de dépistages.

Les âges des FSF n'étaient pas diversifiés, l'échantillon n'est donc pas représentatif de la population générale.

Un participant était un médecin généraliste à la retraite. Ses connaissances sur les dépistages et son expérience professionnelle ont pu influencer son vécu personnel.

Biais de réalisation

Les deux investigatrices réalisaient pour la première fois des entretiens. Les premiers entretiens ont pu être moins fluides et spontanés.

Deux entretiens ont été réalisés par une seule chercheuse, ce qui a pu limiter la richesse des échanges.

L'observation des comportements non verbaux lors des entretiens en visio a été plus difficile qu'en présentiel. Cependant, les participants étant chez eux, ils ont pu se sentir plus à l'aise.

Biais de prévarication

Le recrutement des participants par le bouche à oreille, via des intermédiaires proches des investigatrices, a pu générer une certaine retenue des informations divulguées.

Biais de mémorisation

Certains participants ont pu oublier des détails de leurs expériences avec le corps médical vécues il y a plusieurs années.

III. Confrontation aux données de la littérature

A. La divulgation de l'OS au médecin généraliste

La connaissance de l'OS par le médecin généraliste est importante pour les participants de nombreuses études. Afin de favoriser la divulgation de l'OS, le médecin devrait instaurer une relation de confiance en adoptant une posture ouverte et en étant à l'écoute. Cette approche de l'OS avec le médecin généraliste permettrait ainsi de limiter les souffrances psychologiques des patients, d'informer sur les risques et de proposer des dépistages adaptés (38) (39) (40) (41). La plupart des patients attendent que le médecin généraliste aborde le sujet lors de la consultation (38) (39) (42).

Une revue de littérature publiée en 2018 (43) confirme plusieurs de nos observations. La divulgation de l'OS est facilitée par l'emploi d'un langage inclusif et ouvert, l'existence d'une plus longue relation avec le médecin traitant et le référencement du médecin sur une liste LGBT-friendly. Au contraire, l'utilisation d'un langage fermé et hétéronormé notamment pour aborder la contraception, la peur d'une réaction négative de la part du médecin et la peur du non-respect du secret médical sont des freins à la divulgation de l'OS.

Une étude canadienne de 2017 (44) montre qu'une meilleure estime de soi du patient et la force du soutien de l'entourage sont liés à une meilleure connaissance de l'OS par le médecin généraliste. Au contraire, les expériences de discriminations et d'homonégativités intériorisées sont un frein à la divulgation de l'OS.

Les participants de notre étude ne l'ont pas mentionné mais plusieurs travaux ont mis en avant l'idée d'afficher des marques LGBT dans le cabinet (dépliants, affiches, logo) pour mettre en confiance les personnes de la communauté (38) (43).

B. La période de l'adolescence : un moment décisif

Plusieurs études américaines relatent le peu d'approche de la sexualité par le médecin de famille (45) (46). L'académie américaine des médecins de famille propose que les médecins de famille posent des questions ouvertes sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre aux adolescents. Cette approche, sensible et tolérante, permettrait d'ouvrir la discussion et d'améliorer la santé psychosociale et physique des adolescents.

Comme dans notre travail, plusieurs études suggèrent l'intérêt de proposer aux adolescents de les voir seuls en consultation afin de faciliter la discussion autour de la sexualité (39) (47) tout en rappelant le principe du secret médical (38) (39) (45).

C. L'hétéronormativité, un frein à la prise en charge

L'hétéronormativité, hypothèse selon laquelle une orientation hétérosexuelle est tenue pour acquise, est ancrée dans la société et les cabinets de médecine générale n'en font pas l'exception. L'hypothèse de l'hétérosexualité semble difficile à contrer en consultation pour les patients (41).

Plusieurs patients rapportent la peur de réactions homophobes ou d'un jugement de la part du médecin entravant la divulgation de l'OS (38) (48).

Dans une étude irlandaise de 2015, plus de la moitié des participants ne se sentent pas respectés en tant que personnes LGBT par les professionnels de santé. 26% n'ont pas révélé leur orientation sexuelle au médecin généraliste par crainte d'une réaction négative (49).

Certains participants de notre étude rapportent un sentiment de stigmatisation physique responsable de conseils médicaux inappropriés. Une thèse de médecine générale de 2021 (50), qui étudie l'approche de l'OS par les médecins généralistes, confirme que ceux-ci se fient à des a priori physiques et/ou comportementaux pour adapter leur prise en charge.

L'utilisation d'un langage hétéronormé semble être une entrave à la relation et à la poursuite de la discussion autour de l'OS (51). L'étude EGaLe-MG (31) rapporte que 85,5% des femmes et 62,1% des hommes consultant plusieurs médecins sont considérés d'office comme ayant des partenaires du sexe opposé.

