

UNIVERSITÉ PARIS 13

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BOBIGNY

2022

Thèse n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE

Par

BOUCCARA Sharon

Née le 13 juillet 1992 à Sucy-en-Brie

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2022.

ÉVALUATION DES FACTEURS FAVORISANTS ET DES
LIMITES IDENTIFIÉES PAR LES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES EXERÇANT EN SEINE-SAINT-DENIS,
QUANT À LA RÉALISATION DE L'ANAMNÈSE EN
SANTÉ SEXUELLE CHEZ LES PATIENTS
HOMOSEXUELS.

Président de Thèse : Professeur Jean-Ralph ZAHAR

Directeur de Thèse : Docteur Yohan SAYNAC

Membre du jury : Professeur Jean-Charles NAULT

Professeur Chantal JULIA

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
Celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur ZAHAR Jean-Ralph,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse.
Je vous remercie du temps que vous m'accordez et de l'intérêt que vous portez à ce travail.
Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur NAULT Jean-Charles,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse, et je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.
Soyez assuré de toute ma gratitude et de mon estime.

À Madame la Professeur JULIA Chantal,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse et je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.
Soyez assuré de toute ma gratitude et de mon estime.

À Monsieur le Docteur SAYNAC Yohan,

J'ai d'abord eu l'honneur de t'avoir en tant que maître de stage, tu as su marquer mon internat qui restera un moment fort pour moi.
Tu incarnes toutes les qualités de la médecine générale par ta bienveillance auprès des patients, ton savoir et ton écoute sans faille.
Je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Merci pour ton écoute, tes conseils et ta disponibilité malgré une charge de travail importante.
Je suis ravie d'avoir pu travailler avec toi et de prolonger cette collaboration dans ton cabinet.

Aux participants de l'étude,

Merci d'avoir accepté de donner de votre temps. Vous m'avez tous accueilli avec bienveillance.
Votre participation m'a permis d'apporter à ma thèse d'intéressants éléments de recherche.

À mes amis,

Anastassjaa, Sacha et Raphaël nous nous sommes connus sur les bancs de la fac et maintenant vous êtes devenu ma famille.

Vous n'imaginez pas le bien et le soutien que vous m'avez apporté tout le long de ces études et que vous m'apportez encore aujourd'hui.

Anast de la nouvelle ère à maintenant, on en a vécu des choses ensemble. Je ne pourrai pas décrire tout ce que je ressens pour toi et tout ce que tu m'as apporté durant ces études et que tu m'apportes encore. Je t'aime fort ma sœur.

J'en profite pour dire à *Ben* à quel point je l'adore et qu'on va kiffer au palladium !

Sach, tu le sais tu es mon 4^{ème} frère d'amour et tu sais à quel point je te suis admiratrice.

Prescillia, tu es une merveilleuse personne sur laquelle je peux compter n'importe où n'importe quand et je suis fière d'être ton amie et je l'espère bien pour la vie ! Je t'aime très fort.
Cynthia, Sarah, Jeff, Julia, Julie ... J'espère partager encore de nombreux moments de bonheur ensemble.

À mes parents et mes frères,

Maman, Papa Mike et Dylan, cette réussite je vous la dois.
 Ce lien familial si fort qui nous unit est la plus belle des réussites.
 Cette ambiance familiale si réconfortante si rassurante depuis ma tendre enfance m'a permis d'en être là aujourd'hui.
 J'espère vous rendre fière.
 Je vous aime du plus profond de mon cœur.

À ma mamie, mes oncles, mes tantes, mes cousins et cousines,

J'ai toujours ressenti la fierté que vous aviez pour moi et vous n'imaginez pas à quel point cela m'a permis de me dépasser et d'en arriver là aujourd'hui.
 Tous ces moments de bonheur qu'on partage ensemble sont essentielles pour moi.
 Je vous aime énormément.

À ma belle-famille,

Bien plus qu'une belle famille, vous avez toujours su m'ouvrir vos portes durant ces longues années ce qui m'a rempli d'amour.
 Votre soutien a été et est très important à mes yeux.

À Diane,

Ma belle-sœur devenu comme une sœur si naturellement. Tu es un exemple pour moi.
 Je t'aime si fort.

À Michael, mon mari,

Ces quelques lignes ne suffiront jamais pour exprimer tout le bien que tu m'apportes.
 Tu es mon soutien de tous les jours, mon échappatoire, ma lumière et j'en passe.
 Je suis fière de voir tout ce qu'on a construit ensemble.
 On s'est rencontré en D2, on s'est soutenu tout le long de ces dures études, quel bel aboutissement aujourd'hui !
 Je t'aime comme ce n'est pas permis et ça pour toujours.

À Eden et Gabriela,

Le meilleur pour la fin, mes prunelles, mes rêves comme je vous appelle tout le temps. Je suis tellement fière d'être votre maman et j'espère que vous serez fier de votre mamounette comme vous m'appelez si bien.
 Vos rires, vos bisous, votre amour, vos mots remplissent mon cœur chaque minute.
 Vous êtes ce que la vie m'a donné de plus beau.
 Je vous aime jusqu'au ciel et bien plus encore.

ABREVIATIONS

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

EHESS : Ecole des hautes études en sciences sociales

HSH : Homosexuels

LGBT : Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres

OMS : Organisation mondiale de la santé

CEGGID : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

IST : Infection sexuellement transmissible

HPV : Human papillomavirus

GHB : Gamma-hydroxybutyrate

GBL : Gamma-butyrolactone

SSD : Seine-Saint-Denis

PrEP : Prophylaxie pré-exposition

MSU : Maître de stage des universités

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

MG : Médecin généraliste

IDF : Île de France

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon des participants.

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières

PREAMBULE.....	9
INTRODUCTION :	11
1-1 SANTE SEXUELLE ET SPECIFICITE DE LA POPULATION HOMOSEXUELLE	11
1-1-1 Généralité	11
1-1-2 Santé mentale et violences.....	12
1-1-3 Santé sexuelle.....	12
1-1-4 Exposition aux toxiques	13
1-1-5 Difficultés liées aux spécificités de santé.....	14
1-2 LE DEPARTEMENT DE LA SEINE-SAINT-DENIS	15
1-3 PROBLEMATISATION	15
MATERIEL ET METHODE :	17
2-1 CHOIX DE LA METHODE	17
2-2 PARTICIPANTS.....	17
2-3 RECUEIL DES DONNEES	18
2-4 ANALYSE DES DONNEES.....	18
2-5 REGLEMENTATION	19
RESULTATS	20
3-1 FACTEUR LIMITANTS LES MEDECINS GENERALISTES	21
3-1-1 <i>Les représentations du médecin</i>	21
3-1-1-1 La définition de la santé sexuelle.....	21
3-1-1-2 La médicalisation de la sexualité.....	23
3-1-1-3 Attitude ambivalente face aux minorités sexuelles.....	24
3-1-1-4 Représentation du médecin sur sa patientèle	25
3-1-2 <i>Représentation du médecin sur la SSD</i>	26
3-1-2-1 Discrimination des minorités sexuelles dans le 93	26
3-1-2-2 Influence culturelle.....	27
3-1-3 <i>La crainte d'une érotisation de la relation</i>	30
3-1-4 <i>Compétences</i>	31
3-1-5 <i>Désert médical : la santé sexuelle au second plan</i>	32
3-2- FACTEURS FAVORISANT L'ABORD DE LA SANTE SEXUELLE AVEC LES PATIENTS HOMOSEXUELS ..	33
3-2-1 <i>Facteur intrinsèque au médecin</i>	33
3-2-1-1 La qualité de la relation médecin malade	33
3-2-1-2 Influence du genre	34
3-2-1-3 Influence personnelle du praticien.....	35
3-2-2 <i>Motivation à l'abord</i>	35
3-2-2-1 L'intérêt personnelle du médecin	35
3-2-2-2 Consultation.....	36
3-3-3 <i>Expérience professionnelle</i>	37
DISCUSSION.....	38
4-1 PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE	38
4-2 FORCES DE L'ETUDE.....	39
4-3 LIMITE DE L'ETUDE	39
4-3-1 <i>Chercheur novice</i>	39
4-3-2 <i>Biais de sélection</i>	40
4-3-3 <i>Biais de désirabilité sociale</i>	40
4-4 COHERENCE AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE	40

<i>4-4-1 Abord de la sexualité et de l'orientation sexuelle en fonction du patient.....</i>	<i>40</i>
<i>4-4-2 Médicalisation de la sexualité.....</i>	<i>41</i>
<i>4-4-3 Identification médecin – patient.....</i>	<i>42</i>
<i>4-4-4 Inadéquation entre spécificité et mise en œuvre</i>	<i>43</i>
<i>4-4-5 Le regard culturel</i>	<i>43</i>
PERSPECTIVES	44
CONCLUSION	46
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	48
ANNEXES.....	51
ANNEXE N°1 : FICHE DE CONSENTEMENT ECRIT.....	51
ANNEXE N°2 : INFORMATIONS AUX PARTICIPANTS DE L'ETUDE.....	52
ANNEXE N°2 BIS : INFORMATION AUX PARTICIPANTS DE L'ETUDE.....	53
ANNEXE N°3 : DECLARATION A LA CNIL	54
SERMENT D'HIPPOCRATE	55
RÉSUMÉ	56
ABSTRACT	59

PRÉAMBULE

Préambule :

Le travail de cette thèse s'est porté sur la santé sexuelle des patients homosexuels.

Il s'agit d'une population vulnérable nécessitant un suivi adapté.

L'étude a été réalisée au sein de la Seine-Saint-Denis car, comme montré dans la littérature, vivre son homosexualité dans les quartiers populaires est souvent difficile.

Ceci peut avoir un impact dans les cabinets médicaux, où le tabou se prolonge très probablement.

L'auteur Éric Fassin, sociologue professeur agrégé à l'École Normale Supérieure, chercheur à l'Iris (CNRS / EHESS) dans l'article « Homosexuels des villes, homophobes des banlieues ? » aborde la réalité de l'homophobie en banlieue et décrit que « dans ces cités où l'hyper virilité et le machisme sont des valeurs suprêmes, l'homosexualité est considérée comme une déviance qu'il convient de rejeter, de bannir ».

Il décrit l'isolement que les patients homosexuels subissent à la fois au sein des cités mais également au sein de la « communauté homosexuelle vivant librement à Paris » (1).

Une étude réalisée à Los Angeles auprès de patients hommes sexuellement actif avec les hommes (HSH) afro américains séropositifs qui ont été recrutés au sein de cliniques médicales et de services sociaux, a montré que la discrimination était significativement plus élevée au sein des quartiers défavorisés (2).

Dans une étude publiée en 2011 dans *l'International Journal of Epidemiology*, la prévalence de troubles dépressifs majeurs et de troubles anxieux chez les gays, lesbiennes et bisexuels sur l'année précédente était mesurée plus faible dans les régions dans lesquelles la densité de couples de même sexe était plus importante (3).

Une autre étude Australienne comparant la revendication, la fréquentation et le ressenti de personne LGBT en fonction de leur zone d'habitation australiennes (rurales, urbaines et dans les banlieues) montrait que la ville semblait protéger de l'exposition au stress et permettait une relation favorable avec la communauté gay, lesbienne ou bisexuelle plus fréquente.

Les personnes LGBT qui résidaient dans les localités rurales avaient plus tendance à dissimulé leur orientation sexuelle que ceux qui résidaient dans le centre métropolitain. L'homophobie était plus ressentie en zone rurale (4).

Par extension, on peut se demander ce qu'il en est de l'abord des spécificités de santé gays et lesbiennes pour les patients concernés.

Si l'on ne parle pas de sexualité, il devient extrêmement compliqué de parler de mode de vie subjectif, de prévention ou de spécificités de santé.

Il semble aussi difficile de mettre en pratique les soins et dépistages conséquents.

Sur le plan juridique, il paraît en effet essentiel que chacun ait accès aux mêmes droits.

En revanche sur le plan médical et social, il est nécessaire de considérer ces particularités.

INTRODUCTION

Introduction :

1-1 Santé sexuelle et spécificité de la population homosexuelle

1-1-1 Généralité

La santé sexuelle a été définie par l’OMS en 2002, comme faisant partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble (5).

