

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR ET DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Toulouse Purpan
par

Manon FLIPO
et
David NÚÑEZ MARÍN

Le 13 juin 2023

ATTENTES DES PATIENTES ET PATIENTS CONCERNANT L'ABORD DE LA SANTÉ SEXUELLE ET DE L'IDENTITÉ DE GENRE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Directeur de thèse : Dr Julien ARTIGNY

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	Président
Madame la Docteure Laetitia GIMENEZ	Assesseure
Monsieur le Docteur Julien ARTIGNY	Assesseur
Madame la Docteure Farida GAYRARD	Assesseure
Madame la Docteure Lara VOLLE-COUDERC	Assesseure

TABLEAU DU PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE :



Département Médecine, Maïeutique et Paramédical Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine 2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOQE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie Urologique et Cardiovasculaire
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREJUV Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURAS-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale
Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
 2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier
 Mme BONGARD Vanina
 M. BOUNES Vincent
 Mme BOURNET Barbara
 Mme CASPER Charlotte
 M. CAVAIgnAC Etienne
 M. CHAPUT Benoit
 M. COGNARD Christophe
 Mme CORRE Jill
 Mme DALENC Florence
 M. DE BONNECAZE Guillaume
 M. DECRAMER Stéphane
 Mme DUPRET-BORIES Agnès
 M. EDOUARD Thomas
 M. FAGUER Stanislas
 Mme FARUCH BILFELD Marie
 M. FRANCHITTO Nicolas
 M. GARRIDO-STÓVHAS Ignacio
 Mme GASCOIN Géraldine
 M. GUIBERT Nicolas
 M. GUILLEMINAULT Laurent
 M. HERIN Fabrice
 M. LAIREZ Olivier
 M. LEANDRI Roger
 M. LOPEZ Raphael
 M. MARTIN-BLONDEL Guillaume
 Mme MARTINEZ Alejandra
 M. MARX Mathieu
 M. MEYER Nicolas
 Mme MOKRANE Fatima
 Mme PASQUET Marlène
 M. PIAU Antoine
 M. PORTIER Guillaume
 M. PUGNET Grégory
 M. REINA Nicolas
 M. RENAUDINEAU Yves
 Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline
 Mme SAVAGNER Frédéric
 M. SAVALL Frédéric
 M. SILVA SIFONTES Stein
 Mme SOMMET Agnès
 M. TACK Ivan
 Mme VAYSSE Charlotte
 Mme VEZZOSI Delphine
 M. YRONDI Antoine
 M. YSEBAERT Loic

Chirurgie infantile
 Epidémiologie, Santé publique
 Médecine d'urgence
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Chirurgie orthopédique et traumatologie
 Chirurgie plastique
 Radiologie
 Hématologie
 Cancérologie
 Anatomie
 Pédiatrie
 Oto-rhino-laryngologie
 Pédiatrie
 Néphrologie
 Radiologie et imagerie médicale
 Addictologie
 Chirurgie Plastique
 Pédiatrie
 Pneumologie
 Pneumologie
 Médecine et santé au travail
 Biophysique et médecine nucléaire
 Biologie du dével. et de la reproduction
 Anatomie
 Maladies infectieuses, maladies tropicales
 Gynécologie
 Oto-rhino-laryngologie
 Dermatologie
 Radiologie et imagerie médicale
 Pédiatrie
 Médecine interne
 Chirurgie Digestive
 Médecine interne
 Chirurgie orthopédique et traumatologique
 Immunologie
 Rhumatologie
 Biochimie et biologie moléculaire
 Médecine légale
 Réanimation
 Pharmacologie
 Physiologie
 Cancérologie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Hématologie

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
 M. BIREBENT Jordan
 M. BOYER Pierre
 Mme FREYENS Anne
 Mme IRI-DELAHAYE Motoko
 M. POUTRAIN Jean-Christophe
 M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
 Mme PAVY LE TRAON Anne
 Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie et toxicologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dev. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOU LAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements aux membres du jury

À Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements pour votre intérêt et votre disponibilité et soyez assuré de notre profond respect.

