



Julia Tarragon¹, Nassir Messaadi^{1,2},
Marie-Jeanne Martin³, Olivier Cottencin^{2,4},
Marc Bayen¹, Sabine Bayen^{1,5}

1. Département de médecine générale,
Université de Lille, Lille, France.

2. SCALab CNRS UMR 9193, Université
de Lille, Lille, France.

3. La Maison dispersée de santé, Université
de Lille, Lille, France.

4. Département de psychiatrie et addictologie,
Université de Lille, Lille, France.

5. INSERM UMR 1171, troubles cognitifs,
dégénératifs et vasculaires, Université de
Lille, Lille, France.

kroehnchen@hotmail.fr

exercer 2020;159:4-10.

Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale ?

How to approach the subject of the patient's sexual orientation in primary care?

INTRODUCTION

Les minorités sexuelles représentent une population vulnérable sur le plan médico-psycho-social¹. Elles sont regroupées aujourd'hui sous les acronymes LGBTQIAP (Lesbienne, Gay, Bisexuel[le], Transsexuel[le], Queer, Intersex, Asexuel[le] ou Pansexuel[le]) ou LGBT+ prenant en compte toutes les expressions possibles de l'identité de genre (IG) et de l'orientation sexuelle (OS) d'une personne et définissant son identité sexuelle (IS) (encadré 1).

Dans cette population, il est observé une augmentation du risque suicidaire^{2,3}. La discrimination, la stigmatisation ou l'homophobie peuvent être sources d'anxiété et de dépression, susceptibles d'entraîner une augmen-

tation des consommations de substances toxiques ou des troubles du comportement alimentaire²⁻⁴.

Cette population a plus de risques d'infections sexuellement transmissibles (IST)^{2,5,6}. Les premiers cas de syndrome d'immunodéficience acquise ont été découverts chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) dans les années 1970, entraînant une stigmatisation encore présente aujourd'hui⁷. Des vaccinations sont recommandées aux HSH contre le méningocoque C, les hépatites et, depuis mars 2017, contre le *Human Papillomavirus* (HPV).

Concernant les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF), peu d'études existent à propos de la transmission des IST, et l'édu-

• **Genre** : construction sociale désignant les rôles, comportements et activités socialement établis qu'une société donnée considère comme appropriés pour les femmes ou les hommes.

• **Identité de genre** : expérience individuelle du genre d'une personne qui peut correspondre ou non à son sexe biologique.

• **Identité sexuelle** : notion qui regroupe l'identité de genre et l'orientation sexuelle d'une même personne.

• **Orientation sexuelle** : capacité de chacun de ressentir une attirance émotionnelle, physique et/ou sexuelle envers des individus du sexe opposé et/ou du même sexe et d'entretenir des relations intimes et sexuelles avec eux.

• **Transidentité/personnes transidentitaires-transgenres** : les personnes transidentitaires/transgenres sont des personnes dont l'identité de genre n'est pas en accord avec l'identité assignée à la naissance sur la base du sexe biologique. Les transidentités désignent ainsi le fait de vivre, ponctuellement ou durablement, selon une apparence et des normes sociales qui diffèrent de celles assignées à la naissance.

Encadré 1 - Glossaire

Liens et conflits d'intérêts :
les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en relation avec le contenu de cet article.
Les liens d'intérêts éventuels de chacun des auteurs sont disponibles sur le site : www.transparence.sante.gouv.fr

cation se révèle souvent insuffisante. Cela proviendrait du fait qu'elles utilisent moins les services de soins que la population féminine hétérosexuelle, entraînant un retard ou une absence de prévention et de dépistage^{8,9}.

Les personnes transidentitaires demandent pour leur part un accompagnement adapté lors de leur transition hormonale ou chirurgicale². Il existe à ce jour peu d'études concernant cette population. Une étude réalisée en 2011 met en évidence le renoncement aux soins des personnes transgenres par peur des préjugés et de la transphobie¹⁰. Il semble évident que leur rapport au corps avant, pendant ou après la transition est différent de celui de la population générale. L'examen physique peut s'avérer délicat, entraînant une appréhension de la part des patients.