Elle est un champ de la médecine générale qui ne doit pas être négligé.

En France, en 2018, 0,9% des couples cohabitant sont des couples de même sexe. La proportion de couples de même sexe est plus représentée en Ile-de-France mais particulièrement à Paris intra-muros (3.7%) (6).

La population LGBT (7) (hommes sexuellement actifs avec les hommes, lesbiennes, transgenres et bisexuels) présente des conditions de santé spécifiques et des vulnérabilités sur plusieurs aspects.

Elle présente entre autres des spécificités sur les infections sexuellement transmissibles, la santé mentale, les consommations de drogues et les addictions.

Ces spécificités, notamment en matière de santé mentale, sont en partie, secondaires aux discriminations et aux violences (8) dont les personnes LGBT sont victimes, causant d’importantes répercussions sur leur santé.

1-1-2 Santé mentale et violences

Concernant la santé mentale des patients LGBT, elle est considérée comme plus fragile, ce que certains auteurs qualifient de « stress des minorités », malgré une acceptation sociale croissante (9).

La littérature internationale conclue très largement à des taux élevés de détresse émotionnelle, de symptômes liés aux troubles de l'humeur et de l'anxiété, d'automutilation, d'idées suicidaires et de comportement suicidaire dans la population LGBT (8).

Le nombre de tentatives de suicide est d'ailleurs nettement supérieur à la population hétérosexuelle (10).

Les jeunes appartenant à une minorité sexuelle sont presque trois fois plus susceptibles de déclarer un acte suicidaire (11).

1-1-3 Santé sexuelle

S'agissant de la question des infections sexuellement transmissibles (IST), cette population est considérée comme plus à risque (12).

Un récent recueil de données en 2016 au Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CEGGID) de Bobigny, a mis en avant que le public des hommes sexuellement actif avec des hommes représentait 6,6% des consultations tout âge confondu et environ 10,5% des patients des plus de 25 ans (13).

Notons qu'en 2017, le nombre d'infections à gonocoque a progressé de 70% par rapport à 2015. Cette augmentation est particulièrement marquée chez les HSH (+84%) comparativement aux hétérosexuels (+29%) (14).

Entre le 1er janvier 2019 et le 30 septembre 2020, la découverte d'une séropositivité durant cette période est représentée majoritairement par les HSH (et les personnes qui utilisent des drogues par injection) et représente 43% des découvertes de séropositivité (15). L'Ile de France fait partie des régions les plus touchées par le VIH (16).

Les données concernant les patientes lesbiennes et les patients transgenres sont peu nombreuses. La prise en charge des patients transgenres est bien souvent hospitalière. Les problématiques spécifiques, à l'instar de la transition et de la prescription d'hormonothérapie, ne sont pas abordées lors de la formation initiale. Ce parcours de soin est généralement mal vécu par les patients car ils souhaiteraient un accompagnement principalement centré sur le médecin généraliste qui est souvent exclu à la fois de leur transition ainsi que de leur suivi en règle générale (17).

Les femmes sexuellement actives avec les femmes n'apparaissent quasiment pas dans les campagnes de prévention ce qui peut laisser croire qu'elles sont peut exposées (18).

Cependant, elles ont un nombre plus important de partenaires (notamment des partenaires HSH et des consommateurs de drogues) (19).

Elles ont une prévalence plus élevée d'IST que les femmes qui n'ont eu que des partenaires masculins (HPV, chlamydia, vaginose bactérienne).

Elles sont 12% (vs 3% des femmes hétérosexuelles) à avoir rapporté une infection sexuellement transmissible dans les cinq dernières années (18) (19).

1-1-4 Exposition aux toxiques

Concernant les consommations/addictions, une revue systématique réalisée en 2008 a révélé que les personnes LGBT avaient une dépendance à l'alcool et aux autres substances sur 1 an estimé à 1,5 fois plus élevé que les non LGBT (20).

Une étude faite au Royaume-Uni de 1995 à 2013 a démontré que 21 décès étaient associés au GHB / GBL et que 100% des victimes étaient de sexe masculin homosexuel.

La majorité des décès (83%) sont survenus dans des résidences privées, généralement dans un contexte sexuel ainsi que dans des lieux spécifiques orientés « gay », notamment des clubs et des sauna (21).

Depuis une dizaine d'années émergent en France comme dans d'autres pays européens des pratiques nouvelles de consommation de drogues chez les patients homosexuels (notamment chez les HSH), désignées par le « chemsex » ou « slam » qui consiste en l'injection de stimulants en contexte sexuel (22).

La consommation de substances psychoactives notamment pendant les rapports sexuels est 4 fois plus élevée chez les patients homosexuels que chez les hétérosexuels (23).

1-1-5 Difficultés liées aux spécificités de santé

En dépit de ces données épidémiologiques qui plaident pour une spécificité des populations homosexuelles et transgenres en matière de santé sexuelle, plusieurs travaux ont pu mettre en évidence que les questions relatives à la sexualité n'étaient pas suffisamment abordées en consultation de médecine générale (24).

Les principaux freins retrouvés sont le manque de formation avec des connaissances trop faibles engendrant un sentiment de mal l'aise et de manque de légitimité pour parler de santé sexuelle (25) (26) (27) (28).

Plusieurs médecins dénoncent également un manque de temps en consultation.

Seule une minorité de médecins place la question de santé sexuelle de primordiale, et parmi eux une majorité avaient suivi une formation sur la sexualité. (25) (26) (27) (28).

Une autre étude menée en Grande-Bretagne en 2004, montre que les médecins généralistes et les infirmières praticiennes n'abordent pas les problèmes de santé sexuelle de manière proactive avec les patients (29).

En somme, la sexualité et le mode de vie de ces patients affectant spécifiquement leur santé psychosomatique en ayant une toxicité physique (cardiovasculaire et infectieuse) et psychique (psychose, dépendance, dépression) il devrait donc être partie intégrante de l'anamnèse qui devrait comprendre un interrogatoire concernant l'orientation sexuelle, les pratiques sexuelles à risque ou non ainsi que la consommation de drogues pendant les rapports.

Le manque d'uniformisation à la formation des médecins concernant la santé sexuelle des homosexuelles a entraîné la formation d'un nouveau concept « des médecins gay friendly » (médecins familiarisés à la communauté homosexuelle, la liste contient à ce jour environ 450 médecins majoritairement généralistes et psychiatres) ainsi qu'à la création des centres de santé sexuelle, spécifiquement dédiés aux patients homosexuels pour tenter d'améliorer l'offre en santé sexuelle, actuellement insuffisante (30).

Une relation médecin traitant-patient de qualité, permettant d'aborder toutes les questions y compris les plus intimes, est indispensable au bon suivi de ces patients (24).

1-2 Le département de la Seine-Saint-Denis

La Seine-Saint-Denis (SSD) présente des particularités sociologiques en matière de multiculturalisme, précarité, niveau d'étude faible et importance des discriminations envers les LGBT dans le département.

La population étrangère dans ce département représente, en 2018, 400 000 habitants sur un total de 1 632 000 soit environ 24% (31).

Par ailleurs, près de 3 habitants sur 10 en SSD sont considérés comme « pauvre », il s'agit du département le plus pauvre de la Métropole.

Le taux de pauvreté atteint jusqu'à 60% dans certains quartiers (32).

En ce qui concerne le niveau d'étude, il est quant à lui considéré comme inférieur à la moyenne nationale (33).

En lien avec ces particularités les personnes LGBT subissent plus de discrimination dans le 93 (34).

En effet, en 2020, les infractions commises en raison de l'orientation sexuelle des victimes ont baissé partout en Ile-de-France, sauf en Seine-Saint-Denis (25).

Cette discrimination plus marquée en SSD a conduit, en mai 2021, à un accord entre le conseil départemental de la SSD avec l'association FLAG ! (association française depuis 1901 dont l'objectif est de lutter contre toute forme de discrimination envers les LGBT) (35).

1-3 Problématisation

La population homosexuelle présente des vulnérabilités notamment au niveau des IST.

Le médecin généraliste représente un vecteur communicationnel de choix pour l'abord de la santé sexuelle auprès des patients homosexuels d'autant plus depuis l'autorisation de prescrire et d'initier le traitement de la prophylaxie préexposition (PrEP).

Comme stipuler dans l'article L4130-1 du code de la Santé Publique, il a un rôle de dépistage, de prévention, de diagnostic, de traitement et de suivi des maladies ainsi que d'éducation pour la santé.

Afin d'éclairer le hiatus entre la nécessité d'aborder les questions de santé sexuelle en consultation liée au sur risque d'IST, et l'existant, il nous semble pertinent de nous intéresser aux facteurs influençant l'anamnèse en santé sexuelle chez ces patients par le médecin généraliste en SSD.

Les particularités sociologiques de la Seine-Saint-Denis justifient un travail exploratoire auprès des médecins qui y exercent et nous laisse penser que des facteurs explicatifs non cités dans la littérature pourraient émerger de notre travail.

Ceci nous conduit à la question suivante : quels sont les facteurs favorisants et les limites identifiées par les médecins généralistes exerçant en Seine-Saint-Denis, quant à la réalisation de l'anamnèse en santé sexuelle chez les patients homosexuels ?

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Matériel et méthode :

2-1 Choix de la méthode

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès des médecins généralistes de Seine-Saint-Denis durant l'année 2022.

L'objectif de notre étude étant d'explorer les facteurs influençant l'anamnèse en santé sexuelle chez les patients homosexuels il semblait plus judicieux d'utiliser une analyse qualitative.

Une analyse thématique a été réalisée en utilisant une approche inductive générale afin de faire émerger des catégories permettant de dégager les significations centrales et évidentes parmi les données brutes et relevant des objectifs de recherche.

2-2 Participants

Les médecins interrogés ont été choisis parmi les médecins installés en Seine-Saint-Denis (salarié ou libéraux) sans durée minimale d'installation et sans critère d'exclusion concernant l'âge minimum ou maximum.

L'échantillon a été constitué en variation maximale, en « échantillonnage boule de neige ».

Le recrutement a été réalisé à l'aide de sites de remplacement, de connaissance et d'annuaire des médecins du 93.

Les médecins éligibles ont été contactés par mail ou par téléphone afin de recueillir leur autorisation, leur transmettre la méthode de réalisation et la durée de l'entretien (30 à 60 minutes).

Les critères de non-inclusion ont été les médecins remplaçants et les médecins exerçant en dehors de la Seine-Saint-Denis.

L'échantillon a été constitué dans un objectif de variation maximale, et de faire ainsi varier l'échantillon sur l'âge, le sexe, le mode d'exercice, le statut ou non de maître de stage universitaire (MSU).

2-3 Recueil des données

Les entretiens individuels semi dirigé ont été réalisés par Sharon Bouccara (investigateur principal de l'étude) au sein du cabinet du praticien ou via vidéoconférence.

Afin de tester l'entretien le premier a été réalisé avec le directeur de ce travail de thèse.

Le guide a été modifié au fur et à mesure des entretiens afin d'être le plus pertinent possible.

Considérant la santé sexuelle comme une thématique confidentielle, des entretiens individuels ont été préférés aux focus-groupes.

2-4 Analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone et sauvegardés sur une clé USB cryptée.

Les entretiens ont été conduits jusqu'à suffisance des données.

À la suite de chaque entretien, la totalité des verbatims a été anonymisée et retranscrite dans son intégralité en tentant de préserver au mieux les codes de communication non verbale et en les retranscrivant de la façon la plus juste possible afin de produire un codage.

Elle s'est faite manuellement par l'investigateur principal sur le logiciel Word.

La première étape a consisté en une lecture détaillée à plusieurs reprises des données brutes afin de se familiariser avec son contenu.

Puis la deuxième étape de l'analyse inductive a consisté à identifier des segments de texte afin d'en dégager des unités de sens.

Enfin la troisième étape a consisté à dégager des catégories les plus révélatrices des objectifs de recherche identifiés au départ.

La codification inductive a été réalisée à l'aide d'un codage ouvert, axial puis sélectif sur le logiciel Excel de Microsoft Office.

L'analyse des données a été faite au fur et à mesure de la retranscription des entretiens.