Certaines FSF se sentent obligées d'annoncer leur OS pour justifier l'absence de contraception quand la question est posée de manière fermée (ex: "avez-vous une contraception?"). La connaissance de l'OS par le médecin avant d'aborder le sujet de la contraception permettrait aux femmes de ne pas se sentir catégorisées comme hétérosexuelles (31) (43).

Nombreuses sont les études sur la santé des personnes LGBT qui retrouvent un risque beaucoup plus important de syndromes dépressifs, tentatives de suicide et addictions chez ces minorités (52) (53). L'homophobie et l'hétérosexisme social et dans le milieu médical en sont des causes (54). Il apparaît primordial de lutter contre ces stigmatisations pour améliorer la santé mentale des patients non hétérosexuels.

L'utilisation d'un langage non genré par le médecin permettrait d'améliorer la relation de confiance (41). Le terme partenaire est suggéré par plusieurs études (38) (51), dont la nôtre. La langue anglaise est propice au langage non genré puisque les articles et pronoms peuvent être impersonnels ("a/my/your partner"). Pour lutter contre les questions hétéronormées, des questions plus ouvertes telle que "avez-vous un, une ou des partenaires/des relations ?" sembleraient plus appropriés.

L'écoute, la bienveillance, s'intéresser aux questions de l'OS et ne pas préjuger de l'OS d'un patient sont les principales qualités d'un médecin qui renforcent le lien de confiance avec le patient.

IV. Perspectives

A. Sensibiliser et former les médecins aux spécificités de santé des personnes non hétérosexuelles

La méconnaissance des spécificités de santé des personnes LGBT+ par les professionnels de santé est un des obstacles principaux à l'accès aux soins de cette population.

Les études sur ce sujet sont nombreuses. Les plus récentes concernent les connaissances sur la PrEP. Plusieurs études françaises estiment que $\frac{2}{3}$ des médecins généralistes ont déjà entendu parlé de la PrEP (55) (56) et seulement 6% l'ont déjà prescrite (57). Le principal frein à la prescription de la PrEP est, en dehors de l'absence de formation, l'hypothèse de l'hétérosexisme. Ce biais social induit un manque d'identification des populations cibles par le médecin généraliste (57). Les médecins généralistes se disent volontaires pour se former à cette prescription (58). La formation des médecins permettrait d'élargir la prescription de la PrEP et ainsi de poursuivre la lutte contre le VIH.

Un des points à améliorer dans le suivi des FSF est la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Seulement 64,7% des FSF déclarent avoir eu un frottis dans les 3 dernières années contre 83,2% des femmes échantillonnées dans la population générale (14). Cette différence de suivi est la conséquence de plusieurs éléments dont la mauvaise pratique des médecins (56), la négligence médicale des FSF dans leur suivi gynécologique liée à l'appréhension de l'examen et au manque d'information sur leurs dépistages.

Afin d'améliorer la santé sexuelle et reproductive, une stratégie nationale de santé sexuelle est mise en place par le gouvernement jusqu'en 2030 (59). L'un des objectifs de cette action est de renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé, notamment de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers...), sur les caractéristiques et les besoins spécifiques des populations cibles et sur les modalités de communication (avec empathie et sans jugement sur les sujets liés à la sexualité).

B. Ouvrir la discussion sur l'identité de genre, la transsexualité

Nous avons choisi d'étudier l'abord de l'orientation sexuelle suite à nos premières constatations concernant les spécificités de dépistages et vaccinations des HSH et FSF. Pour prendre soin de tous les patients dans leur globalité, il est aussi important d'élargir la réflexion et de considérer l'identité et l'expression de genre des personnes.

L'identité de genre est le ou les genres auxquels une personne s'identifie et ne dépend pas du sexe, du corps ou d'un comportement particulier. La transidentité est le fait d'avoir une identité de genre différente du genre assigné à la naissance. L'expression de genre est la manière dont une personne se présente aux autres (par exemple les habits, la coupe de cheveux, la façon de parler, les centres d'intérêts).

L'une de nos participantes, se définissant comme non-binaire, a insisté sur l'importance d'ouvrir la discussion sur ce sujet en plus de l'orientation sexuelle. Bien que les questions d'identité de genre ou de transsexualité deviennent de moins en moins tabou dans la société, il existe encore beaucoup de discriminations et de stigmatisations impactant la santé mentale des patients (60) (61) (62). Quelques thèses ont étudié le ressenti des personnes transidentitaires dans leur relation avec le médecin généraliste ces dernières années. Il en ressort l'importance de sensibiliser les médecins, en particulier les médecins traitants, aux spécificités de la transidentité pour limiter les mauvaises expériences des personnes transidentitaires (63) (64). La nécessité d'une prise en charge globale en considérant leurs autres besoins médicaux non systématiquement liés à la transidentité est également mise en avant (65).