À Madame la Docteure Laetitia GIMENEZ

Vous nous faites l'honneur de siéger dans notre jury de thèse. Veuillez accepter notre sincère gratitude pour votre disponibilité, votre bienveillance et l'expertise que vous apporterez à l'analyse de notre travail.

À Monsieur le Docteur Julien ARTIGNY

Tu nous fais l'honneur et le plaisir de siéger dans notre jury de thèse et d'avoir dirigé notre travail de recherche. Nous te remercions pour l'intérêt que tu as porté à cette recherche, pour ton accompagnement adapté et tes conseils bienveillants dans ce long parcours. Sois assuré de notre profonde gratitude.

À Madame la Docteure Farida GAYRARD

Vous nous faites l'honneur de siéger dans notre jury de thèse. Soyez assurée de l'importance que nous accordons à votre expertise et veuillez accepter notre sincère reconnaissance.

À Madame la Docteure Lara VOLLE-COUDERC

Tu nous fais l'honneur et le plaisir de siéger dans notre jury de thèse. C'est grâce à toi que nous nous sommes rencontrés. Tu es un exemple d'ouverture et de bienveillance dans notre discipline, la médecine générale. Nous te remercions pour ton accompagnement et ton soutien et t'adressons ici notre profond respect.

Remerciements personnels - Manon

À ma famille

Momo et Ludiour, pour m'avoir donné la possibilité d'arriver jusque-là en me laissant faire mes choix et en m'accompagnant dans mes projets, je vous en suis très reconnaissante !

Mes frère et sœur alias les débiles, Victor et Nana, qui partagez cette bizarrerie que je ne retrouve qu'avec vous.

Mamie Aline, Mamie Chou, Papy Albert, Papy Jo

Stéphanie, Jérôme, Angèle, Marie

Frédé, Justine, Timothé, Christelle

À mes ami·e·s

Reminisci

Laëtitia, tu n'es pas persona non grata (j'ai fini par apprendre ce que ça voulait dire).

Clémence, pour le début de la décadence. Sans toi les années de lycée et de fac n'auraient jamais été pareilles.

Coline, la meuf la plus folle que je connaisse (j'ai encore rêvé d'elle).

Caitline : pour tout ce qu'il s'est passé depuis 1998, les Fruit Basket, Bonhanza, Fifa, les Sims 2, puis toutes les pintes et les films d'horreur.

Les 6 du fond

Léo, pour les sessions BU toutes ces années, les sessions Rayman + pizza confit de canard, les sessions Gudetama au lever du soleil, danse du sol et autres partages de nourriture.

Louise, cocréatrice des 6 du fond je l'avoue, ce socle irremplaçable, présente en toute occasion, partageuse de fins de soirées et de chocapics.

Romane ou Oman ou le chalumeau, pour toutes les aventures vécues ensemble (Malte, Laos, Cambodge, Tunisie, c'est quoi la suite ? Mais ouaaaaais !).

Camille (Harry), je ne vais pas parler de ce dont on ne doit pas parler ici.

Lucie, non ta perruque n'est pas droite.

Les Zgougou

Alias les 6 du fond élargi·e·s d'une fusion tunisienne, **Jad** pour ses « petits paris », **Makram** (TM) et tous les autres Zgougou, des zoubi zoubi zou.

Les géologues, Anélia, Mehdi, Erika

L'internat de St Girons de 2019 et de 2021, en particulier à **Marie**, toujours prête à m'accueillir avec des jeux de société ou à faire des karaokés, et à toutes les autres.

À **David**, pour m'avoir permis de faire cette thèse avec toi. Ton ouverture d'esprit est très inspirante pour moi et je n'aurais pas pu rêver meilleur sujet ou meilleur co-thésard (même si tu es un Serpentard).

À **la famille Rime**, pour m'avoir souvent accueillie chez vous et intégrée comme un membre de la famille depuis de nombreuses années (et pour les Skyjo).

À **mes maître·sse·s de stage**, pour avoir fait de moi la médecin que je suis aujourd'hui.

Lara

L'équipe de Valence d'Agen : Xavier, Christophe, Pierre et toute la MSP

Les ariégeois·e·s : Marie, Olivier, Florent et l'équipe des urgences

L'équipe de diabétologie et de gériatrie de Villefranche-de-Rouergue

Aux participant·e·s de l'étude, pour vous être ouvert·e·s à nous. Ce fut un plaisir de vous écouter.