Nous avons réalisé une triangulation des données, avec un interne travaillant sur un sujet connexe ne présentant aucun conflit d'intérêts avec le sujet ni avec les participants.

2-5 Réglementation

Chaque médecin acceptant de participer à l'étude s'est vu proposer un consentement oral et écrit.

Tous les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone.

Ils ont été immédiatement retranscrits et anonymisés.

La recherche s'apparente à une étude de pratique, à ce titre, elle se situe « *hors loi Jardé* ».

La base des données des médecins participants à l'étude a été déclarée auprès de la CNIL sous le numéro 2227580 (annexe numéro 3).

RÉSULTATS

Résultats

Onze médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude. La suffisance des données a été obtenue au dixième entretien et confirmée par un entretien supplémentaire.

Les entretiens ont été effectués entre le 26/01/2022 et le 04/04/2022.

Trois entretiens ont été réalisés par téléphone et huit entretiens ont été réalisés directement au cabinet du médecin.

Les caractéristiques des participants figurent dans le tableau ci-dessous.

Participants	Sexe	Âge	Durée de l'entretien (min)	Ville d'exercice
M1	F	42	29,12	Montreuil
M2	H	39	19,22	Drancy
M3	H	57	36,39	Stains
M4	F	33	20,01	Bondy
M5	F	36	53,12	Aulnay-Sous-Bois
M6	F	41	23,00	Pantin
M7	H	33	17,53	Pantin
M8	H	46	26,59	Tremblay en France
M9	H	67	41,43	Aulnay-Sous-Bois
M10	F	31	27,12	Saint-Denis
M11	F	52	24,52	Clichy-sous-Bois

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon des participants.

3-1 Facteur limitants les médecins généralistes

3-1-1 Les représentations du médecin

3-1-1-1 La définition de la santé sexuelle

La question d'ouverture à ces entretiens s'intéressait à la définition qu'avait les médecins généralistes de la santé sexuelle en général.

A l'aide du langage non verbal et verbal, il était apparent qu'il s'agissait d'une définition difficile à formuler et à définir par les participants.

Pour quatre participants la santé sexuelle se limitait à la présence ou aux dépistages de maladies sexuellement transmissibles révélant alors une somatisation de la sexualité, une restriction et une association à une pathologie.

M1 « *Sexualité en médecine générale, prévention [...] prévention euh [...] hum [...] MST [...] euh* »

M3 « *En général, on parle plutôt de sexualité quand les gens viennent avec une problématique [...] euh [...] qui euh [...] qui [...] en découle, comme, je ne sais pas moi, euh [...] des [...] bah, tout [...] tout ce qui est en rapport avec les IST, infection sexuellement transmissible, tout ça, et donc là on [...] on [...] bah on aborde avec eux la sexualité euh [...]* »

M5 « *Bah, tout ce qui est quand même euh [...] hum [...] on va dire pratique à risques, c'est surtout pour ça qu'on voit les patients, quand ils ont leur rapport non protégé, pour faire les sérologies* »

Pour cinq médecins généralistes, la santé sexuelle en médecine générale était majoritairement représentée par les dysfonctions érectiles.

M7 « *Sexualité en médecine générale ? Ce que je rencontre le plus souvent, euh [...] on va dire aller euh [...] dysfonction érectile chez la personne un peu plus âgée, on va dire chez les personnes plutôt euh [...] fin de [...] je [...] fin, pas [...] pas âgée, mais on va dire euh [...] euh [...] en âge avancé on va dire. Euh [...] hum [...] ou bien euh [...] ou bien éjaculation.* »

M8 « essentiellement euh [...] les troubles érectiles euh [...] et les [...] les [...] et les éjaculations précoces, c'est à [...] à peu près là [...] c'est à peu près l'essentiel de ce qu'on a euh [...] »

M10 « Principalement, bah oui, les dé [...] des euh [...] difficultés d'érection, donc euh [...] prescription euh [...] explication de viagra. »

Par conséquent, pour quatre des participants de sexe masculin, la sexualité s'adressait essentiellement au genre masculin.

Ils considéraient que la sexualité féminine ne pouvait être demandé d'abordé uniquement dans un projet de procréation.

M6 « euh [...] non, pas forcément euh [...] si c'est une consultation thématique gynéco, ou si effectivement [...] »

M9 « Et puis euh [...] très très peu de [...] de [...] de contacts avec les dames, alors [...] elles parlent pas de leur sexualité »

« Non, les femmes ne parlent pas de sexualité hétérosexuelle »

M10 « j'ai l'impression que les femmes se permettent euh d'en parler euh uniquement si elles ont un projet bébé ou si elles sont enceintes ; en dehors de ces situations elles n'en parlent quasi jamais »

Trois participants définissaient principalement la santé sexuelle comme associé à la population jeune adolescent.

L'hypersexualisation de la société confiée aux professionnels de santé un rôle d'éducation et de prévention parfois ressenti comme du paternalisme médical.

M2 : « adolescent majoritairement [...] après c'est euh éducation et puis rapport à risque et après euh euh [...] oui c'est ça »

M1 : « Euh [...] un [...] un exemple, par exemple si je reçois un jeune de 18 ans, je vais prendre le temps. Il y a pas longtemps j'ai reçu un jeune de 18 ans, un jeune maghrébin qui est dans la rue, et qui se [...] « il se prostitue un petit peu », il est homosexuel, il avait 18 ou 20 ans. Donc

j'ai pris le temps de lui expliquer le danger, et ce qu'il risque, ce qu'il ne risque pas, comment il doit faire, voilà. Un [...] un monsieur de 45 ans, que je prends beaucoup beaucoup moins le temps, parce que dans ma tête c'est déjà fait. »

M5 : « Le seul moyen, moi, où j'aborde, c'est si y a un problème, et c'est dans les [...] chez les jeunes. Les jeunes, là, je me gêne pas. Parce qu'y a un côté un peu euh [...] voilà, euh [...] paternalisme du médecin. Donc là, on doit leur donner la bonne conduite »

« Je leur parle des sextoys [...] Bah faites pas, parce que vous allez vous retrouver aux urgences. Ou alors, vous allez mourir, parce qu'y a des gens qui meurent, qui font des hémorragies internes [...] en fait la sexualité maintenant, c'est, toujours plus. »

3-1-1-2 La médicalisation de la sexualité

Au-delà de la disparité de la définition de la sexualité en générale et de ce qu'elle inclut, il existe également pour la majorité des médecins interrogé un flou et un sentiment d'illégitimité à aborder la sexualité en consultation.

Pour plusieurs médecins interrogés, la sexualité se situe hors du champ de la médecine générale et requiert d'une consultation spécialisée (sexologue, gynécologue, urologue) s'il ne s'agit pas simplement de traiter un dysfonctionnement mais de promouvoir la santé sexuelle.

Plusieurs médecins considèrent la sexualité comme un sujet tabou, relevant de l'intime et se plaçant hors du champ de la médecine générale.

M3 « je demande jamais la sexualité des patients que je rencontre. Je leur demande jamais euh [...] s'ils sont hétéros, s'ils sont homosexuels, s'ils ont un ou plusieurs partenaires euh [...] Parce que c'est de l'ordre de l'intime »

M6 : « Humm [...] non, peut-être que je me dis que c'est l'affaire du [...] du spécialiste. Et que moi [...] et que moi par contre, bien sûr sans aucun tabou, si euh [...] y a un point d'appel, je [...] j'oriente vers le spécialiste. Mais peut-être que je me dis effectivement c'est [...] juste [...] voilà [...] après ça se limite essentiellement à orienter euh [...] le patient [...] »

M11 : « euh parler de sexualité est-ce que vraiment j'ai ce rôle-là ? ne serait-ce pas trop [...] comment dire [...] j'ai vraiment le droit de rentrer autant dans la vie du patient ? »

3-1-1-3 Attitude ambivalente face aux minorités sexuelles

La suite de l'entretien s'intéressait plus précisément à la population LGBT.

La quasi-majorité des médecins étaient conscient des spécificités propres à la population LGBT :

M1 : « on est quand même plus vigilants avec les patients homosexuels qu'avec des patients hétéros, dans la prévention »

M4 : « les usages de substances aussi, je [...] qui [...] euh [...] que je dirais plus fréquents. Euh [...] hum [...] et [...] et voilà. »

« C'est vrai qu'y a certains sites euh [...] de dépistage pour les IST que je l'ai pas dem [...] que je vais demander suivant les pratiques sexuelles euh [...] ou pas. »

M5 : « c'est un schéma qui est moins traditionnel, donc forcément peut-être plusieurs partenaires, donc plusieurs risques. C'est quelque chose qu'on a quand même ancré, même si maintenant on vit, y a des mariages, etc. Pour moi en tout cas, y a plus de risques qu'y ait plus de partenaires que sur un mariage « classique » »

M6 : « les autres patients qui sont plutôt euh [...] euh[...] hum[...] euh[...] hum[...] euh[...]homosexuels, et avec sexualité partenaire multiple, comme on pourrait avoir, du coup, Et dans ces cas-là, je trouve que finalement euh[...] euh[...] foui, il peut avoir des spécificités au niveau de[...] voilà, hum[...] au niveau des condylomes euh[...] à no[...] notamment chez les[...] chez les hommes, donc c'est peut-être plus à ça que je vais euh[...] que je vais penser à ce moment-là, euh [...] mais tu vois, c'est un peu la seule chose qui me vient à l'esprit »

Malgré cette prise de conscience unanime chez les participants, il existe un paradoxe entre la connaissance et la pauvreté de l'interrogatoire.

L'abord de l'orientation sexuelle est majoritairement absent de la consultation si ce n'est pas le patient lui-même qui se livre à son médecin

M1 : « je ne l'aborde jamais j'ai peur de le heurter. De le heurter, que de [...] euh [...] imaginons qu'il l'est pas, il me dit : « Ah pourquoi ? Parce que c'est mon apparence, vous avez jugé que je suis homosexuel, parce que je suis un petit peu [...] ? » »

M9 : « je ne vais pas l'aborder, ça, c'est sûr, ça, c'est certain. Il m'arrive de plaisanter »

M7 : « je me dirais : « Bah, y doit [...] y doit être homo. » Mais [...] je sais même pas si je vais aborder le sujet euh [...] hormis si [...] s'y a une question médicale »

3-1-1-4 Représentation du médecin sur sa patientèle

Le concept d'hétéronormativité peut nous aider à cerner un facteur explicatif qui nous semble majeur au frein à l'abord de l'homosexualité en consultation.

Plusieurs des médecins considèrent son patient hétérosexuel jusqu'à preuve du contraire en considérant que la prévalence de patient homosexuel dans sa patientèle était faible par défaut.

M1 : « Alors, je t'avoue que je n'ai pas une grande population homosexuelle euh [...] je [...] je pense que dans mes patients, j'en dois avoir, peut-être une dizaine euh [...] maximum »

M3 : « à priori en tout cas, parce que je demande pas souvent, mais on a très peu de [...] de [...] d'homosexuels »

M10 : « j'ai très peu de patient homosexuel, et encore moins lesbienne et transgenre dans ma patientèle[...] Après c'est vrai que je leur demande pas mais je pense que c'est vraiment très faible voire inexistant »

Comme il est visible dans les verbatims précédent, l'abord de l'orientation sexuelle est quasiment inexistant car les praticiens partent de l'hypothèse que le patient est hétérosexuel.

Dans la suite des entretiens, il était assez évident que la notion d'homosexualité renvoyait le praticien à des représentations personnelles de l'homosexualité.

En effet, le praticien était plus susceptible d'aborder l'homosexualité face à un patient qui répondait aux stéréotypes physiques et comportementaux que le praticien avait de l'homosexualité entraînant parfois même un jugement de la part du médecin.

M2 : « *l'homme un peu plus masculin on va dire euh moins tendances à poser la question après pareil peut être quelqu'un de plus efféminé ou une fille peut être un peu plus on va dire euh je ne sais pas c'est vraiment très stéréotypé, mais peut-être un peu plus bourru avec des cheveux courts des choses comme ça* »

M11 : « *si c'est un homme, il est un petit peu efféminés, oui, tout de s.. tout de suite je vais penser qu'il est peut-être homosexuel. Euh [...] hum [...] ça dépend comment il est habillé, comment [...] alors, habillé, non, peut-être pas trop. Mais vraiment ces gestes. Ces gestes, sa manière de parler euh [...] les filles, c'est le contraire, si elle est un petit peu euh [...] voilà, dans [...] dans un profil un peu masculin* »

3-1-2 Représentation du médecin sur la Seine-Saint-Denis

3-1-2-1 Discrimination des minorités sexuelles dans le 93

Un autre frein revenu sur la quasi-totalité des entretiens est la représentation que le praticien a de la SSD.