C. Evolution dans nos pratiques

Ces différents entretiens ont eu un impact sur nos pratiques professionnelles. Lors des consultations, nous essayons d'adopter une posture neutre en posant des questions ouvertes sur la sexualité. Nous sommes davantage vigilantes lors des consultations avec les adolescents et nous leur proposons très régulièrement de les voir seuls. Nous leur demandons "Es-tu d'accord si je te vois seul en consultation ?". Cette question n'oblige pas l'adolescent à formuler lui-même le souhait d'être vu seul, ce qui pourrait être le cas avec une question comme "Veux-tu que tes parents sortent ?".

CONCLUSION

Pour les participants de notre étude, il est important d'aborder l'orientation sexuelle en consultation avec le médecin généraliste. Cette information permet au médecin généraliste d'assurer une prise en charge globale de la personne non hétérosexuelle (dépistages adaptés des IST, suivi gynécologique, soutien psychologique...). La majorité de nos participants souhaite que ce soit le médecin généraliste qui ouvre la discussion sur la sexualité en posant des questions ouvertes et non hétéronormées. Le médecin doit adopter une attitude empathique afin d'instaurer une relation de confiance avec ces patients déjà suffisamment stigmatisés dans la société. Le choix d'un médecin sur une liste LGBT-friendly est rassurant. Cette liste assure un comportement adapté du médecin et des connaissances spécifiques de santé de la personne non hétérosexuelle. Pour lutter contre les disparités de santé et d'accès aux soins, il est important de former les médecins généralistes sur les spécificités de santé des personnes non hétérosexuelles.

Il est primordial pour le médecin généraliste d'avoir conscience de ses propres représentations sur l'homosexualité, la bisexualité ou la transidentité et de l'incidence qu'elles peuvent avoir sur la relation avec le patient pour éviter toute mauvaise prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé et de la Prévention. Santé sexuelle. 2022.
2. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé. La Découverte. Paris; 2008. 612 p.
3. Santé Publique France. Épidémiologie des infections sexuellement transmissibles. 2019
4. Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. 2017.
5. Delpech V. La prévention combinée : une stratégie pour le succès ! Editorial. 2019; (31-32):612-4.
6. Société Française de Lutte contre le Sida. FormaPrEP - Plateforme d'apprentissage en ligne FormaPrEP [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.formaprep.org/index.php>
7. Institut National du Cancer. Papillomavirus et cancer. INCa; 2018 mai.
8. Machalek DA, Poynten M, Jin F, Fairley CK, Farnsworth A, Garland SM, et al. Anal human papillomavirus infection and associated neoplastic lesions in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* mai 2012;13(5):487-500.
9. Haut Conseil de la Santé Publique. Vaccination des garçons contre les infections à papillomavirus. HCSP; 2016 févr.
10. Villet R. Communiqué. Vacciner les filles et les garçons contre le Papillomavirus humain (HPV) : une nécessité pour éliminer les cancers du col utérin mais aussi de l'oropharynx, de la cavité buccale et de l'anus. *Bull Académie Natl Médecine.* nov 2019;203(8-9):659-61.
11. Degoué M, Epaulard O. Les médecins généralistes et le vaccin anti-papillomavirus : une adhésion forte à la vaccination des filles et des jeunes hommes ayant des rapports avec des hommes, mais des occasions manquées. *Médecine Mal Infect.* 1 juin 2019;49(4, Supplement):S136-7.
12. Poupon C. Quelle place les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes accordent-elles au frottis cervical utérin dans leur suivi gynécologique ? Enquête quantitative comparative. Université de Nantes; 2020.
13. Oko Prevost H. Pratiques des médecins généralistes concernant le dépistage par frottis cervico utérin des femmes ayant des relations sexuels avec des femmes. Université de Nantes; 2020
14. Mitrochine M. Facteurs liés à la réalisation du frottis cervico-utérin chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes en France. Université de Bordeaux; 2020.
15. Haute Autorité de santé. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes.
16. Société Nationale Française de Colo-Proctologie. Infection rectale à chlamydia. 2018
17. Haute Autorité de santé. Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae : état des lieux et propositions. 2010.
18. Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. 2018
19. Santé Publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. *Bull Santé Publique.* Déc 2020.