Et bien sûr à Charles-Hugo, ma solitude améliorée, pour tout ce qu'on a vécu depuis 2012 (OMG) et pour la suite.

Merci à toutes et à tous !!!

Remerciements personnels - David

A mi familia

Gracias por haber hecho de mí el que soy hoy: mamá, con tu cariño incondicional; papá, con tu buen humor; Gonzalo, acompañándome en todos los grandes momentos; Álvaro, velando por mí. Sois mis mejores consejeros. Gracias también por el rigor ortográfico y científico que me habéis transmitido, espero que algo quede plasmado en este trabajo. Gracias también al resto de Núñez, de Marín y allegados (cuñis incluidas).

À la famille Feix-Joanny

Charlie, tu as rendu possible cette thèse et tant d'autres choses. Partenaire de tous les projets, je suis heureux d'être à tes côtés au quotidien. J'ai hâte de continuer à construire notre avenir et notre chez nous. Merci pour tout.

Fabienne et Laurent, vous m'accueillez comme un de plus et avez le don de me faire sentir à ma place. Merci.

À la famille Ayzac-Barreda

Léna, tu m'accompagnes dans tous les bons moments et toutes les épreuves difficiles depuis bientôt 10 ans. Merci. À beaucoup d'autres décennies ensemble.

Ronan, tu es un modèle d'écoute et de bienveillance. Merci.

Philippe et Anne, vous m'avez reçu chez vous et dans vos vies, je vous remercie.

À Manon

Je ne savais pas dans quoi je m'engageais en faisant cette thèse. Je suis heureux de l'avoir faite avec toi, je n'aurais pas pu espérer une meilleure co-thésarde. Tu es le verre qui déborde d'optimisme, une boule d'énergie positive qui a porté ce travail jusqu'au bout à coup de Similos.

À mes ami·e·s

Solène, tu es ma plus ancienne et fidèle amie « à Toulouse », un roc, un repère et un modèle. Merci.

Gay Gang + minorités : vous êtes une source inépuisable de rires, bonne humeur et bons souvenirs. Merci d'être là. Merci Romain de nous avoir réuni·e·s et d'être la maman poule qui veille sur nous.

Charlotte, j'espère que tu sais combien je suis heureux de t'avoir rencontrée et d'être ton voisin. Merci d'être toujours là.

Merci à toutes celles qui m'accompagnent de près ou de loin : Fiesta Loca BCM 2.0 y liceanos, les couillères Kaka et Choupy, les Purpanonymous, Déborah, Gauthier, Paola, Ainhoa, Rox, Maeva et Pierre, Marta et Pablo, Anaïs et Micka, Mathieu, Santa et Romain, Guillaume et JP, etc.

À mes maître·sse·s de stage :

C'est grâce à vous que je suis devenu un médecin, je l'espère, compétent, bienveillant et ouvert. Merci d'avoir partagé votre savoir et votre savoir-être.

À l'équipe des cabinets Michelet et Bellevue

Médecins comme secrétaires, vous me faites me sentir chez moi. Merci particulièrement à toi, Estelle, pour ta confiance.

Aux participant·e·s de l'étude

Merci. Ce travail est aussi le vôtre.

SERMENT D'HIPPOCRATE DE MANON

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patientes et les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes consœurs et mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les humains et mes consœurs et confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE DE DAVID

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patientes et les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes consœurs et mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

“Openness may not completely disarm prejudice, but it’s a good place to start”

**L'ouverture ne désarme peut-être pas complètement les préjugés,
mais c'est un bon point de départ.**

Jason Collins

“Understand this if you understand nothing: it is a powerful thing to be seen”