La notion d'hétéronormativité vu précédemment est d'autant plus décrite par les praticiens exerçant dans le 93 qui considèrent que les minorités sexuelles sont très peu représentées voire inexistantes dans ces quartiers.

Pour la majorité des MG y exerçant, l'abord des questions d'homosexualité est décrit comme d'autant plus difficile dans ces quartiers majoritairement populaires.

La conscience des praticiens de la SSD, de l'homophobie plus présente dans ces quartiers va se ressentir sur leur interrogatoire et sur leur aisance à aborder ce sujet, par crainte que ce soit vécu comme culpabilisant par le patient, fragilisant le lien entre eux.

M1 : « je pense que tout Montreuil, on n'a pas une grande population homosexuelle, euh [...] ils sont pas homo [...] et ils sont pas peut-être si on était dans Le Marais, je crois qu'on aurait plus, c'est pas dans des régions de Paris »

M4 : « je dirais que je m'imagine plus une patientèle euh [...] euh [...] homosexuelle, ou les [...] ou [...] euh [...] potentiellement lesbienne sur Paris que sur Bondy, qu'euh [...] euh [...] le [...] parler euh dépistage euh [...] prise de risque, etc ça [...] c'est plus à Paris, parce que ss [...] parce que c'est leur demande »

M5 : « Oui, parce que déjà j'ai peur de leur réaction, parce que euh [...] c'est quoi être homosexuel, tu vas me dire c'est un antécédent médical, c'est une tare euh [...] j'ai peur qu'ils pensent que y a un jugement ou autre »

M8 : « lui il est dans le tabou par contre, et dans le jugement, bah, ça pourrait l'euh [...] ça pourrait l'euh [...] l'euh [...] ça pourrait l'euh [...] fin, dans la société normale, générale hein, en dehors de la médecine, ça pourrait lui déplaire euh [...] si lui [...] si lui il est dans le jugement hein, d'avoir : « Ouais, tu m'as pris pour euh [...] »

M10 : « je sais qu'il y a une homophobie dans le 93, j'ai peur de demander à un patient hétérosexuel s'il est homosexuel et qu'il le prenne mal [...] c'est bête hein [...] mais j'ai peur qu'il le prenne mal et qu'il se braque donc c'est aussi pour ça que je demande pas »

Un des praticiens nous disait avoir essentiellement des patients homosexuels en téléconsultation probablement par crainte de côtoyer les salles d'attentes.

M5 : « c'est surtout en téléconsultation que je les vois [...] je pense aussi, c'est le lieu où on se trouve, tu vois, c'est un peu compliqué, on est quand même dans un milieu très urbain. Donc euh [...] je pense que c'est aussi par rapport à ça [...] ils évitent de venir dans les salles d'attentes »

3-1-2-2 Influence culturelle

En lien avec le frein démographique vu précédemment, les praticiens du 93 se disaient majoritairement freinés par l'influence culturelle et religieuse de leur patient.

En effet, la majorité des médecins interrogés, ont confié que la religion la plus représentée au sein de leur patientèle était la religion musulmane qui pouvait s'avérer être bloquante sur ce sujet pour la majorité d'entre eux.

Ils décrivaient une crainte d'une censure culturelle de la santé sexuelle et d'autant plus de l'homosexualité en opposant la possibilité d'être homosexuelle tout en étant pratiquant.

M5 : *« Ah, il y a culture ici, et comme euh [...] aussi euh [...] plus de musulmans, donc c'est [...] c'est culturel aussi, c'est plus compliqué. Des fois on le découvre à l'examen euh [...] moi je sais qu'une fois j'avais découvert à l'examen [...] c'est encore un gros tabou ici. »*

M7 : *« j'ai l'impression qu'eux [...] une population où [...] où [...] où [...] dans la religion c'est un tabou, ça veut dire euh... je pense qu'euh... je pense que peut-être euh... chez les juifs ou les musulmans ou [...] c'est p [...] j'ai l'impression, où c'est plutôt mal vu, euh [...] probablement [...] t'es dans les familles, bah, ça sera plutôt euh [...] un frein du coup pour euh [...] pour explorer ça, puisque euh [...] le patient lui-même bah [...] probablement qu'euh [...] que il le cache. »*

M11 : *« la majorité de mes patientes sont voilés, j'me vois mal leur parler de sexualité et d'autant plus de leur orientation sexuelle, ça crée d'emblée une pudeur, une barrière à ce propos »*

« Pareil avec des hommes qui sont en tenu de prière ou des hommes que je sais pratiquant je serai incapable d'aborder ces sujets »

Ici nous avons M1 qui nous relate une expérience avec un patient homosexuel de religion juive qu'elle a considéré comme hétérosexuel spontanément car il était pratiquant :

M1 : *« j'ai dit à un patient pratiquant ah bon, vous êtes homosexuel ? » Encore une fois, euh [...] c'est pas bien, je [...] je l'admets, comment ça se fait ? Comment ça se fait alors qu'il y a pas d'origine, il y a pas de religion, y a rien, c'est une tendance sexuelle.*

Mais pour moi comme il est pratiquant, donc tu ne peux pas être pratiquant, et bah non. Et euh [...] il m'a dit : « Euh [...] » J'ai dit : « Ah bon euh [...] » Il l'a vu et j'étais très gêné. J'étais très très gêné parce que j'ai tiré un jugement et ce n'est pas [...] on n'est pas là pour ça du tout »

Toujours ce même praticien, m'a confié être influencé sur l'orientation sexuelle avant même de voir le patient, uniquement par son nom de famille :

M1 : *« c'est sûr que quand j'appelle un patient dans la salle d'attente et que je reconnais un nom d'origine musulman, je pars d'emblée du principe qu'il n'est pas homosexuel[...] c'est une erreur »*

Leur mode de vie également, donne l'impression aux médecins qu'ils n'ont pas leur place ni une utilité à aborder ces thématiques :

M4 : *« A Bondy euh[...] des personnes qui vont être mariées plus tôt, euh[...] plutôt dans les couples hétérosexuels[...] je pense qu'à tranche d'âge égal, j'ai plus de personnes euh[...] j'ai des personnes qui sont mariées en couple, avec des enfants plutôt i[...] ici à Bondy que à Paris, eux ils ont tendance à[...] à hum[...] à se poser euh[...] plus dans[...] les 30 ans passés, et que du coup ils euh[...] ils vont[...] ils vont faire plus de rencontres euh[...] ils vont[...] ils vont[...] ils vont avoir plus d'expositions, plus d'expériences moins classique et euh[...] et plus besoin de dépistages »*

Enfin, au cours des entretiens deux médecins ont confié que leur propre rapport à la religion influençait involontairement le regard qu'ils portaient sur l'homosexuel.

La pratique personnelle était vécue comme sa propre limite en heurtant sa propre sensibilité.

M1 : *« étant moi-même musulmane pratiquante, j'ai une certaine pudeur à aborder le sujet de l'homosexualité et je suis sûre que si mes patients qui sont musulmans désirent parler ou avouer leur homosexualité ce n'est pas avec moi qui le feront car on partage la même religion et souvent ils savent les préjugés qui en découlent »*

M7 : *« euh non, si lui il n'en parle pas, je vais pas l'euh [...] je [...] si ça se trouve déjà[...] Et peut-être euh est-ce que c'est lié à ma religion ou pas ? Mais peut-être qu'on euh quand on est religieux, bah [...] on est un peu plus réservé ptêt sur ce sujet-là »*

Par ailleurs, l'immigration majoritairement présente dans la patientèle des praticiens de SSD entraîne souvent une barrière de la langue décrite comme un obstacle pour aborder ce genre de sujet.

M5 : « La deuxième chose aussi, c'est qu'on a aussi des gens qui euh euh [...] voilà, qui euh [...] ils parlent pas très bien français, alors, ça, c'est pas un [...] c'est pas une [...] un problème pour, effectivement, les soigner, mais c'est vrai que pour rentrer dans le détail d'euh la vie sexuelle euh [...] etc., etc., c'est vrai que c'est un peu plus intime et un peu plus difficile, donc ça marque aussi un frein à ce niveau-là quoi. »

M10 : « parfois c'est difficile de discuter avec le patient parce que [...] ils parlent un français précaire et puis donc bah discuter de sexualité sans raison évidente c'est se lancer dans une consultation longue et mal comprise je pense »

3-1-3 La crainte d'une érotisation de la relation

Un des autres freins à l'abord des questions de santé sexuelle auprès des patients homosexuels relaté par les médecins généralistes est la difficulté de garder une distance physique et psychique tout en créant une relation intime et de confiance sans érotiser la relation.

Deux médecins hommes ont expliqué avoir désormais des réticences à aborder la sexualité avec des patients homosexuels car il y a déjà eu une ambiguïté entre lui et son patient suite à ces discussions, causant des répercussions sur leur vie personnelle.

M5 : « je pense en tant que femme, c'est encore plus délicat face à un homme, parce que déjà bah, des fois y a des mecs qui font des espèces de transfert contre-transfert, donc déjà tu sais pas trop s'il est sérieux dans ce qu'il raconte »

M8 : « lui, il faisait les déclarations d'amour carrément euh [...] c'est carnet de repas, donc c'est [...] c'est [...] venir avec un cou [...] avec un courrier, etc. Et tout, ouais voilà. Donc hun hun [...] J'ai [...] j'ai bien fait attention que ma femme ne tombe pas dessus [...] hun [...] hun [...] c'est pas [...] c'est pas très euh [...] alors [...] bon, encore une fois à cause des tabous de la société, c'est pas très euh [...] c'est pas très valorisant. »

« J [...] j'ai fait attention que ma femme ne tombe pas sur le mot qu'il m'avait laissé. » Les petits mots doux qu'i m'avait laissé, mais voilà [...] non, c'est euh [...] non, non. »

M9 : « un soir, je sais pas ce qui euh [...] peut-être que mon charme était extraordinaire rrr [...]]à chaque fois que je le regardais, il plongeait dans mes yeux et il arrêtait pas de me regarder. Donc je lui ai dit euh [...] je lui ai dit : « Cher monsieur, je ne suis p[...]pas pratiquant. » Et [...]

j'ose le dire, Je lui dit comme ça, et il me regarde, et d'un grand[...] un grand sourire, il me dit :

« Ça peut changer. »

« j'me suis dit faut quand même pas que ça aille plus loin »

3-1-4 Compétences

Plusieurs MG ont décrit, comme frein majeur, le manque de connaissances à la fois sur les clés et les codes afin d'aborder ces sujets.

M11 : *« Honnêtement je ne sais même pas comment je pourrais amorcer ce sujet avec les patients homosexuels , il ressentirait mon mal à l'aise car je ne maîtrise pas ce domaine »*

M12 : *« J'ai jamais au cours de mes stages ou de mes cours appris ni vu des méthodes pour ouvrir le dialogue avec ces patients , je n'sais pas faire »*

Et à la fois une carence médicale sur la spécificité de la population LGBT avec la crainte d'être en situation de difficulté entraînant une incapacité de tenir son rôle de médecin d'informer et soigner son patient.