20. Santé Publique France. Surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes, données 2018. Bull Santé Publique. Nov 2019.
21. Haute Autorité de santé. Modification de la nomenclature des actes de biologie médicale pour l'acte de suivi thérapeutique des patients infectés par *Treponema pallidum*. mars 2017;
22. Vaccination Info Service. Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. 2021.
23. Morlat P, CNS, ANRS. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Co-infection par les virus des hépatites. 2017 mai.
24. Tabatabavakili S, Aleyadeh W, Cerrocchi O, Janssen HLA, Hansen BE, Bogoch II, et al. Incidence of Hepatitis C Virus Infections Among Users of Human Immunodeficiency Virus Pre-exposure Prophylaxis. Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc. mars 2022;20(3):674-81.
25. Bajos N, Beltzer N, Prudhomme A. Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives. La Découverte; 2008.
26. El Khoury Lesueur F, Léon C, Heron M, Sitbon A, Velter A, le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Santé mentale des adultes selon l'orientation sexuelle et violences subies. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidémiologique Hebd. 17 mai 2021;(6-7):97-104.
27. IFOP, DILCRAH. Observatoire des LGBTphobies. Le regard des français sur l'homosexualité et la place des LGBT dans la société. Rapport d'étude pour la fondation Jasmin Roy Sophie Desmarais. 2019 juin.
28. Velter A, Champenois K, Rojas Castro D, Lydié N. Impact perçu de l'épidémie de Covid-19 des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en France. Enquête ERAS Covid-19, 30 juin-15 juillet 2020. Bull Epidémiologique Hebd. 1 déc 2020;(33-34):666-72.
29. Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ. Agressions sexuelles contre les femmes et homosexualité, violences des hommes et contrôle social. Nouv Quest Féministes. 1 janv 2013;32.
30. Roszewitch Y, SOS Homophobie. Enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie. 2015.
31. 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. Université Paris Diderot 7; 2016.
32. Koh AS, Ross LK. Mental health issues: a comparison of lesbian, bisexual and heterosexual women. J Homosex. 2006;51(1):33-57.
33. Dermody SS, McGinley J, Eckstrand K, Marshal MP. Sexual minority female youth and substance use disparities across development. J LGBT Youth. 2 avr 2020;17(2):214-29.
34. Rath JM, Villanti AC, Rubenstein RA, Vallone DM. Tobacco Use by Sexual Identity Among Young Adults in the United States. Nicotine Tob Res. 1 nov 2013;15(11):1822-31.
35. Pr Benyamina A. Rapport « Chemsex ». Rapport rendu à M. Le Ministre de la Santé. Paris; 2022 mars.
36. Tarragon J. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale: étude qualitative réalisée dans les Hauts-de-France. Université de Lille; 2018.
37. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global Média Santé. 2021.

38. Frigo L, De guibert C. Comment faciliter l'abord de l'orientation sexuelle en médecine générale chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : point de vue des patientes, étude qualitative en France métropolitaine. Université de Grenoble; 2021.
39. Rose J. Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale. Université de Bordeaux; 2017.
40. Société française de Dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement transmissibles. 2016.
41. Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian – does the doctor need to know? *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(1):58-62.
42. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly*. 2011;141:1-6.
43. Brooks H, Llewellyn C, Nadarzynski T, Pelloso F, De Souza Guilherme F, Pollard A, et al. Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. mars 2018
44. Coleman TA, Bauer GR, Pugh D, Aykroyd G, Powell L, Newman R. Sexual Orientation Disclosure in Primary Care Settings by Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men in a Canadian City. *LGBT Health*. févr 2017;4(1):42-54.
45. Fuzzell L, Shields CG, Alexander SC, Fortenberry JD. Physicians Talking About Sex, Sexuality, and Protection With Adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. juill 2017;61(1):6-23.
46. Alexander SC, Fortenberry JD, Pollak KI, Bravender T, Davis JK, Østbye T, et al. Sexuality Talk During Adolescent Health Maintenance Visits. *JAMA Pediatr*. 1 févr 2014;168(2):163-9.
47. Renée V. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale. Université de Rouen; 2014.
48. LaVaccare S, Diamant AL, Friedman J, Singh KT, Baker JA, Rodriguez TA, et al. Healthcare Experiences of Underrepresented Lesbian and Bisexual Women: A Focus Group Qualitative Study. *Health Equity*. 1 juill 2018;2(1):131-8.
49. Sharek DB, McCann E, Sheerin F, Glacken M, Higgins A. Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *Int J Older People Nurs*. sept 2015;10(3):230-40.
50. Chloé V, Alexandre L. Elaboration d'une approche de l'orientation sexuelle en consultation de médecine générale et retours d'expériences. Université d'Angers; 2021.
51. Law M, Mathai A, Veinot P, Webster F, Mylopoulos M. Exploring lesbian, gay, bisexual, and queer (LGBQ) people's experiences with disclosure of sexual identity to primary care physicians: A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 9 déc 2015;16.
52. Santé Public France. Ampleur et impact sur la santé des discriminations et violences vécues par les personnes lesbiennes, gays, bisexuel·le·s et trans (LGBT) en France. 2021 mai.
53. Medina-Martínez J, Saus-Ortega C, Sánchez-Lorente MM, Sosa-Palanca EM, García-Martínez P, Mármol-López MI. Health Inequities in LGBT People and Nursing Interventions to Reduce Them: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 10 nov 2021;18(22):11801.
54. Ojeda-Leitner D, Lewis RK. Assessing health-related stereotype threats and mental healthcare experiences among a LGBT sample. *J Prev Interv Community*. sept 2021;49(3):251-65.