Le médecin généraliste (MG) est amené au cours de sa carrière à accompagner des personnes LGBT+. Il semble justifié qu'il connaisse l'OS et l'IG des personnes qu'il suit, afin de garantir un accompagnement centré sur la personne.

La consultation est le lieu d'une rencontre entre un MG et un patient. La relation médecin-patient se construit autour des représentations de chacun. Les représentations ont été définies comme une vision de la réalité qui guide les choix et les actes de la vie d'un individu¹¹. Il est important pour le MG de connaître ses propres représentations de l'OS et de l'IG pour éviter tout préjudice dans l'accompagnement de la personne. Pour Goffman, chaque interaction sociale peut se comprendre comme une scène de théâtre où l'individu est un acteur qui remplit un rôle¹². Lors de la consultation, le MG véhicule une image au patient par le biais de la représentation sociale : interviennent alors les expressions verbales et non verbales comme stratégies de communication mises en place par le MG.

L'objectif principal de cette étude était de comprendre comment les MG abordent l'OS des patients. Les

- D'après vous, quelle est la place d'un sujet tel que la sexualité des patients dans la consultation de médecine générale ?
- Est-il important pour vous de connaître l'OS des patients ? Pourquoi ?
- Connaissez-vous des particularités de prise en charge de la population LGBT ? Avez-vous des exemples ?
- Qu'en est-il de l'IS des patients ?
- Aimeriez-vous en connaître davantage sur les spécificités de santé ?
- Vous arrive-t-il de poser clairement la question à vos patients ? Pourquoi ? Comment ?
- Dans quelle situation avez-vous été amené à aborder la question de l'OS avec un patient ? Comment vous sentiez-vous ?
- Avez-vous déjà été confronté à des difficultés lors de l'accompagnement d'une personne LGBTQ+ ? Lesquelles ?
- Pensez-vous que ce sujet soit difficilement abordé par le MG ? Pourquoi ?
- Quels sont les freins, d'après vous ?
- Comment pourrions-nous améliorer la prise en charge en médecine générale de cette patientèle ?
- Quelles stratégies pourrions-nous mettre en place pour faciliter l'abord de l'OS ?

Encadré 2 - Guide d'entretien

objectifs secondaires étaient d'identifier les difficultés rencontrées par les MG et des pistes d'amélioration afin de proposer des stratégies pour favoriser la discussion autour des questions de la santé et de l'orientation sexuelle.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une étude qualitative par analyse inductive générale a été réalisée auprès de MG des Hauts-de-France.

Participants

Les participants devaient être des femmes ou des hommes MG, diplômés ou en cours d'études spécialisées, exerçant ou ayant exercé la médecine générale dans la région des Hauts-de-France. Les MG ayant une expérience uniquement hospitalière ou exerçant dans une autre région étaient exclus. Le recrutement des participants à l'étude a été effectué en variation maximale : sexe, âge, durée, mode et milieu d'exercice, pratique des soins des femmes et/ou de la psychologie en consultation. Ces critères ont per-

mis l'obtention d'un échantillon de MG avec des expériences et pratiques variées.

Le recrutement s'est effectué de novembre 2017 à mai 2018 selon le principe dit de la « boule de neige », à l'aide d'annuaires de praticiens, des sites de remplacement, des réseaux sociaux ou encore du bouche à oreille.

Recueil des données

Des entretiens individuels semi-directifs ont été conduits. Le guide d'entretien a été testé au préalable par l'investigatrice (JT). Il a évolué au fur et à mesure des entretiens afin d'être le plus pertinent possible par rapport aux objectifs de l'étude (encadré 2).

Les entretiens ont tous été menés par JT, à son domicile, au cabinet ou au domicile des MG ou encore à la faculté de médecine Henri-Warenbourg, selon la préférence des participants. Ils ont été enregistrés sur dictaphone et sauvegardés dans un document crypté avec le logiciel VeraCrypt, puis retranscrits *ad integrum* sous Word, anonymisés et désidentifiés.



Recherche | Orientation sexuelle

Analyse des données

L'analyse a été un processus évolutif et continu qui a débuté après le premier entretien. Elle a été réalisée au fur et à mesure du recueil de données, permettant de réajuster le guide et de vérifier la suffisance des données. Une analyse thématique a été réalisée à l'aide d'un codage axial. Un double codage a été réalisé indépendamment par deux chercheurs, permettant la triangulation des données et un renforcement de la validité interne de l'étude. Le logiciel NVivo 12® a été utilisé pour rendre l'analyse thématique reproductible et faciliter la collecte et l'analyse des données.