**Comprends ceci si tu ne comprends rien :
c'est une chose puissante que d'être vu·e.**

Akwaeke Emezi

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS	2
INTRODUCTION	4
MATÉRIEL ET MÉTHODE	6
A. Type d'étude - Choix de la méthode	6
B. Population.....	6
C. Recueil des données.....	6
D. Analyse des données.....	7
E. Aspects réglementaires et éthiques.....	7
RÉSULTATS	9
A. Population étudiée	9
B. Un souhait d'aborder la SSIG avec les MG.....	9
C. Une volonté de visibilité.....	11
D. Les caractéristiques des PDS : avec quelles et quels PDS les personnes interrogées souhaitaient-elles aborder la SSIG ?	12
1) Caractéristiques intrinsèques	12
2) Caractéristiques extrinsèques.....	13
E. Déroulement de la consultation	15
1) Aspects techniques.....	15
2) Rôles attendus des médecins par les personnes interrogées.....	17
3) Comment aborder, comment ne pas aborder	19
DISCUSSION	22
A. Résultats principaux - schéma explicatif.....	22
B. Comparaison avec la littérature	24
1) Les MG, interlocutrices et interlocuteurs de choix pour aborder la SSIG ?..	24
2) Un besoin de créer une atmosphère ouverte, un environnement de soins favorable	25
3) L'abord de la SSIG en pratique	27
4) Les médecins généralistes et l'abord de la SSIG	31
C. Forces et limites.....	31
D. Perspectives	33
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	35
ANNEXES	40

LISTE DES ABRÉVIATIONS

(toutes les abréviations ont été ici écrites au singulier, mais peuvent être utilisées au pluriel)

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

COREQ : *C*onsolidated *c*riteria for *R*eporting *Q*ualitative *r*esearch - en français « critères consolidés pour les rapports de recherche qualitative »

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

HPV : Human PapillomaVirus ou virus du papillome humain ou papillomavirus humain

HSH : Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

IG : Identité de Genre

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LGBT+ : Lesbienne, Gay, Bisexuelle ou bisexuel, Trans et autres

MG : Médecin Généraliste

MPR : Médecin de Premier Recours

OS : Orientation Sexuelle

PDS : Professionnelle ou professionnel de Santé

PS : Pratique Sexuelle

RATS : *R*elevance of the *s*tudy *q*uestion, *A*ppropriateness of *q*ualitative *m*ethod, *T*ransparency of *p*rocedures, *S*oundness of *i*nterpretative *a*pproach, correspondant aux différentes catégories de la grille - en français « Pertinence, Approche, Procédures, Cohérence »

SSIG : Santé Sexuelle et Identité de Genre

WONCA : *W*orld *O*rganization of *N*ational *C*olleges, *A*cademies and *a*cademic *a*ssociations of *g*eneral *p*ractitioners/*f*amily *p*hysicians, souvent abrégé en *W*orld *O*rganization of *F*amily *D*octors - en français « Organisation Mondiale des Médecins Généralistes »

Écriture inclusive

Nous avons tenu dans cette thèse à utiliser l'écriture inclusive, qui peut être décrite comme un ensemble d'attentions graphiques et syntaxiques permettant d'assurer une égalité des représentations entre les femmes et les hommes. Elle peut se traduire par l'utilisation de termes épïcènes, c'est-à-dire dont la forme ne varie pas selon le genre, c'est pourquoi nous avons parfois préféré « personnes interrogées » à « participantes et participants ». Elle peut aussi se traduire par l'utilisation du point médian « · » pour séparer la forme masculine de la forme féminine d'un mot, par exemple dans « les patient·e·s », qui pourrait se lire « les patientes et les patients ». Il existe également certains néologismes courants qui mêlent le masculin et le féminin, comme « toustes » pour « toutes et tous », « ceux » pour « celles et ceux », ou encore le néopronom inclusif « iels » plutôt que « elles et ils ».

Si la lecture en écriture inclusive peut être surprenante au début, il est facile de s'y habituer. Nous avons souhaité l'utiliser dans le but de respecter l'identité de genre de toutes les personnes interrogées, parmi lesquelles une utilisait des pronoms inclusifs (iel). Nous l'avons aussi voulue pour ne pas invisibiliser les femmes dans notre discours, en effet un sondage de 2017 a montré que les formulations inclusives ou épïcènes donnaient jusqu'à deux fois plus de place aux femmes dans les représentations spontanées (1).