M1 : *« Oui, je pense que les généralistes on est euh... je dirais pas à l'ouest, mais on n'est pas[...] on n'est pas du tout[...] on[...], on n'est pas très formés »*

M3 : *« Bah c'est un peu comme tout en médecine, quand on pratique pas souvent on n'est pas très euh[...] on n'est pas très à l'aise[...] je serais pas tout à fait à l'aise quand [...]si c'est des problèmes spécifiques à la se[...] à la sexualité euh euh[...] de[...] hum[...] des homosexuels euh[...] euh[...] notamment des pratiques particulières, ou des[...] des choses comme ça, puisque euh[...] euh[...] voilà, je[...] je[...] malheureusement, je suis euh [...]euh[...] « pas assez conscient de[...] des soucis », et j'ai pas malheureusement les réponses euh[...] adéquates, c'est-à-dire que[...]euh[...] je saurais pas euh[...] euh[...] ni adresser, ni euh[...]»*

M5 : *« Déjà de un, tu peux pas les conseiller, parce que t'es dans un truc où t'es dans un nuage. Donc même si tu le voulais, même si t'enlevais tes représentations, dans tous les cas t'arrivera pas[...] dans tous les cas t'arrivera pas à[...] à aller au-delà tu vois, donc même si t'enlèves toutes les représentations, à un moment donné, tu connais pas[...] tu vas faire quoi ? Tu vas commencer à aller chercher sur le site[...] fin, tu vois, c'est yé[...] tu peux pas. »*

Certains médecins, tentant de pallier à cette carence, s'informent auprès de patient, ou bien auprès de confrères plus au fait.

M6 : « *quand j'ai des gens, notamment ces gens dans les processus de mère porteuse, ou des fois ils avaient besoin de faire des dossiers, donc des[...] d'examens euh[...] demander euh[...] fin, des examens qu'i demandaient. je leur dis: « Eh bien écoutez là, je sais pas sur ,mais du coup on vous a demandé ça. » Donc des fois je regarde, mais après les gens, généralement sont informés et m'informe »*

M6 : « *on en a discuté euh[...] hum[...] avec S. qui est très engagée sur le sujet, ou[...] voilà, ou même moi, du coup je posais des questions, parce que justement j'ai envie euh[...] d'avoir un discours et tout ça, et je me pose des questions, et donc je m'informe donc c'est pour justement être formé, et avoir euh[...] ou un discours et un comportement adapté en consultation. »*

3-1-5 Désert médical : la santé sexuelle au second plan

Les médecins interrogés étaient quasiment tous situés dans un désert médical entraînant une forte sollicitation.

Ce point, influence, en recoupant le paragraphe précédent un manque d'intérêt à propos des questions de sexualité de la population LGBT n'entraînant pas le besoin de se former.

Puisque le médecin fait face à un manque de temps de consultation, elle doit rester limitée et être ciblée ; ceci constitue un frein à l'abord de sujet jugé moins primordial pour une patientèle souvent précaire.

Ce point soulève donc la perception des priorités à aborder ou non en consultation.

M1 : « *le patient qui était venu pour de la contraception et il voulait me prendre une heure de mon temps pour que je[...] je[...] je lui apporte des informations, pour que lui il discute de ça, et non, je[...] je[...] je ne pouvais pas je n'ai pas le temps ni le savoir »*

M4 : « *si on revient sur le chemsex notamment, au niveau euh [...] drogue, je suis pas très au fait euh [...] des euh [...] hum [...] de tous les produits qui circulent, on va dire. Donc ce serait plus dans ce [...] dans [...] dans ce[...] dans ce[...] dans ce truc euh[...] parallèle euh[...] un*

peu sexualité à risques, et du coup qui peut aller parfois à des consommations de produits, où euh [...] où du coup, je serais plus pas à l'aise »

M7 : « Pourquoi pas un [...] un item euh[...] un item euh[...] dans nos études de médecine, qui pourrait euh qui pourrait ne pas d[...] Parce que on[...] on croise tout ce qui est euh[...] les IST en parallèle, Mais du coup, s'y a un item euh[...] un item sur ça, bah probablement que on aura des petites clés qui pourront euh[...] qui pourront se déverrouiller quand on croise euh[...] un patient euh[...]»

M9 : « malheureusement, nous n'avons pas assez de temps pour euh[...]aborder euh[...] ce sujet. Donc ça veut dire que si le patient aborde le sujet, on prend le temps, »

3-2- Facteurs favorisant l'abord de la santé sexuelle avec les patients homosexuels

Au cours de ces 11 entretiens, la majorité des médecins interrogés avaient plus de facilité à relater des freins plutôt que des facteurs favorisant.

3-2-1 Facteur intrinsèque au médecin

3-2-1-1 La qualité de la relation médecin malade

L'abord de la sexualité demeurant un sujet intime pour grand nombre de praticien, il se retrouve dans une position privilégiée de pouvoir l'aborder.

La qualité de communication entre le médecin et son patient joue un rôle important.

Une relation de qualité entre le médecin et son patient est un facteur primordial dans l'abord de thème autour de la sexualité.

Les médecins décrivent une facilité de l'aborder si la relation est ancienne (souvent si le médecin est le médecin traitant).

M2 : « Euh après je suis toute la famille, donc le père euh le et lui aussi, donc là lui maintenant il a un traitement donc voilà c'est quand même plus facile de discuter en le connaissant depuis longtemps »

M4 : « c'est sûr qu'eux si c'est dans le cadre d'un suivi plutôt qu'une première rencontre euh [...] e[...] pour pouvoir aller plus en[...] plus en profondeur euh[...] que juste de savoir l'orientation sexuelle, et si on est en couple ou pas, c'est quand même plus simple. »

M6 : « des fois à la longue, quand on connaît bien les patients, on peut être amené à parler d'autres choses que la médecine, et dans ces cas-là, il peut y avoir des discussions de ce style-là qui peuvent euh[...] qui peuvent euh[...] lui pousser à parler de ce genre de chose sans euh[...] sans qu'y ait de point d'appel, carrément euh[...] là[...] là, carrément »

M9 : « évidemment quand on connaît les gens, on se livre mieux hein [...] on se [...] on se livre plus, ça, c'est évident. Il est vrai que les personnes homosexuelles, qui se sont livrées, ce sont des gens que je co[...]je connais depuis très longtemps. Et euh [...] je [...] je connais leur relation, et euh [...] et là, ils n'ont pas hésité à [...] à parler »

3-2-1-2 Influence du genre

Au-delà de la relation médecin patient, plusieurs MG ont décrit une influence de la relation genre à genre.

En effet les médecins femmes allaient avoir plus de facilité et d'opportunité pour discuter de la sexualité avec une patiente et réciproquement un médecin homme serait plus à l'aise et plus avenant pour discuter de la sexualité avec un patient homme.

M5 : « c'est toujours un petit peu délicat, et encore plus je pense en tant que femme, c'est encore plus délicat face à un homme avec une femme, c'est pas [...] c'est plus simple déjà, parce que euh[...] on peut parler aussi d'un certain vécu, c'est-à-dire on va pouvoir[...] elle va s'identifier, donc nous aussi on va s'identifier, on va se dire : « Voilà. » Donc c'est beaucoup plus simple. Alors qu'un homme, bah il va avoir euh[...] une[...] une sexualité qui est différente d'une femme »

M10 : « c'est beaucoup plus simple euh pour moi de parler de sexualité qui rime avec plaisir avec une femme qu'avec le sexe opposé ou vraiment il [...] il me faut un motif bien précis »

M11 : « *j'pense qu'il existe une sorte de discrimination à cause du fait qu'on euh[...] s'identifie plus aux femmes quand on est une femme et j'ai l'impression que ces sujets sont plus simples à être aborder , en tout cas pour moi oui »*

3-2-1-3 Influence personnelle du praticien

Deux médecins ont rapporté que l'orientation propre du praticien pouvait être facilitant s'il était homosexuel en supposant qu'un praticien homosexuel allait être plus alerte et plus apte à répondre aux patients LGBT.

M5 : « *je pense qu'un médecin homo, il va avoir plus de facilité à aller euh[...] à va savoir, il va mettre le point. C'est comme moi, j'ai une facilité avec les femmes, parce que je suis une femme. Bah lui, il aura de la facilité, parce qu'en étant homo, il sait ce qui[...] ce qui se passe, etc. Nous, pour nous c'est tabou. Pour nous, on sait même pas exactement euh[...] »*

M12 : « *à mon avis si t'es médecin et que tu appartiens à la communauté LGBT bah euh tu vas plus savoir l'aborder , être moins brute et plus précis dans tes connaissances pour que le patient soit euh plus à l'aise je pense »*

3-2-2 Motivation à l'abord

3- 2-2-1 L'intérêt personnelle du médecin

Pour quelques MG, évoquer la sexualité avec la communauté LGBT était primordiale notamment pour pouvoir avoir un suivi adapté, respectueux et pour s'assurer de leur bonne santé sexuelle.

M2 : « *voilà, ça ne me gêne pas de l'aborder et puis après c'est inclus, c'est aussi quelque chose qui va être important dans ma prise de décision. »*

M4 : « *euh[...] au premier contact, je vais demander ééé[...] l'orientation sexuelle. Mais après, s'y a pas de chose lors de la première rencontre, de motif en rapport qui[...] qui[...] euh[...] qui font que je vais devoir euh[...] fin, que je vais être amené à[...] hum[...] à[...] que de faire bilan d'IST, ou euh[...] un s[...] un symptôme pour lequel ils ont consulté, qui pourrait être[...] non,*

ça pourrait être la cause. Je vais pas systématiquement demander quelles sont leurs pratiques sexuelles. »

M6 : « Alors, je l'aborde en fait je dis : « Mais vous êtes[...] vous êtes en couple ? » Donc je précise pas homme ou femme, elles [...] elles me disent : « Euh [...]]ma copine, machin. » Et dans ces cas-là après, quand je rebondis sur la question, je vais dire : « Votre euh... et votre copine, que j'ai vu la dernière fois. Et elle ce qu'elle en pense euh[...] ? » Ça va venir naturellement sans que euh ».

3-2-2-2 Consultation

Le cadre de la consultation exerce une influence sur la capacité du médecin à amorcer la sexualité auprès des patients LGBT.

Le motif de consultation va être un des éléments clé.

En effet la majorité des médecins ont dit être plus à l'aise si le patient consulte pour un motif de cet ordre.

M3 : « en fait c'est juste le motif, parce que je disais, c'est le motif. S'ils viennent pour un motif sexuel, je ne vais pas adresser [...] je peux[...] je peux poser la question. »

M5 : « c'est plus simple, y en a qui viennent avec des questions de sexualité, alors que ce soit homosexuel ou hétérosexuel, donc là du coup, il ouvre la brèche, donc ça y est tu peux en parler. »

M10 : « c'est sûr que si le patient vient un problème de sexualité ce sera plus simple et adapté à mon sens de lui parler de son orientation sexuelle de ses pratiques etc »

La primo prescription de la PrEP a également été évoqué quelques fois et est plutôt décrite comme un moyen d'amorce prometteur mais encore peu utilisé car pas assez bien maîtrisé.

M6 : « c'est plus simple d'en parler avec les patients sous euh[...] sous[...] les patients PrEP[...] Mais dans ces cas-là effectivement, je vais euh[...] je vais poser clairement la question : « Est-ce que vous faites chemsex et tout ça ? ». Mais euh [...] je vais effectivement poser la question sur les pratiques, partenaires, et du coup euh... comment ça se passe, et du

couste oui, je vais poser des questions assez ouvertes, où généralement je suis plutôt à l'aise sur le sujet en tout cas »

3-3-3 Expérience professionnelle

Le sujet de la sexualité étant défini majoritairement comme intime, l'aisance du médecin est décrite comme facilitante pour l'abord.

Cette aisance va être influencé par l'âge du praticien, son expérience professionnelle ainsi que son expérience dans la SSD.

M5 : « Ouais [...] puis après en plus il faut connaître leur représentation, leur religion du coup, parce que si t'as pas les codes d'ici, tu[...] tu mets le pied dans le plat. et ça tu l'as à force d'apprendre à les connaître »

M9 : « Non, non. Je pense, plus jeune, ça aurait été euh[...] peut-être un peu de timidités, ou de découvertes de ce milieu-là. En ce qui me concerne là maintenant à mon âge, et le au nombre de euh[...] d'années de médecine euh[...] rien. Rien ne me euh[...] ne va me bloquer. Simplement le temps, ça, c'est sûr. »

M11 : « Quand j'ai débuté j'aurai jamais réussi à parler de sexualité, j'aurai créé un malaise et ça se serait ressenti.. c'est vrai que bah euh maintenant j'ai une facilité à aller sur ce genre de sujet parce que l'expérience m'a appris à savoir si c'est le bon moment , si c'est le bon patient et puis euh bah j'arrive à mettre mes états d'âme de côté »

L'aisance d'un des praticiens installés depuis plusieurs années lui avait appris à utiliser l'humour pour aborder des sujets qui pouvait le mettre mal à l'aise auparavant.