55. Cordel H, Foka Tichoue H, Bouchaud O. Faible niveau de connaissance des médecins généralistes concernant la PrEP dans un département à forte incidence du VIH. *Médecine Mal Infect.* 1 juin 2019;49(4, Supplement):S142.
56. Vieu V. Prévention et dépistage des pathologies liées au comportement sexuel dans les populations homosexuelles et bisexuelles : étude des pratiques des médecins généralistes du bassin mâconnais. Université de Dijon; 2021.
57. Chiarabini T, Lacombe K, Valin N. Prophylaxie préexposition au VIH (PrEP) en médecine générale : existe-t-il des freins ? *Santé Publique.* janv 2021;33:101-12.
58. Gilles M, Tetart M, Huleux T, Thill P, Desmurs BL, Meybeck A, et al. Connaissances des médecins généralistes en matière de prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH en 2020. *Médecine Mal Infect Form.* 1 juin 2022;1(2, Supplement):S132.
59. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017 - 2030. 2017.
60. Poirier F, Condat A, Laufer L, Rosenblum O, Cohen D. Non-binarité et transidentités à l'adolescence : une revue de la littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 sept 2019;67(5):268-85.
61. Aitken S, Aitken S. The primary health care of transgender adults. *Sex Health.* 5 juin 2017;14(5):477-83.
62. IREPS Auvergne-Rhône-Alpes. La santé mentale des personnes LGBT. 2020 mars.
63. Inglebert J. Le médecin généraliste comme premier interlocuteur face aux questionnements sur l'identité de genre. Université de Toulouse; 2021.
64. Vernier C, Montpied A. Regards des personnes transidentitaires sur leurs parcours de soins : quelle place pour la médecine générale ? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Université de Grenoble; 2019.
65. Garnier M, Ollivier S. En dehors du parcours de transition, quelles sont les spécificités de la demande de soin en médecine générale des patient.e.s transidentitaires ?. Université de Lyon; 2018.

ANNEXES

Annexe 1 : Affiche de recrutement

Bonjour!

Nous sommes 2 étudiantes en médecine générale à Nantes et recherchons des volontaires non hétérosexuel·le·s pour participer à notre thèse sur la **relation des personnes non hétérosexuel.le.s avec leur médecin généraliste.**

Si vous êtes :

- Majeur·e
- Non hétérosexuel·le
- intéressé·e et disponible pour un entretien individuel de 30-40 minutes environ (en présentiel ou en visio) (l'entretien sera anonyme dans la thèse)

vous pouvez nous contacter à **these.depont.marchand@gmail.com** en nous indiquant votre âge et votre genre.

Merci par avance,

Clémence et Mélanie

Annexe 2 : Guide d'entretien

Version 1

1. Avez-vous un médecin traitant? Pouvez-vous nous raconter et nous décrire la relation que vous avez avec votre médecin traitant? / Si non, avez-vous un suivi médical régulier ?
2. Vous arrive-t-il de parler de sujets intimes avec votre médecin généraliste? (intimité psychique, sexualité...)
3. Avez-vous déjà abordé votre orientation sexuelle avec votre médecin traitant? Pouvez-vous nous raconter comment cela s'est passé et comment vous l'avez vécu ? / Si non, pour quelles raisons cela n'a t-il pas été abordé d'après vous ?
4. Avez-vous déjà abordé votre orientation sexuelle avec un autre médecin ? Pouvez-vous nous raconter comment cela s'est passé ?
5. Quelle serait pour vous la meilleure façon d'aborder ce sujet en consultation?