Aspects réglementaires

L'analyse d'entretiens sur les pratiques professionnelles de médecins ne nécessitait pas un accord du Comité de protection des personnes.

L'étude a reçu l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) le 27 octobre 2017.

RÉSULTATS

Onze MG ont accepté de participer à l'étude : 3 femmes et 8 hommes, âgés de 27 à 70 ans. Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le tableau. La suffisance des

données recherchée a été obtenue après 10 entretiens et confirmée par un entretien supplémentaire. Les entretiens ont duré 24 minutes en moyenne (de 11 à 47 min).

Connaissances

Les connaissances concernant la nomenclature utilisée pour parler de la population étudiée étaient variables d'un MG à l'autre, certains ne connaissant pas l'acronyme LGBT utilisé par JT. Les notions d'OS et d'IG étaient souvent confondues et ont nécessité des précisions de la part de JT : « *L'identité sexuelle c'est "est-ce qu'on est hétérosexuel, bisexuel" ? Ou alors c'est plus large, par rapport à son genre ?* » (M7).

Certains MG ont rapporté un manque de connaissances médicales concernant la population LGBT+ : « *Il me demande quelque chose (soupir) sur lequel j'ai peu d'info et peu de connaissances* » (M1) ; « *même par exemple pour les FSF, par rapport au risque VIH... si elles me posaient la question je ne voudrais pas être trop rassurant* » (M7).

Un MG a expliqué s'informer auprès de patients ou d'associations : « *On se met autour de la table avec le centre LGBT qui m'apprend des choses, avec le groupe Lesbiennes, le groupe Trans. Et à ce moment-là on commence à construire des réponses* » (anonyme).

Motivations à aborder l'orientation sexuelle

Un MG de l'étude a répondu ne jamais parler de sexualité : « *Je m'en fiche un peu, je considère que ce n'est pas tellement mon métier. Donc je... je préfère orienter vers quelqu'un qui a suivi une formation de sexothérapeute si le sujet est soulevé* » (M10).

Pour les autres MG, il était important de parler de sexualité pour un accompagnement centré sur la personne : « *Ça fait partie de la vie courante, donc, heu... tout ce qui rentre dans la vie courante des patients ça peut interférer avec leur état mental ou physique* » (M5) ; « *Ça fait partie de la santé au sens large du terme, ça fait partie de l'équilibre au sens large du terme* » (M11). Concernant plus précisément l'IS, il semblait essentiel de l'aborder pour un accompagnement global de la personne : « *L'identité de genre fait partie du fondement de la personnalité* » (M6) ; « *Tout ce qui touche à l'identité est forcément important* » (M11).

Sur le plan de la santé physique, la sexualité s'aborderait dans de nombreux contextes, comme la prévention, le dépistage. Concernant l'OS, M8 précisait : « *Récemment, le Haut Comité de santé publique a dit : Gardasil® pour les HSH, mais du coup si on n'a pas l'information on ne peut pas le proposer* ». Parler du vécu des

Participants	Sexe	Âge	Durée d'exercice	Mode d'exercice	Milieu d'exercice	Pratique des soins des femmes	Pratique de psychologie
M1	M	56	7 ans	MSP	Rural	Non	Oui
M2	M	34	4,5 ans	Groupe	Urbain	Non	Oui
M3	M	46	12 ans	MSP	Rural	Oui	Oui
M4	M	31	4 ans	Groupe	Urbain	Oui	Oui
M5	F	34	5 ans	Seule	Rural	Oui	Oui
M6	M	70	30 ans	Seul	Urbain	Non	Oui
M7	M	30	10 mois	Remplaçant	Urbain	Non	Oui
M8	M	27	5 mois	MSP	Urbain	Oui	Oui
M9	F	36	6 ans	Remplaçante	Urbain	Oui	Oui
M10	F	45	13 ans	Seule	Urbain	Oui	Oui
M11	M	64	30 ans	MSP	Urbain	Oui	Oui

Tableau - Caractéristiques des participants

patients, de leurs pratiques sexuelles (PS) semblait important pour s'assurer de leur bon état de santé : « *Il faut faire de la prévention sur... on peut utiliser une digue dentaire pour les rapports bucco-vaginaux* » (M7) ; « *Discuter par exemple avec les FSF de comment on utilise des sextoys, comment on les désinfecte ? Et si je les utilise avec différents partenaires ?* » (M11). Concernant les patients transidentitaires, M4 précisait : « *Ils ont des traitements hormonaux, un suivi avec des spécialistes, prévoient ou ont déjà réalisé des chirurgies* ».