L'humour lui permet de dédramatiser des sujets plus inhabituels.

M9 : « pour un peu[...] e[...] euh[...] relaxer la[...] la aa[...] le[...] le débat. Je leur dis d'abord : « Est-ce que vous avez essayé avec votre maitresse ? » Huh[...] huh[...] donc je sais pas s'ils en ont pas, donc ça les fait rire, ça détend un peu »

DISCUSSION

Discussion

4-1 Principaux résultats de l'étude

Ce travail a pu mettre en relief les facteurs influençant la pratique des médecins généralistes de la SSD quant à l'abord de la sexualité auprès de la population LGBT.

Au cours des entretiens il a été évident que la majorité des médecins ressentaient plus de freins que de facteurs stimulants à l'abord de ce sujet.

Ce qui ressort majoritairement de ce travail de recherche est que les médecins généralistes ont des difficultés à aborder la sexualité sous un angle professionnel, justifiant cette lacune par une demande de soin trop importante ou une dimension de l'être appartenant à l'intime.

Cet aspect permet d'expliquer en grande partie la non-investigation par une grande partie des médecins de ce sujet, initialement social devenu actuellement partie intégrante du champ médical.

Ce travail met également en évidence qu'il persiste chez plusieurs médecins généraliste une représentation négative de la sexualité de la population LGBT.

Plusieurs médecins confiaient vouloir garder une certaine distance face à leur patient LGBT de peur d'induire une érotisation de la relation.

Cette crainte était plus présente avec la population LGBT qu'avec les autres patients.

Ils confiaient également ressentir une certaine méfiance et involontairement un jugement négatif face à leur pratique sexuelle jugé par certains de nuisible.

L'influence du lieu d'exercice est perçue comme un frein pour la quasi-majorité des médecins.

Plusieurs médecins préjugent qu'il existe moins de personne appartenant à la communauté LGBT en Seine-Saint-Denis qu'ailleurs.

Les médecins estiment que la population LGBT est minoritaire voir absente dans certains quartiers de la SSD ayant pour conséquence une ouverture sur la question parfois inexistante.

Le terrain culturel de la SSD et la proportion de personne issue de l'immigration représentent un des freins majeurs à l'abord de la sexualité de manière général et d'autant plus de l'homosexualité.

Les médecins décrivent et se représentent une patientèle majoritairement pratiquante religieusement ce qui, pour eux, rendrait le terrain hostile à l'émergence d'une identité homosexuelle.

La crainte de briser la relation médecin malade les conduit à passer sous silence la question d'identité sexuelle.

4-2 Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude innovante, d'exploration du ressenti des professionnels de santé au sein d'un territoire ou il est parfois difficile d'y pratiquer.

L'étude est originale car elle s'intéresse à une question fondamentale de la bonne prise en soin des personnes, dans leur globalité, au sein d'un territoire particulièrement exposé au dénuement. Aucune étude similaire au sein de la Seine-Saint-Denis n'a été retrouvée.

L'effectif des médecins interrogés a permis d'atteindre la suffisance des données.

L'échantillon de médecins interrogés est diversifié en sexe, en âge et en mode de pratique.

La triangulation des données a permis de limiter la subjectivité du chercheur en renforçant la validité interne.

Enfin, la retranscription a été réalisé directement à la suite de l'entretien, mot pour mot permettant une analyse la plus juste possible.

4-3 Limites de l'étude

4-3-1 Chercheur novice

Il s'agissait d'un premier travail qualitatif. Le manque d'expérience et d'aisance pouvait se ressentir dans les premiers entretiens ce qui a pu constituer un biais dans le recueil des informations.

Au fur et à mesure des entretiens, la facilité à rebondir et à approfondir les confidences a pu se ressentir sur les verbatim.

4-3-2 Biais de sélection

La méthode de sélection des médecins généralistes n'a pas pu s'établir sur un mode aléatoire et a dû s'organiser grâce au « bouche à oreille ».

4-3-3 Biais de désirabilité sociale

Les participants ont tendance à présenter des réponses en accord avec les normes sociales et à donner des réponses plus altruistes qu'elles ne le sont en réalité. Notons toutefois une ambivalence dans les discours, qui a poussé de manière unanime les praticiens à reconnaître la légitimité de l'abord en consultation de la sexualité.

4-4 Cohérence avec les données de la littérature

4-4-1 Abord de la sexualité et de l'orientation sexuelle en fonction du patient

Les motifs de consultation des patients semblent parfois peu propices à échanger autour de la sexualité car ils ne sont pas directement en rapport avec ce sujet.

En effet, les entretiens avec les praticiens ont majoritairement montré que le praticien avait tendance à aborder le sujet de la sexualité si la demande émergeait du patient de peur d'être intrusif et illégitime.

Cependant plusieurs études ont montré que l'abord de la sexualité ainsi que de l'homosexualité ne serait pas mal vécu et permettrait au patient de se livrer plus facilement à son médecin.

La thèse de A.ZELER réalisé dans le sud de la France en 2020 a montré que 93% des patients n'ont pas ressenti d'atteinte à leur intimité lorsque leur médecin a abordé la sexualité.(36)

Une étude américaine a montré que plus de 7 généralistes sur 10 pensaient qu'ils offenseraient les patients en abordant la sexualité et/ou l'orientation sexuelle.

Seulement 9 à 11 patients sur 100 auraient mal vécu la question.(37)

Un article écrit par *C. Ewert* expose que les patients consultent pour un sujet de santé sexuelle uniquement si cela leur paraît urgent, sinon ils attendent que le médecin aborde lui-même le sujet.(38)

Dans une étude suisse réalisée auprès d'hommes, 95 % des participants ont répondu qu'ils trouveraient normal que le généraliste aborde le sujet de leur sexualité, afin d'améliorer au mieux la prise en charge globale.

Dans cette étude, 90 % des participants souhaiteraient que les MG anticipent ce sujet de manière proactive.

Plus de la moitié pensait que la sexualité devrait être abordée dès la première consultation lors du recueil de leurs antécédents.(39)

4-4-2 Médicalisation de la sexualité

Comme décrit dans les entretiens la majorité des médecins décrit le besoin qu'il existe un motif médical à l'abord de la sexualité.

Ceci s'explique principalement par la non-acceptation de la médicalisation de la sexualité par plusieurs médecins refusant d'investir certains champs initialement sociaux.

Pour plusieurs médecins, la médicalisation de la sexualité doit être nuancer en gardant certains champs de la sexualité en dehors du cabinet de médecine générale.

Dans l'ouvrage du sociologue Michel Bozon « *Sociologie de la sexualité* » paru en 2018(40), il décrit la médicalisation de la sexualité comme une « obligation de se soucier du fonctionnement de sa sexualité ».

La médicalisation de la sexualité entraîne une obligation de traduire des pratiques sexuelles personnelle en termes médicaux.

La médicalisation de la sexualité s'inscrit dans un mouvement de médicalisation de la société.

La biomédicalisation, terme utilisée par plusieurs sociologues, a contribué à la médicalisation de la sexualité.

En effet l'utilisation de traitement médicaux à la fois pour la contraception , la fertilité , la ménopause et la performance avec la mise sur le marché du viagra , a contribué à imposer le milieu médical au sein de la sexualité , la santé et même à l'identité sexuelle des patients (41).

L'auteur A. Giambi définit ce phénomène comme « le processus selon lequel les médecins généralistes s'approprient un objet social, aux contours mal définis, et le transforment en objet médical » (27).

La dimension affective et sexuelle de la santé sexuelle est un domaine caché derrière les demandes somatiques.

Dans l'ouvrage « *l'ère de la médicalisation* » du sociologue Aiach, la médicalisation de la sexualité et par extension de la société est plutôt utilisée dans un sens critique.

Elle est décrite comme une amplification du champ de compétence de la médecine pouvant conduire à des inégalités au sein des patients ainsi qu'à une notion de « normativité » (52).

La médicalisation de la sexualité fait débat au sein des sociologues.

Pour certains elle est synonyme de progrès tandis que pour d'autre elle conduit à une dénaturation de la sexualité (54).

Enfin l'auteur Leonore Tiefer dans « *the medicalization of sexuality* » distingue la juste médicalisation de la sexualité lorsqu'il s'agit de dysfonction érectiles, trouble de la libido, d'éjaculation précoce ou de dyspareunie ; qu'elle oppose à la médicalisation de la sexualité excessive lorsqu'il s'agit d'excès diagnostique, d'utilisation de traitement médicaux ou chirurgicaux excessif (53).

La médicalisation de la sexualité est assez récente, certains auteurs la situe autour de 1998 avec l'apparition de traitement pharmacologique chez l'homme.

Cependant, cette investigation de la sexualité par le corps médical n'est pas univoque et crée donc des différences entre les professionnels de santé.

Elle n'est d'ailleurs pas univoque, coté patient remettant en doute la place du médecin dans la promotion de la santé sexuelle (54).

4-4-3 Identification médecin – patient

Comme retrouvé également dans les entretiens, un élément facilitateur à l'abord de la sexualité et de l'orientation sexuelle est le genre et l'âge du patient. Les médecins disaient avoir plus de facilité à l'aborder si le sexe et l'âge était similaire entre le médecin et le patient.

De nombreuses études décrivent une certaine facilité similaire chez les patients à parler de santé sexuelle avec un médecin de même âge et de même sexe. (42)(43)

Dans l'étude de M. Gott les patients expriment le fait qu'ils seraient moins embarrassés de parler de ce sujet à un médecin du même âge qui, selon eux, peut être confronté aux mêmes expériences. (42)

4-4-4 Inadéquation entre spécificité et mise en œuvre

Concernant les personnes LGBT, malgré qu'elles présentent des vulnérabilités certaines sur le plan médico-psycho-social connu par la plupart des médecins, la majorité d'entre eux n'aborde quasiment jamais l'orientation sexuelle. (24)

Une étude parue dans la revue du JAMA démontre que les personnes homosexuelles souhaiteraient pouvoir communiquer librement avec leur médecin au sujet de leur orientation sexuelle.(44)

Nos entretiens ont mis en évidence l'ignorance par la totalité des participants du « chemsex », qui correspond à une consommation de stupéfiant au cours des rapports homosexuels.(45) Malgré le fait que cette pratique soit de plus en plus répandue (46) la méconnaissance des professionnelles limite le dépistage de comportement à risque et de conduite addictif.

Ceci incite plus facilement les MG à diriger les patients vers des spécialistes ou vers des centres de santé sexuel.

4-4-5 Le regard culturel

Un des freins majeurs à l'abord de la sexualité en Seine-Saint-Denis décrit par les praticiens est la barrière culturelle et religieuse.

L'article de Peer Scheepers expose comment la religion est la cause la plus importante liée au rejet de l'homosexualité dans les pays du monde entier.

Soixante pays ont été inclus dans cette étude, recueillant ainsi plus de 90 000 répondants.

Ce travail a permis de démontrer que les individus qui adhèrent à n'importe quelle religion rejettent l'homosexualité plus fortement que ceux qui n'adhèrent à aucune religion.

De surcroît, plus la religion est importante dans la vie des individus et plus ils rejettent fortement l'homosexualité (47).

Les personnes plus intégrés dans une communauté religieuse auront un rejet plus important de l'homosexualité.(35)(48)

L'article de Y H Kahn (49) expose le rejet de l'homosexualité qui existe au sein du judaïsme même si elle a tendance à progresser.

L'article de YIU-TUNG SUEN a été réalisé en Chine en 2020 sur 2681 personnes LGB de diverses religions afin de tenter la mise en évidence une relation entre religion et homosexualité. Cette étude a révélé que les personnes LGB de religions traditionnelles chinoises se considéraient moins réprimandés au sein de leur religion et trouvaient leur entourage plus accueillant face à l'homosexualité, comparativement aux personnes LGB de religion chrétienne ou musulmane.

Cependant il y avait autant de personnes LGB n'ayant pas fait leur coming-out dans la population de religion chinoise traditionnelles qu'au sein des religions chrétienne et musulmane sans différence significative (50).