Version 2

1. Avez-vous un médecin traitant? Pouvez-vous nous raconter et nous décrire la relation que vous avez avec votre médecin traitant? / Si non, avez-vous un suivi médical régulier ?
2. Vous arrive-t-il de parler de sujets intimes avec votre médecin généraliste? (intimité psychique, sexualité...)
3. Avez-vous déjà abordé votre orientation sexuelle avec votre médecin traitant? Pouvez-vous nous raconter comment cela s'est passé et comment vous l'avez vécu ? / Si non, pour quelles raisons cela n'a t-il pas été abordé d'après vous ?
4. Avez-vous déjà abordé votre orientation sexuelle avec un autre médecin ? Pouvez-vous nous raconter comment cela s'est passé ?
5. Pour les femmes : Avez-vous un suivi gynécologique ? Quelle place accordez-vous à ce suivi ?
6. Selon vous, est-ce important d'aborder le sujet de la sexualité et que votre médecin traitant connaisse votre orientation sexuelle ?
7. Vous sentez-vous plus à l'aise avec un médecin homme ou femme pour aborder ce sujet?
Pour les femmes : le sexe du gynécologue a t'il une importance ?
8. Connaissez vous les listes LGBT-friendly (si sujet non abordé pendant l'entretien) ?
9. Quelle serait pour vous la meilleure façon d'aborder ce sujet en consultation?

Annexe 3 : Grille de codage

Super thème	Thème	Etiquettes	Participants											
			P1 H	P2 F	P3 H	P4 H	P5 F	P6 F	P7 F	P8 H	P9 H	P10 F	P11 F	P12 H
Vécu de la prise en charge médicale	Vécu de la relation avec le corps médical concernant l'homosexualité	pas de mauvaises expériences en lien avec l'homosexualité			x		x			x		x		x
		expériences négatives, jugements des médecins sur l'homosexualité	x							x	x			x
		comportement inadapté d'un médecin gay	x											
	relation positive	suivi bénéfique (prévention, écoute) du médecin scolaire ou faculté		x					x				x	
		empathie, écoute, discussion		x		x			x	x				x
	relation négative	discours maternaliste, préventif									x			
		condescendance et moralisation	x											
	Vécu du suivi gyneco	position gynecologique bien vécue								x				
		position gynecologique mal vécue							x					
		préférence position gynecologique non conventionnelle											x	
Vécu de l'interrogatoire	anxiété provoquée par comportement non rassurant du médecin		x					x						
	interrogatoire sur les relations HSH gênant et humiliant	x												
Disparités d'accès aux soins	plus de difficultés d'accès aux soins (méd LGBT friendly, TPE) en campagne		x											
	n'a pas eu le choix de son médecin traitant					x			x					
Vécu du patient dans l'abord OS avec le médecin généraliste	L'OS et les sujets sexuels sont ils abordés en consultation?	abord de sujets intimes, sexuels, homoS, OS sans gêne				x	x			x	x		x	x
		OS non abordée avec tous les médecins (dépend du comportement du médecin)	x		x		x							x
		OS abordée peu importe comportement du médecin si nécessité (ordo dépistage)									x			
		pas d'abord des sujets intimes / sujets sexuels		x					x	x		x		x
	Qui aborde l'OS?	OS abordée par le patient			x	x	x			x	x		x	
		Jamais questionné sur son OS par le MT			x									
	Raisons de l'abord de l'OS avec MT	annoncée d'emblée par patient pour ne pas créer de gêne				x				x				
		pour dépistage IST suite prise de risque									x	x		
		pense que c'est important pour la PEC pour suivi proctologique				x								x
	Raisons de ne pas aborder l'OS avec MT	pour justifier le fait de ne pas avoir besoin de contraceptif					x			x				
consult en cegidd pour sujet homoS pour anonymat		x												
pas à l'aise soi-même avec l'homosexualité au début du coming-out		x							x		x			
coming out récent									x					
Ressentis, a priori du patient sur le comportement des médecins concernant l'homosexualité	informations suffisantes pendant les cours de santé sexuelle au collège										x			
	vie de couple stable			x										
	stigmatisation physique de l'homosexualité ou hétérosexualité				x					x	x	x		
	plus de jugement des pratiques homosexuelles qu'hétérosexuelles									x	x			
	accentue les prises de risques sexuels pour être pris au sérieux									x				
	les médecins plus âgés sont moins à l'aise pour aborder la sexualité/l'OS								x	x				
	les médecins en campagne sont moins ouverts d'esprit				x									
dégout du médecin si aborde son homosexualité				x										
une femme médecin jugera les pratiques FSF									x					
meilleure compréhension par une femme médecin hétéro puisqu'elle a des relations avec des hommes										x				
Méfiance à la 1ere consultation médicale, peur du jugement, de la malveillance						x								