Pour l'accompagnement psychologique des personnes, il était important pour la plupart des MG de parler d'OS : « *Il y a les souffrances liées à la sexualité qui n'est pas la sexualité classique, habituelle, qui font que, bah, ils sont en souffrance* » (M3).

Techniques d'abord par les MG

Alors que la plupart des MG s'accordaient sur l'importance de l'abord de l'OS et de l'IG, plus de la moitié a répondu ne pas poser la question aux patients : « *Je n'en ai pas le souvenir. Non, non* » (M3) ; « *Je n'ai pas posé la question une seule fois de l'identité sexuelle de quelqu'un* » (M8). Certains ont précisé laisser le patient l'aborder de lui-même : « *C'est eux qui viennent en parler, c'est plus simple* » (M5) ; « *Je le laisse venir* » (M6).

Des MG ont expliqué profiter du contexte pour poser la question : « *Dans le contexte de maladie, de dépistage, pour bien adapter les soins au patient* » (M4). Pour M6, la question « *doit être justifiée par rapport à la problématique du jour* ».

Parmi les 11 participants, un seul a répondu poser la question à chaque patient lorsqu'ils parlent de sexualité : « *Systématiquement ma question elle est là* » (M11).

La question ouverte était le plus souvent utilisée, avec des propositions de réponses afin de permettre aux patients de préciser leur OS. Une question type a été citée à plusieurs reprises : « *Avez-vous un, une ou des partenaire(s) ?* ».

Les difficultés ressenties

De nombreux freins ont été cités par les MG pour expliquer pourquoi la question n'était pas ou peu posée. Ils rapportaient le manque de temps en consultation, en particulier lorsque les patients ont plusieurs demandes : « *Est-ce qu'on va avoir le temps d'en parler, sans avoir l'impression d'être encore plus brut, un petit peu brut de décoffrage !* » (M7). Les craintes des MG ont également été citées, telles que la peur de s'immiscer dans la vie privée des patients, d'être perçu comme intrusif.

Un MG, après avoir déclaré être homosexuel, a expliqué ne pas oser poser la question de l'OS aux patients hommes : « *Je ne veux pas qu'ils pensent que je les drague !* » (anonyme).

Les représentations des MG auraient également un impact sur l'accompagnement. Plusieurs MG ont amené l'idée que la personne non hétérosexuelle aurait une présentation qui aiderait le MG à s'orienter vers une OS particulière de cette personne, entraînant parfois même un jugement de la part du MG : « *Il y a aussi peut-être tout simplement pour certains MG l'idée que soit ça se voit, soit ça ne se voit pas* » (M7). M8 a répondu percevoir « *quelques stéréotypes* ». M11 s'est inquiété du jugement d'une consœur qui aurait porté un jugement sur les PS de certains patients : « *Non, mais tu te rends compte de ce qu'ils font ?* » ; « *Attends, excuse-moi, ils font ce qu'ils veulent, l'essentiel c'est qu'il y ait plaisir, qu'il n'y ait pas de risque* ».

Les freins sociaux, culturels et religieux ont été cités comme des freins importants, dont il faudrait prendre conscience au sein de la consultation, afin qu'ils n'impactent pas l'accompagnement des personnes. Pour M10, « *il faut être au clair sur ce qu'on pense en tant qu'individu* » avant d'aborder la question en consultation.

L'expérience des MG, la formation médicale et l'exercice de la médecine propres à chaque MG pourraient entraîner un manque de connaissances concernant les personnes LGBT+. Si les MG n'ont pas connais-

sance des spécificités de santé de cette population, il leur semble alors injustifié de poser la question de l'OS aux personnes qu'ils suivent. D'autres ont peur de ne pas savoir répondre à la demande : « *Ma peur à moi c'est un ado qui vient me voir et voilà, je suis né dans le corps d'une fille mais je suis plutôt un garçon, j'ai envie d'une opération* » (M8) ; « *Comment je vais répondre à ça maintenant ?* » (M11).