Perspectives

L'accès à des services efficaces est impératif afin d'éviter de promouvoir la « santé communautaire » en suggérant que les personnes homosexuelles pourront prétendre à une prise en charge adaptée uniquement aux côtés de spécialiste ou de centre de santé communautaire.

L'extension récente, depuis le 1^{er} juin 2021, de la prescription de la PrEP à tous les médecins généralistes pourrait être une opportunité accessible à tous pour engager le sujet de la sexualité avec les patients homosexuels.

Cependant comme vu dans les entretiens même si quelques médecins semblent volontaires, leur manque de connaissance sur la prescription, le suivi et les spécificités des patients utilisateurs les entraîne à diriger les patients vers des spécialistes ou vers des centres de santé sexuelle.

Cette amélioration nécessite une sensibilisation générale auprès des médecins généralistes associé à une formation courte pouvant débiter durant le cursus de médecine.

Pour former les professionnels de santé, un livret explicatif sur le « chemsex » a été développé par le Réseau de Prévention en Addiction afin de mieux comprendre ces phénomènes et les dépister précocement (46).

Il semble pertinent d'initier des formations des médecins généralistes, menées et construites par les associations de patients LGBT, afin de les sensibiliser aux enjeux de leur prise en soin. Ces formations existent déjà, on peut citer à titre d'exemple les associations Acceptess-T et Espace santé trans qui, dans une volonté de construction de réseau de soignants sensibilisés, proposent des réunions de formation.

Ces temps d'échange ont également un rôle important dans la déconstruction de représentations erronées.

Les participants pourront se sentir d'autant plus à même d'aborder ces thématiques en consultation qu'ils auront pris conscience que les freins liés à la pudeur sont essentiellement de leur fait.

Il est également nécessaire de déconstruire les représentations négatives et sensibiliser à la question de l'homosexualité au sein des quartiers populaires en améliorant à la fois des facteurs individuels et socio culturels tels que la littératie en santé.

Afin de favoriser l'acceptation des différences et la lutte contre le LGBTphobie, il serait intéressant de renforcer les interventions dans les établissements scolaires des quartiers populaires.

Ces interventions pourraient également avoir lieu au sein de cabinet médicaux de ces quartiers mais pas uniquement. Les maisons de quartier, les clubs sportifs, bibliothèques et autres lieux de socialisation sont à privilégier.

CONCLUSION

Conclusion

Les médecins généralistes exerçant en Seine-Saint-Denis éprouvent des difficultés à aborder la sexualité de manière générale et d'autant plus avec les patients LGBT.

Plusieurs freins ont été décrits au cours de ces entretiens notamment des freins liés à la représentation personnelle des médecins.

Ces freins concernent principalement leur représentation sur la sexualité, l'homosexualité, l'influence culturelle et religieuse ainsi que leur rôle en tant que médecin généraliste.

La SSD appartenant à l'IDF qui est aujourd'hui le premier désert médical de France souffrant d'une pénurie de médecin généraliste.(51)

Ce constat se répercute sur la sollicitation importante des médecins généralistes installés entraînant un temps de consultation plus court et une priorisation des motifs purement médicaux au sein d'une population précaire souvent multi pathologique.

Nous avons également pu constater qu'il existe encore chez certains médecins une persistance des représentations négative de la population homosexuelle.

Notons que la notion d'homosexualité a été exclu du DSM seulement en 1973.

Il est important d'avoir conscience de la nécessité d'améliorer les connaissances et le savoir-faire des médecins généralistes auprès de la population LGBT afin de remédier aux nombreuses disparités en matière de santé.

Enfin, la médicalisation de la sexualité a conduit à une pluralité d'acceptation au sein des professionnels de santé, entraînant une inégalité de prise en charge.

La santé sexuelle reste un sujet sensible au point que le professionnel de santé peut parfois être tenté d'en faire l'impasse.

Plusieurs médecins considèrent souvent qu'il s'agit là d'une affaire intime, personnelle et que s'aventurer dans ce domaine est de l'ordre de l'intrusion.

La sexualité est pourtant une dimension à part entière de l'exercice de la médecine générale qu'il convient d'investir, en offrant une ressource au bon soin des patients, en particulier les plus vulnérables.

BIBLIOGRAPHIE

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. HOMOSEXUELS DES VILLES HOMOPHOBES DES BANLIEUES - ARTICLE (8 Pages - 117 Ko).pdf [Internet]. [cité 1 juill 2022]. Disponible sur: [http://psyaanalyse.com/pdf/HOMOSEXUELS%20DES%20VILLES%20HOMOPHOBES%20DES%20BANLIEUES%20-%20ARTICLE%20\(8%20Pages%20-%20117%20Ko\).pdf](http://psyaanalyse.com/pdf/HOMOSEXUELS%20DES%20VILLES%20HOMOPHOBES%20DES%20BANLIEUES%20-%20ARTICLE%20(8%20Pages%20-%20117%20Ko).pdf)
2. Dale SK, Bogart LM, Galvan FH, Wagner GJ, Pantalone DW, Klein DJ. Discrimination and Hate Crimes in the Context of Neighborhood Poverty and Stressors Among HIV-positive African-American Men Who Have Sex with Men. *J Community Health*. juin 2016;41(3):574-83.
3. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, McLaughlin KA. The protective effects of social/contextual factors on psychiatric morbidity in LGB populations. *Int J Epidemiol*. août 2011;40(4):1071-80.
4. Minority stress and community connectedness among gay, lesbian and bisexual Australians: a comparison of rural and metropolitan localities. [cité 4 juill 2022]; Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1753-6405.12364>
5. Santé sexuelle [Internet]. [cité 4 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
6. En 2018, 266 000 personnes vivent en couple avec un conjoint de même sexe - Insee Première - 1774 [Internet]. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4215399>
7. Larousse É. Définitions : LGBT - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 4 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/LGBT/188148>
8. dossier_presse_virage_final.fr.pdf [Internet]. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/30810/dossier_presse_virage_final.fr.pdf
9. Westwood S, Willis P, Fish J, Hafford-Letchfield T, Semlyen J, King A, et al. Older LGBT+ health inequalities in the UK: setting a research agenda. *J Epidemiology Community Health*. mai 2020;74(5):408-11.
10. Russell ST, Fish JN. Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annu Rev Clin Psychol*. 28 mars 2016;12:465-87.
11. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith H, McGinley J, et al. Suicidality and Depression Disparities between Sexual Minority and Heterosexual Youth: A Meta-Analytic Review. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. août 2011;49(2):115-23.
12. Mayer KH, Bekker LG, Stall R, Grulich AE, Colfax G, Lama J. Comprehensive clinical care for men who have sex with men: An integrated approach. *Lancet Lond Engl*. 28 juill 2012 ;380(9839):378-87.
13. Sulli L, Mangin F, Lassau F, Nicoulet I, Marmier M. Population et pathologies dépistées au Centre de dépistage départemental de la Seine-Saint-Denis. *Sante Publique (Bucur)*. 2018;Vol. 30(5):697-702.
14. Chlamydioses, gonococcies, Syphilis : les chiffres des infections sexuellement transmissibles en 2017 [Internet]. vih.org. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://vih.org/20171220/chlamydioses-gonococcies-syphilis-les-chiffres-des-infections-sexuellement-transmissibles-en-2017/>
15. Données épidémiologiques VIH/sida France 2019 [Internet]. Sidaction. 2021 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.sidaction.org/donnees-epidemiologiques-vihsida-france-2019>

16. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2020. [Internet]. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2020>
17. 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. :213.
18. Preos_2012_LGBT.pdf [Internet]. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen-Bibliothek/Fachthemen/Preos_2012_LGBT.pdf
19. Bajos N, Bozon M. Les agressions sexuelles en France : résignation, réprobation, révolte. In: Enquête sur la sexualité en France [Internet]. Paris: La Découverte; 2008 [cité 5 juill 2022]. p. 381-407. (Hors Collection Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293-p-381.htm>
20. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry. 18 août 2008;8(1):70.
21. Corkery JM, Loi B, Claridge H, Goodair C, Schifano F. Deaths in the Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender United Kingdom Communities Associated with GHB and Precursors. Curr Drug Metab. 19(13):1086-99.
22. epfxmmx7.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmmx7.pdf>
23. Thibaut J. THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE. 2016;383.
24. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-307/vers-un-acces-a-des-soins-de-qualite-pour-les-personnes-lesbiennes-gays-bisexuelles-et-transgenres>
25. Bertrand R. La Prophylaxie pré-exposition: étude qualitative de la représentation des médecins généralistes des Alpes-Maritimes à propos de la PrEP. :53.
26. Charpentier C. L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humain en cabinet de médecine générale. Représentations du médecin. :203.
27. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. 18 févr 2010;147.
28. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/1306
29. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. Fam Pract. 1 oct 2004;21(5):528-36.
30. ami_centres_de_sante_sexuelle_communautaire_vf.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ami_centres_de_sante_sexuelle_communautaire_vf.pdf
31. Seine Saint Denis (93) : chiffres-clés du département [Internet]. 2022 [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.linternaute.com/ville/seine-saint-denis/departement-93>
32. En Île-de-France, la pauvreté s'est intensifiée dans les territoires déjà les plus exposés - Insee Analyses Ile-de-France - 76 [Internet]. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3291402>
33. Dossier complet – Département de la Seine-Saint-Denis (93) | Insee [Internet]. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-93>
34. Marche des fiertés : un départ en Seine-Saint-Denis pour y « gagner en visibilité » [Internet]. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://fr.news.yahoo.com/marche-fiert%C3%A9s-d%C3%A9part-seine-saint-055933880.html>
35. Le Département de la Seine-Saint-Denis signe une convention avec l'association FLAG !

- pour lutter contre les violences envers les LGBT+ [Internet]. seinesaintdenis.fr. 2022 [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://seinesaintdenis.fr/Le-Departement-de-la-Seine-Saint-Denis-signe-une-convention-avec-l-association>
36. Zéler A, Troadec C. Doctors Talking About Sexuality : What Are the Patients' Feelings? *Sex Med.* 6 oct 2020;8(4):599-607.
 37. Ac MB, M T, R A, E S, A R, Lm K, et al. Risks, Benefits, and Importance of Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Data in Healthcare Settings: A Multi-Method Analysis of Patient and Provider Perspectives. *LGBT Health* [Internet]. avr 2017 [cité 29 juin 2022];4(2). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28221820/>
 38. Ewert C, Collyer A, Temple-Smith M. « Most young men think you have to be naked in front of the GP » : a qualitative study of male university students' views on barriers to sexual health. *Sex Health.* avr 2016;13(2):124-30.
 39. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de H, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* [Internet]. 28 févr 2011 [cité 5 juill 2022];(9). Disponible sur: <https://smw.ch/article/doi/smw.2011.13178>
 40. Bozon M. Chapitre 10. Médicalisation de la sexualité : du contrôle de la déviance à l'obligation du souci de soi. In: *Sociologie de la sexualité* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2018 [cité 1 sept 2022]. p. 165-77. (Cursus; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-sexualite--9782200621643-p-165.htm>
 41. Bajos N, Bozon M. La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra. *Actes Rech En Sci Soc.* 1999;128(1):34-7.
 42. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people | *Family Practice* | Oxford Academic [Internet]. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/fampra/article/20/6/690/530865?login=false>
 43. RACGP - Finding a segue into sex : young men's views on discussing sexual health with a GP [Internet]. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/afp/2014/april/segue-into-sex/>
 44. Haider AH, Schneider EB, Kodadek LM, Adler RR, Ranjit A, Torain M, et al. Emergency Department Query for Patient-Centered Approaches to Sexual Orientation and Gender Identity: The EQUALITY Study. *JAMA Intern Med.* 1 juin 2017;177(6):819-28.
 45. Dossier : tout savoir sur le Chemsex [Internet]. Sida Info Service. 2017 [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/questions-chemsex/>
 46. ChemSex-BAT5.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/04/ChemSex-BAT5.pdf>
 47. Janssen DJ, Scheepers P. How Religiosity Shapes Rejection of Homosexuality Across the Globe. *J Homosex.* 6 déc 2019;66(14):1974-2001.
 48. Whitley BE. Religiosity and Attitudes Toward Lesbians and Gay Men: A Meta-Analysis. *Int J Psychol Relig.* 1 janv 2009;19(1):21-38.
 49. Kahn YH. Judaism and homosexuality: the traditionalist/progressive debate. *J Homosex.* 1990 1989;18(3-4):47-82.
 50. Suen YT, Chan RCH. Relationship Between Religion and Non-Heterosexuality: A Study of Lesbian, Gay and Bisexual People of Diverse Religions in China. *J Sex Res.* 12 oct 2020;57(8):1036-47.
 51. Pénurie de médecins spécialistes libéraux en Île-de-France [Internet]. URPS médecins libéraux Ile-de-France. 2019 [cité 28 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/penurie-de-medecins-specialistes-liberaux-en-ile-de-france/>
 52. Aiach P. « les voies de la médicalisation » in P. Aiach et D. delanoë. *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, coll. « sociologiques ».1998
 53. Tiefer, L. (1996). The medicalization of sexuality. *Annual Review of Sex Research*, N° 7, pp. 252- 282.
 54. Giami A. Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité. :22.