Super thème	Thème	Etiquettes	Participants											
			P1 H	P2 F	P3 H	P4 H	P5 F	P6 F	P7 F	P8 H	P9 H	P10 F	P11 F	P12 H
Connaissances du patient sur les spécificités de santé liées à l'homosexualité	Concernant les MST	pratiques sexuelles des HSH plus à risque	x		x						x	x		
		informe le médecin sur le type de rapport HSH pour avoir le bon le dépistage (3 sites)									x			
	Suivi gynécologique	risque d'IST chez les FSF							x					
		pas besoin de suivi gyneco car FSF et pas de prise de contraception (quand était plus jeune)								x				
Impact des campagnes de prévention	inquiète car par d'examen gyneco car pas de relation hétéro par rapport aux femmes hétéro du même âge		x											
	gays plus informés sur les risques, plus concernés, plus protégés									x	x			
Mode d'information	Nécessité de sensibiliser les jeunes et les hétéros ayant des relations HSH ou à risque											x		
	entre gay / population gay concernée pour la protection des autres	x		x						x	x			
	informations sur la PMA par bouche à oreille ou podcast								x			x		
Connaissances des médecins sur les spécificités de santé liées à l'homosexualité	Suivi gynécologique	associations LGBT											x	
		entre gay / population gay concernée pour la protection des autres	x		x						x	x		
	dépistages MST	informations sur la PMA par bouche à oreille ou podcast								x			x	
		associations LGBT											x	
Freins à l'abord de l'OS	Comportement du médecin	entre gay / population gay concernée pour la protection des autres	x		x									
		sentiment de mauvaise PEC sur les autres dépistages (seins, IST) car pas de relation hétéro donc pas d'examens gynéco possible, médecin pas à l'aise							x	x		x	x	
	Discours hétéronormé du médecin	non connaissance du TPE par médecin aux urgences	x											
		Information sur les dépistages IST délivrée par le médecin au Cegidd et non MT									x			
	Frein/discrimination sociétal(e)	Le médecin du Cegidd est plus informé que MT sur les spécificités de santé liées à l'homosexualité											x	
		homosexualité plus facile à vivre dans les grandes villes qu'en campagne et plus facile à Paris que d'autres métropoles			x	x					x			
Evolution positive des mentalités dans le temps: abord OS inenvisageable dans les années 80-90				x	x								x	
Conséquences psychologiques de la discrimination des homosexuels	Conséquences psychologiques de la discrimination des homosexuels	Acceptation de son homosexualité en société et abord plus facile avec l'âge	x						x	x		x		
		Homosexualité et OS abordés plus facilement avec le médecin si déjà accepté dans la vie quotidienne							x		x			
		refus don du sang homosexuels				x								
		troubles psychologiques, besoin de suivi psychologique au moment du coming out ou après	x	x								x	x	x
		coming out ayant entraîné une réorientation professionnelle									x			
		isolement social des homosexuels									x			
		pas de besoin de suivi psychologique, soutien par la famille, les amis							x			x		