Enfin, plusieurs MG se sont inquiétés de savoir s'ils pouvaient noter l'information dans le dossier médical, et où la noter pour ne pas l'oublier : « *Savoir où on le met dans le dossier, pour l'avoir en mémoire et tracer ce qu'on a proposé comme dépistage* » (M4).

Stratégies

Face à ces difficultés, les MG ont proposé différentes stratégies de communication pour faciliter l'abord de la question (figure, page suivante).

Tout d'abord, des stratégies de communication verbale telles que s'entraîner à poser la question de façon répétée. Plus le sujet est abordé, plus le MG et le patient seront à l'aise pour en parler : « *J'essaie de m'entraîner à le dire de manière simple, donc en principe ça va* » (M4). Poser la question de façon systématique, dès la première consultation, permettrait au MG d'avoir l'information pour chaque patient : « *Considérer que, jusqu'à preuve du contraire, toute personne qui est en face de moi je ne sais pas sa sexualité* » (M11).

Des stratégies de communication non verbale ont été proposées, avec la mise en place d'une relation d'écoute et de confiance avec absence de jugement : « *Il faut mettre en confiance, s'il est à l'aise, si on envoie des signaux positifs il sera plus à même d'en parler, il faut que la rencontre se fasse* » (M7) ; « *Plus c'est tranquille, plus on se rend compte que l'autre peut répondre tranquillement* » (M11). Une consultation dédiée pourrait être proposée pour aborder la sexualité avec moins de contrainte de temps.