ANNEXES

Annexe n°1 : Fiche de consentement écrit.

FICHE DE CONSENTEMENT

Je soussigné (e), (Nom, Prénom en majuscules), déclare avoir pris connaissance de la fiche de présentation de l'étude concernant le travail de recherche de Mme Bouccara Sharon « évaluation des facteurs favorisant et des limites identifiées par les médecins généraliste de la Seine-Saint-Denis, quant à la réalisation de l'anamnèse en santé sexuelle chez les patients homosexuelle »

J'accepte librement de participer à cette étude de recueil d'avis et de ressentis des médecins qui consiste à recueillir des idées comprendre et analyser les facteurs influençant le sujet. J'accepte que les informations issues de cet entretien soient utilisées, de façon anonyme, pour rendre compte des résultats à la communauté scientifique.

Fait à

Le

Signature

Pour toute information supplémentaire : Bouccara Sharon
Mail : bouccara.sharon@gmail.com

Annexe n°2 : Informations aux participants de l'étude.

Informations aux participants de l'étude :

Intitulé de la structure : DUMG de l'Université Paris 13

Investigateur principal, destinataires des données collectées et responsable du traitement des données : Mme Bouccara Sharon

Directeur de thèse : Dr SAYNAC

Mme Bouccara Sharon et Dr Yohan Saynac ne déclarent aucun conflit d'intérêt en lien avec ce travail.

Madame, monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Mme Bouccara Sharon dans le cadre de sa thèse de médecine générale qui sera soutenue à la faculté de médecine de Paris 13. Cette note d'information résume les modalités prévues par l'article L.1122-1 du code de la santé publique et l'article 6 du RGPD (règlement général sur la protection des données) concernant la licéité du traitement des données personnelles, pour s'assurer de votre non-opposition à participer à cette étude le jour de l'entretien. Je vous prie de bien vouloir prendre connaissance de l'ensemble des informations figurant ci-dessous :

1- Procédure de l'étude

Vous serez interrogés au cours d'un entretien individuel dans votre cabinet ou en visioconférence afin de participer à une discussion autour de la santé sexuelle.

L'entretien se déroulera entre trente et soixante minutes.

Lors de la réalisation de l'étude la base des données des médecins participants à l'étude sera déclarée auprès de la CNIL.

2- Risques potentiels de l'étude

L'étude ne présente aucun risque particulier identifié : aucun geste technique n'est pratiqué, ni de test thérapeutique. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment. L'abord de la thématique autour de la santé sexuelle se veut non intrusive.

3- Bénéfices potentiels de l'étude

Cette étude permettra de recueillir et d'analyser en population de médecins généralistes de Seine-Saint-Denis, leur ressenti face à la question de la santé sexuelle.

4- Participation volontaire

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Il n'y a aucun caractère obligatoire. Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Les entretiens qui ne seraient pas effectués en totalité sur décision des usagers de retirer leur participation à l'étude seront également retranscrits et analysés suivant la méthode initiale, sauf s'ils en exprimaient le refus. L'investigateur demandera systématiquement l'accord de chaque usager pour analyser un entretien qui n'aurait pas été mené jusqu'à son terme. Ce procédé sera également utilisé pour tout participant qui souhaiterait quitter l'étude après réalisation complète de l'entretien.

5- Droits des participants

Annexe n°2 bis : Information aux participants de l'étude.

Vous avez un droit d'accès, de rectification, un droit à l'effacement et à la limitation du traitement, ainsi qu'à la portabilité des données vous concernant, à tout moment sur simple demande auprès de l'investigateur de l'étude. Vous avez également le droit de faire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité de contrôle en charge du respect des obligations en matière de données à caractère personnel.

6- Durée de conservation des données

Les données à caractère personnel, représentées ici par l'enregistrement et la retranscription des entretiens, seront conservées jusqu'à 12 mois à compter de la date de la réalisation de l'entretien et seront définitivement supprimées une fois analysées.

7- Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de l'étude à laquelle Mme Bouccara Sharon vous propose de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Il s'agit des données concernant votre âge, votre sexe et votre ville ou vous exercer.

Ces données seront anonymisées et il n'y aura pas d'outil(s) d'identification utilisé(s) car chaque entretien sera intégralement retranscrit dans les suites immédiates de sa réalisation, permettant d'analyser le contenu de ces derniers sans aucune nécessité d'en identifier les participants associés. Chaque entretien sera enregistré au moyen de la fonction dictaphone d'un téléphone, puis sera retranscrit et stocker dans un ordinateur sécurisé par un mot de passe.

Cette recherche est qualifiée en recherche n'impliquant pas la personne humaine et ne dépend pas d'un comité de protection des personnes.

8- Coordonnées des personnes à contacter pour obtenir des renseignements complémentaires ou pour exercer vos droits

Vous pouvez faire appel au Dr Saynac Yohan par mail dr.saynac@gmail.com et/ou à Sharon Bouccara par mail bouccara.sharon@gmail.com.

Nous vous remercions de votre participation et du temps que vous nous avez consacré qui nous apportera de précieuses informations.

Annexe n°3 : Déclaration à la CNIL.



Référence CNIL :

2227580 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-001

reçue le 19 septembre 2022

Madame Sharon BOUCCARA ALIMI

49 RUE BERNARD GANTE
93250 VILLEMOMBLE

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Madame BOUCCARA ALIMI
Sharon
Service :
Adresse : 49 RUE BERNARD GANTE
CP : 93250
Ville : VILLEMOMBLE

N° SIREN/SIRET :
Code NAF ou APE :
Tél. : 0768589012
Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 22 septembre 2022

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

La santé sexuelle a été définie par l’OMS en 2002, comme faisant partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble.

Elle est un champ de la médecine générale qui ne doit pas être négligé.

La population LGBT (homme sexuellement actif avec les hommes, lesbienne, transgenre et bisexuel) présente des conditions de santé spécifiques et des vulnérabilités sur plusieurs aspects. Elle présente entre autres des spécificités sur les infections sexuellement transmissibles, la santé mentale, les consommations de drogues et les addictions.

Cette population a plus de risques d’IST.

En dépit de ces données épidémiologiques qui plaident pour une spécificité des populations homosexuelles et transgenres en matière de santé sexuelle, plusieurs travaux ont pu mettre en évidence que les questions relatives à la sexualité n’étaient pas suffisamment abordées en consultation de médecine générale.

Parallèlement, les particularités du département de la Seine-Saint-Denis en matière de multiculturalisme, précarité et importance des discriminations envers les LGBT accentuent les inégalités d’accès au soin et de bonne prise en charge de la patientèle LGBT.

L’objectif de cette étude était d’explorer les freins et facteurs favorisant l’abord de la sexualité auprès des patients homosexuels en consultation, auprès des médecins généralistes de Seine-Saint-Denis.

MÉTHODE

Il s’agit d’une étude qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès des médecins généralistes de Seine-Saint-Denis durant l’année 2022.

Une analyse thématique a été réalisée en utilisant une approche inductive générale afin de faire émerger des catégories permettant de dégager les significations centrales et évidentes parmi les données brutes et relevant des objectifs de recherche.

Onze médecins généralistes ont été interrogés entre le 26/01/2022 et le 04/04/2022.

RESULTATS

Ce qui ressort majoritairement de ce travail de recherche est que les médecins généralistes ont des difficultés à aborder la sexualité sous un angle professionnel, justifiant cette lacune par une demande de soin trop importante ou une dimension de l'être appartenant à l'intime.

Cet aspect permet d'expliquer en grande partie la non investigation par une grande partie des médecins de ce sujet, initialement social devenu actuellement partie intégrante du champ médical.

Ce travail met également en évidence qu'il persiste chez plusieurs médecins généraliste une représentation négative de la sexualité de la population LGBT.

L'influence du lieu d'exercice est perçue comme un frein pour la quasi majorité des médecins. Les médecins estiment que la population LGBT est minoritaire voir absente dans certains quartiers de la SSD ayant pour conséquence une ouverture sur la question parfois inexistante.

CONCLUSION

La santé sexuelle reste un sujet sensible au point que le professionnel de santé peut parfois être tenté d'en faire l'impasse.

Plusieurs médecins considèrent souvent qu'il s'agit là d'une affaire intime, personnelle et que s'aventurer dans ce domaine est de l'ordre de l'intrusion.

La sexualité est pourtant une dimension à part entière de l'exercice de la médecine générale qu'il convient d'investir, en offrant une ressource au bon soin des patients, en particulier les plus vulnérables.

Notre étude témoigne de difficultés associées à plusieurs facteurs modifiables.

Une sensibilisation des médecins à ces résultats serait nécessaire afin d'envisager une formation à ces spécificités afin de permettre une amélioration de la prise en charge envers la population LGBT.

MOTS CLÉS

Santé sexuelle

LGBT

Spécificité

Précarité

Médicalisation

Représentation

Médecin généraliste

ABSTRACT

INTRODUCTION

Sexual health was defined by the WHO in 2002 as an integral part of overall health, well-being and quality of life.

It is a field of general medicine that should not be neglected.

The LGBT population (men who are sexually active with men, lesbian, transgender and bisexual) presents specific health conditions and vulnerabilities on several aspects.

Among other things, it presents specificities on sexually transmitted infections, mental health, drug use and addictions.

This population is at greater risk of STIs.

Despite these epidemiological data, which argue for the specificity of the homosexual and transgender populations in terms of sexual health, several studies have shown that questions related to sexuality are not sufficiently addressed in general medical consultations.

At the same time, the particularities of the Seine-Saint-Denis department in terms of multiculturalism, precariousness and the importance of discrimination against LGBT people accentuate the inequalities in access to care and good management of the LGBT patient base.

The objective of this study was to explore the obstacles and factors favoring the discussion of sexuality with homosexual patients in consultation with general practitioners in Seine-Saint-Denis.

METHOD

This is a qualitative study conducted by individual semi-directed interviews with general practitioners in Seine-Saint-Denis during the year 2022.

A thematic analysis was carried out using a general inductive approach in order to bring out the central and obvious meanings among the raw data and relevant to the research objectives.

Eleven general practitioners were interviewed between 26/01/2022 and 04/04/2022

RESULTS

The majority of this research shows that general practitioners find it difficult to deal with sexuality from a professional perspective, justifying this lack of knowledge by the fact that they are too busy providing care or by the fact that sexuality is an intimate aspect of their lives.

This aspect helps to explain why a large proportion of doctors do not investigate this subject, which was initially social and has now become an integral part of the medical field.

This work also shows that many general practitioners still have a negative representation of the sexuality of the LGBT population.

The influence of the place of practice is perceived as an obstacle for the vast majority of doctors. Doctors believe that the LGBT population is a minority or even absent in some areas of the SSD, which results in a lack of openness on the issue.

CONCLUSION

Sexual health remains a sensitive subject to the point that health professionals may sometimes be tempted to ignore it.

Many physicians often consider this to be an intimate, personal matter and that venturing into this area is an intrusion.

However, sexuality is an integral dimension of general practice that should be addressed, offering a resource for the good care of patients, especially the most vulnerable.

Our study shows difficulties associated with several modifiable factors. Physicians need to be made aware of these findings in order to consider training in these specifics to improve care for the LGBT population.

KEYWORDS

Sexual health

LGBT

Specificity

Precariousness

Medicalization

Representation

General practitioner