Super thème	Thème	Etiquettes	Participants											
			P1 H	P2 F	P3 H	P4 H	P5 F	P6 F	P7 F	P8 H	P9 H	P10 F	P11 F	P12 H
Le choix du médecin traitant idéal / attentes	Selon le sexe et/ou l'orientation sexuelle	préférence d'un médecin femme	x			x	x	x		x		x	x	
		préférence d'un médecin homme							x	refus				x
		pas de préférence, privilégie le ressenti de la relation		x	x						x			
		préférence d'un médecin gay	refus			x					x			
		préférence médecin femme pour suivi gynécologique		x			x	x				x	x	
		pas de préférence du sexe du médecin pour suivi gynécologique							x					
	Selon son orientation professionnelle	médecin LGBT friendly	x		x			x		x	x	x	x	
		médecin intervenant au Cegidd			x									
	Autres critères de recherche	proximité du domicile	x	x	x	x	x				x			
		délai des rendez-vous								x				
Mode de recherche	via sites LGBT friendly	x		x			x					x		
	via le bouche à oreille				x	x			x		x		x	
	ne connaît pas les sites LGBT friendly		x			x					x			
Attentes des patients sur l'abord de leur OS	Manières d'aborder l'OS	par le patient	x	x										
		par le médecin			x	x	x	x	x	x		x	x	x
		utiliser des questions ouvertes par le MT / questions fluides			x	x	x	x				x	x	x
		utiliser des termes non genrés "partenaire"				x								
		ne pas aborder l'OS en parlant de CO = question réductrice										x		
	Importance de l'abord de l'OS	abord non indispensable, touche à la vie intime si stipulé dans le dossier médical											x	
	abord primordial			x		x			x		x			
	l'abord de l'OS dans le milieu médical arrive en 2nd plan après la vie familiale, scolaire, sociétale									x				
Attentes des patients sur la relation patient/médecin	Déroulement de la consultation	voir les jeunes seuls sans les parents							x				x	
		rappeler le secret médical							x				x	
	Rôles du médecin	soutien psychologique		x	x		x	x			x		x	x
		écoute		x									x	
		prendre le temps		x				x						
		assurer le suivi médical : dépistage, prévention...		x	x					x		x		
		rôle primordial au moment de l'adolescence / coming out								x			x	x
		rôle pas seulement contemplatif : investissement dans la relation										x		
		connaissances sur les piliers de bien être différents entre homo et hétéro									x			
		abord de la sexualité par le médecin de famille à l'adolescence								x			x	
		pas de discours culpabilisateur sur pratiques sexuelles			x									
		avoir des connaissances médicales sur les spécificités de santé HSH	x		x	x					x		x	
		connaître le patient dans sa globalité		x			x							
		connaissances et accompagnement dans le parcours PMA		x								x		
		Tout médecin doit avoir une formation de base sur la PrEP				x								
Importance d'un médecin sensibilisé (prescription de la PrEP, prise en charge psychologique, prévention des pratiques à risque)		x		x										
Référencer les médecins traitants formés à la PrEP dans les associations LGBT			x											
La PrEP	Mode de découverte, d'information	bouche à oreilles	x		x					x	x			
		auto information			x									
	suivi médical pendant le traitement	suivi au cegidd									x			
		au cegidd, réflexion apportée sur les risques et pratiques à risque (toxiques, multipartenariat)				x								
		pas de suivi psychologique			x									
	Avis reçus sur la PrEP	avis positifs par le bouche à oreille								x				
		Médecin LGBT déconseille la PrEP car effet secondaire osseux								x				
	Risque d'IST	Plus de prises de risques : PrEP accélérateur de comportements à risque			x						x			
Ressenti sur les connaissances de médecins	meilleures connaissances du patient sur le suivi nécessaire que le médecin traitant ou les laboratoires									x				
	Médecins plus âgés n'ont pas de connaissances sur la PrEP			x										
	Médecin traitant non opposé mais devra se former											x		

Vu, le Président du Jury,

Professeur David BOUTOILLE

Vu, le Directeur de Thèse,

Docteur Guillaume GETZ

Vu, le Doyen de la Faculté,

Ressentis et attentes des personnes non hétérosexuelles dans l'abord de leur orientation sexuelle avec le médecin généraliste

RESUME

Introduction : Les personnes non hétérosexuelles ont des spécificités de santé en termes de dépistages des IST et de vaccination. L'homophobie et les discriminations sociétales les rendent plus à risque de souffrances psychologiques et d'addictions. Afin de proposer une prise en charge adaptée, il est important pour le médecin généraliste de connaître l'orientation sexuelle du patient. L'objectif principal de ce travail était de recueillir le vécu et les attentes des personnes non hétérosexuelles dans la manière d'aborder leur orientation sexuelle avec le médecin généraliste.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Le recrutement a été effectué via des associations LGBT+, un groupe Facebook LGBT+, par effet boule de neige et par le bouche à oreille. Les critères d'inclusion étaient de se considérer non-hétérosexuel et d'être majeur. Un consentement oral et écrit a été recueilli pour chaque entretien. Un double codage a été réalisé permettant une triangulation des données.

Résultats : 12 entretiens ont été réalisés de juillet 2021 à mai 2022. Les expériences rapportées par les participants ont montré que le médecin abordait peu l'orientation sexuelle. Certains participants l'abordaient d'eux-mêmes pour ne pas créer de gêne, d'autres pour bénéficier de dépistages adaptés. Plusieurs ont éprouvé des difficultés psychologiques sans avoir la possibilité d'en parler à leur médecin. Les principaux freins évoqués à la relation patient/médecin étaient le manque d'ouverture d'esprit, la gêne du médecin et le sentiment de ne pas être écouté. Les participants souhaitaient que le médecin aborde le sujet de l'orientation sexuelle par des questions ouvertes non hétéronormées en utilisant des expressions non genrées. Un des rôles attendus du médecin était de proposer un accompagnement psychologique en adoptant une posture d'écoute, principalement à l'adolescence et au moment du coming-out. Ils attendaient également que le médecin soit formé aux spécificités de santé de la personne non hétérosexuelle.

Conclusion : Notre étude a mis en évidence l'importance d'aborder l'orientation sexuelle en consultation de manière ouverte en évitant tout hétérosexisme. Pour prendre soin de tous les patients dans leur globalité, il est aussi important de considérer l'identité et l'expression de genre des personnes.

MOTS-CLES

Orientation sexuelle, médecin généraliste, relation médecin patient, minorités sexuelles, disparités de santé, adolescents