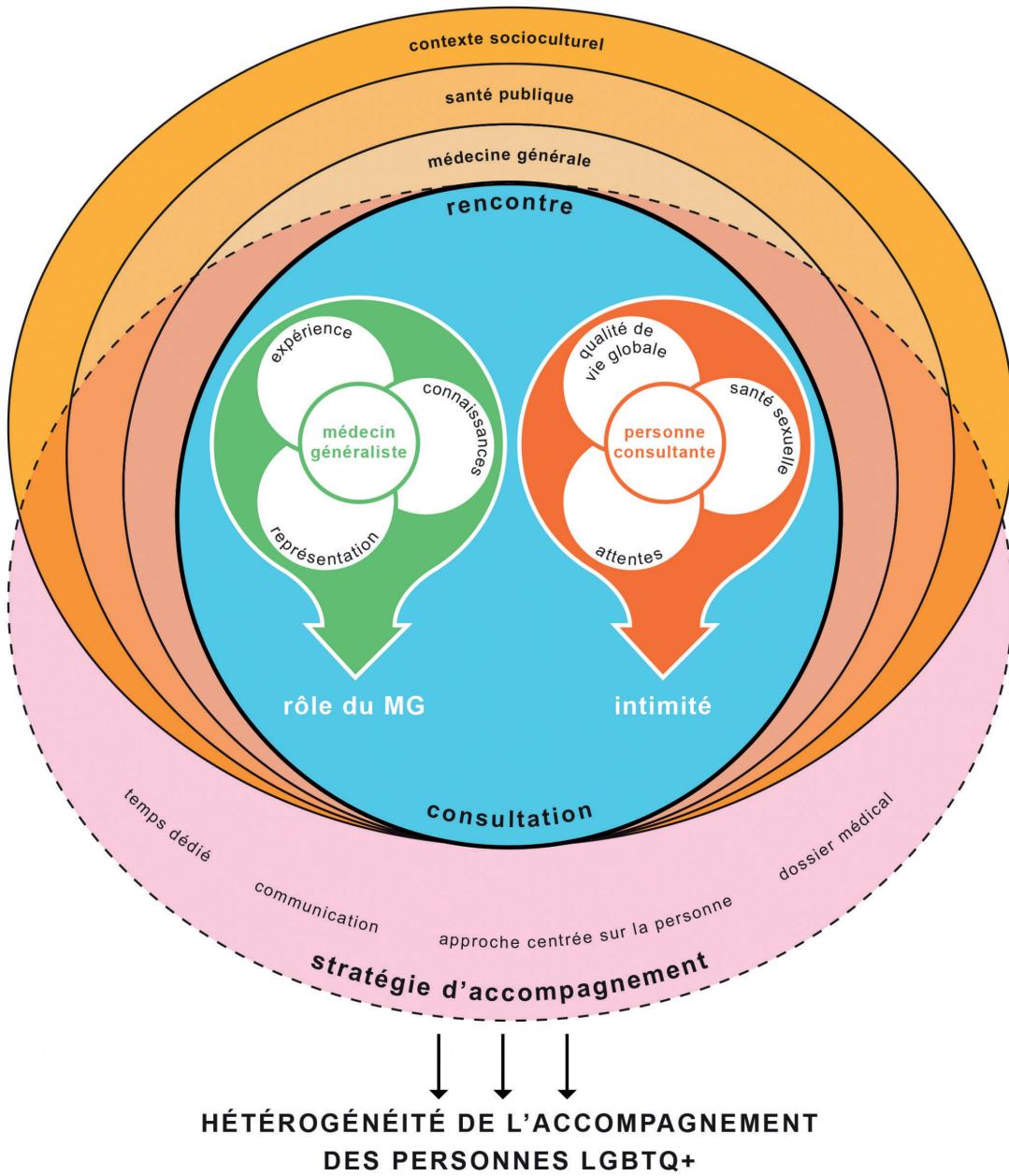


Figure - Les déterminants de l'abord de l'orientation sexuelle
© Joan Tarragon - Julia Tarragon

Des stratégies de santé publique ont été envisagées, telles que des guides de recommandations par la Haute Autorité de santé ou des campagnes de communication et de sensibilisation des médecins et des patients aux spécificités d'accompagnement des personnes LGBTQ+.

DISCUSSION

Cette étude qualitative a permis de comprendre les difficultés ressenties par les MG pour aborder l'OS et l'IG des patients en consultation. De nombreux freins ont été évoqués tels que le temps de la consultation,

les connaissances variables d'un MG à l'autre, ou encore leurs craintes et représentations vis-à-vis des patients. Les MG établissent des stratégies de communication verbale et non verbale face à un patient avec ses propres attentes et expériences de vie et de soins. Tous ces éléments

mettent en avant l'hétérogénéité de l'accompagnement du patient LGBT+ par le MG.

Connaissances de MG

L'abord de l'OS est difficile pour la majorité des participants. Des questions ont émergé concernant l'état des connaissances des MG vis-à-vis de la population LGBT+, des PS et des nouvelles sexualités.

Concernant les PS : selon l'enquête de Bajos et Bozon publiée en 2008, 4 % des femmes et 4 % des hommes ont eu ou ont occasionnellement ou régulièrement des rapports homosexuels¹³. Cette enquête parle des évolutions des PS, avec par exemple une augmentation des rapports oro-génitaux. Elle montre les limites du modèle binaire, du fait de l'existence d'un gradient entre les PS exclusivement hétérosexuelles et celles exclusivement homosexuelles décrites par les participants.

Attentes des personnes consultantes

Plusieurs MG se sont inquiétés de leur légitimité à aborder l'OS des patients en consultation. Plusieurs études ont montré que les patients attendent de leur MG qu'il aborde le sujet de l'IS lors de la consultation. Une étude américaine comparait les avis respectifs des MG et des patients concernant l'abord de l'OS ou de l'IG¹⁴. Plus de 7 MG sur 10 pensaient qu'ils offenseraients les patients en posant la question de l'IG ou de l'OS, alors que seulement 9 à 11 patients sur 100 se sentiraients clairement choqués si la question leur était posée. Il existait un contraste net entre les représentations qu'ont les MG des attentes des patients et leurs attentes réelles.

Dans une étude suisse réalisée auprès d'hommes, 95 % des participants ont répondu qu'ils trouveraients normal que le MG aborde le sujet de leur sexualité, dans un but d'accompagnement et de conseil, 90 % des participants souhaiteraient qu'il le fasse, plus de la moitié pensaient que

la sexualité devrait être abordée dès la première consultation lors du recueil de leurs antécédents¹⁵.

Enfin, une étude norvégienne s'est intéressée aux attentes des FSF : selon elles, il serait médicalement intéressant pour le MG de connaître leur OS afin de les connaître dans leur globalité et de faciliter la communication⁹. Ces différentes études montrent l'attente qu'ont les patients du MG qui les suit, et légitiment l'abord du sujet de l'OS.

Respect de l'intimité de la personne consultante

Différents MG de l'étude se sont inquiétés d'une intrusion dans la vie privée des personnes lors de l'abord d'un sujet aussi intime que l'identité sexuelle. L'OS et l'IG sont en effet des données intimes, se référant à l'identité de chaque personne. Aborder ces questions en consultation semble essentiel pour que le MG connaisse la personne qu'il suit, et nécessite de prendre en compte le vécu intime du patient dans la consultation.

La notion d'intimité reste subjective, elle est variable d'une personne à l'autre et dépend de l'histoire de chacun. L'intimité du patient entre dans la relation médecin-patient par la confiance, le dévoilement du corps et des sentiments. C'est ainsi que se crée l'identité du patient face au soignant, selon ce que le patient tend à dévoiler de son intimité¹⁶. La norme intime du MG et la norme intime du patient, se font ainsi face dans l'interaction qu'est la consultation.

Il semble donc essentiel pour le MG de prendre conscience de l'intimité propre à chaque patient avant d'aborder l'IS en consultation et ainsi ne pas paraître intrusif.

Secret médical et gestion du dossier médical

Concernant les inquiétudes des MG autour de la gestion du dossier médical, rappelons tout d'abord deux articles du code de la santé publique : l'article R4127-4 sur le respect du secret professionnel qui s'impose à tout médecin, et l'article R4127-45

sur le dossier médical du patient et la confidentialité des éléments notés nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. C'est par le maintien du secret médical que le respect de l'intimité du patient est garanti. Le MG peut transmettre les informations qui lui semblent nécessaires aux autres professionnels de santé, lors de la coordination des soins et de l'accompagnement du patient, une fois le consentement du patient recueilli. Lorsqu'il existe des dossiers médicaux partagés au sein d'un cabinet, il semble évident qu'il l'est à but médical, garantissant le secret professionnel entre les MG qui ont pu recevoir en consultation la personne. Il paraît justifié pour le MG de noter dans le dossier médical les informations concernant l'IS des personnes consultantes, le dossier médical étant soumis au secret professionnel.

Limites de l'étude

Les MG recrutés pour l'étude étaient motivés pour participer à l'étude et connaissaient le sujet avant la réalisation des entretiens, entraînant un biais de sélection. L'enquêtatrice était novice dans la réalisation d'entretiens, limitant l'interactivité en début d'étude. L'apprentissage de la technique d'entretiens au fur et à mesure de leur réalisation a été mis en avant par la durée croissante des entretiens réalisés.

CONCLUSION

Les MG éprouvent des difficultés à aborder l'OS des patients. Les principaux freins évoqués sont le temps de la consultation, les connaissances variables des MG et leurs craintes et représentations vis-à-vis des patients. Une question type est proposée pour chaque patient : « Avez-vous un, une, ou des partenaires ? » mettant en jeu les compétences d'écoute et de communication du MG, essentielles pour assurer un accompagnement adapté, global et centré sur la personne. ●



Résumé

Contexte. Les minorités sexuelles regroupées sous l'acronyme LGBT+ représentent une population vulnérable sur le plan bio-psychosocial. Il semble important que le médecin généraliste (MG) connaisse l'orientation sexuelle (OS) des personnes qu'il suit afin de garantir un accompagnement centré sur la personne.

Objectif. Comprendre comment les MG s'intéressent à l'OS des personnes qu'ils suivent et les stratégies mises en place pour faciliter l'abord de l'OS en soins primaires.

Méthode. Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés réalisés auprès de MG dans la région des Hauts-de-France. Les MG ont été recrutés de novembre 2017 à mai 2018. Les informations ont été recueillies jusqu'à l'obtention d'une suffisance des données. L'analyse thématique de données a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo12®.

Résultats. Onze MG ont participé à l'étude. Les questions autour de l'OS et de l'identité de genre (IG) ont une importance reconnue auprès des MG. Ils profitent en général des motifs de consultation pour aborder ce sujet. Ils préfèrent utiliser des questions ouvertes ou avec propositions de réponses « un, une, ou des partenaires(s) » pour obtenir une réponse précise. Ils rapportent de nombreux freins : le manque de temps, leurs craintes et représentations vis-à-vis des patients et de leurs attentes, et leurs expériences de formation et d'exercice. Ils proposent différentes stratégies de communication mises en jeu dans la relation qu'ils développent avec les patients, pour faciliter l'abord de la question dans le respect de l'intimité.

Conclusion. Les MG abordent difficilement l'OS des patients en consultation. Une question type est proposée pour chaque patient : « Avez-vous un, une ou des partenaires », mettant en jeu les qualités d'écoute et de communication des MG.

→ **Mots-clés :** médecine générale ; communication ; approche centrée sur la personne ; orientation sexuelle ; santé sexuelle.

Summary

Background. Regarding their medical, psychological, and social well-being, sexual minorities, Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT+) are a particularly vulnerable population. The General Practitioner (GP) should be aware of his patients' Sexual Orientation (SO) in order to guarantee person-centered care.

Aim. To understand how GPs address the question of their patients' SO and the strategies they use to optimize person-centered primary care.

Methods. Qualitative study using semi-structured face-to-face interviews with GPs in the North of France. Interviews with GPs were conducted from November 2017 to May 2018, until enough data was collected. A theme-based analysis was performed using the software NVivo12®.

Results. Eleven GPs were interviewed. The GPs seemed to find it important to ask their patients about SO and gender identity (GI). Most often they took advantage of the consultation motive to address the topic, and preferred to use open questions or, when necessary, suggested answers so as to clarify what they had been told. GPs reported numerous obstacles: lack of time; their apprehensions and perceptions of their patients' expectations concerning treatment and their representation of SO and IG; and their training and professional experiences. They suggested different communication strategies to be used in the physician-patient relationship, in order, to make it easier to address SO and IG, nevertheless respecting the patient's intimacy.

Conclusion. Collecting data on patients' SO and GI is difficult for GPs. Standardized questions with suggested answers could be used to clarify SO and GI, calling upon communication skills such as active listening.

→ **Keywords:** primary care; communication; patient-centered approach; sexual orientation; sexual health.

Références

1. Hammarberg T. Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe. 2nd ed. Strasbourg : Council of Europe Publishing, 2011.
2. McNamara MC, Ng H. Best practices in LGBT care: a guide for primary care physicians. Cleve Clin J Med 2016;83:531-41.
3. Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives. Saint-Denis : INPES, 2014.
4. Calzo JP, Blashill AJ, Brown TA, Argenal RL. Eating disorders and disordered weight and shape control behaviors in sexual minority populations. Curr Psychiatry Rep 2017;19:49.
5. Mayer KH, Bekker LG, Stall R, Grulich AE, Colfax G, Lama JR. Comprehensive clinical care for men who have sex with men: an integrated approach. Lancet 2012;380:378-87.
6. Wilkin T. Primary Care for Men Who Have Sex with Men. N Engl J Med 2015;373:854-62.
7. Altman D, Aggleton P, Williams M, et al. Men who have sex with men: stigma and discrimination. Lancet 2012;380:439-45.
8. Mravcak SA. Primary care for lesbians and bisexual women. Am Fam Physician 2006;74:279-86.
9. Bjorkman M, Målerud K. Being lesbian – does the doctor need to know? Scand J Prim Health Care 2007;25:58-62.
10. Chrysalide. Enquête Santé Trans 2011. Lyon : Chrysalide, 2011.
11. Jodelet D. Les représentations sociales. Paris : Presses universitaires de France, 1989.
12. Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne. Paris : Éditions de Minuit, 1956.
13. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Paris : La Découverte, 2008.
14. Maragh-Bass AC, Torain M, Adler R, et al. Risks, benefits, and importance of collecting sexual orientation and gender identity data in healthcare settings: a multi-method analysis of patient and provider perspectives. LGBT Health 2017;4:141-52.
15. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécout A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly 2011;141:w13178.
16. Kiefer B. Le médecin et l'intimité. Rev Med Suisse 2011;7:1176.