Malheureusement, l'université a refusé l'utilisation de l'écriture inclusive avec un point médian. Nous avons donc modifié le manuscrit pour répondre aux critères demandés et avons essayé à chaque fois d'utiliser un mot épïcène ou d'inclure le mot féminin et masculin au lieu d'utiliser le point médian. Ceci peut parfois alourdir la lecture.

Par souci de véracité et de rigueur, nous avons conservé l'écriture inclusive avec points médians dans certaines des annexes pour présenter les documents tels qu'ils ont été utilisés lors de la recherche.

INTRODUCTION

Environ une personne sur deux ayant des rapports avec des personnes de même sexe déclare n'avoir jamais parlé de son orientation sexuelle avec sa médecin traitante ou son médecin traitant et huit sur dix que celle-ci ou celui-ci ne leur a jamais posé la question (2).

Pourtant, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé sexuelle est un déterminant fondamental pour la santé globale et le bien-être des individus, des couples et des familles. Les problématiques liées à la santé sexuelle englobent l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les pratiques sexuelles (3).

Nous utilisons dans cette étude les termes de santé sexuelle pour désigner l'orientation sexuelle (OS) et les pratiques sexuelles (PS). Nous abordons également l'identité de genre (IG) qui est à distinguer de l'orientation sexuelle : l'orientation sexuelle réfère à l'attraction affective et sexuelle pour une autre personne, tandis que l'identité de genre est le sentiment profond et intrinsèque de son propre genre (4).

Les minorités sexuelles et de genre (les personnes non cisgenres et non hétérosexuelles) font face à des disparités de santé liées à la stigmatisation sociétale, aux discriminations et au rejet de leurs droits civils et humains (5).

En effet, même si, en France et dans le monde, les avancées sur la protection et l'évolution des droits des personnes LGBT+ (Lesbiennes, Gays, Bisexuelles, Trans et autres) (2,6) sont accompagnées d'une amélioration de leur visibilité et de l'acceptation sociale (2), les discriminations envers les minorités sexuelles et de genre persistent voire augmentent. Aux États-Unis par exemple, certains états interdisent aux institutrices et instituteurs d'évoquer les questions d'homosexualité et d'identité de genre avec leurs élèves (6). En France, le Rassemblement National a lancé en avril 2023 une association parlementaire ayant pour but de « lutter contre l'écriture inclusive, la “propagande LGBT” à l'école, ou la “menace transgenre” pour le sport féminin » (7).

Toujours en France, 35 % des personnes LGBT ont déclaré en 2019 avoir fait l'expérience d'au moins une forme de discrimination en raison de leur orientation sexuelle ou identité de genre au cours de leur vie (2). Elles sont deux à trois fois plus souvent exposées à des violences que les personnes hétérosexuelles (2).

Ces violences et cette discrimination provoquent des effets durables sur la santé individuelle et sur la communauté, et il existe des spécificités de santé liées aux soins des patientes et patients selon leur orientation affective/sexuelle, leurs pratiques sexuelles et leur identité de genre (2,5,8,9).

Les personnes LGBT+ ont un surrisque d'anxiété, de dépression, de comportements suicidaires et de consommation de substances psychoactives et de tabac (2,5,8,10).

Les HSH (Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes) représentent 43 % des découvertes de séropositivité en France entre janvier 2010 et septembre 2020 et sont plus touchés par les autres IST (Infections Sexuellement Transmissibles) (2). Les HSH sont également plus à risque de cancer de l'anus lié aux HPV (papillomavirus humain) (11).

Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes sont elles aussi concernées par les IST et les femmes qui déclarent des pratiques homosexuelles rapportent un plus grand nombre de partenaires et une prévalence plus élevée d'IST (2,10,12).

Certains cancers sont plus fréquents chez les femmes homosexuelles et bisexuelles comme le cancer du sein ou le cancer de l'endomètre. Elles ont une prévalence plus importante des facteurs de risques de cancer (nulliparité, consommation d'alcool et de tabac, surpoids) (10–13) ou recourent moins souvent aux contrôles gynécologiques et aux frottis (4,5,11,12). Elles sont aussi plus à risque de surpoids et d'obésité et donc de pathologies cardiovasculaires (5,13,14).

Les personnes transgenres sont quant à elles plus à risque d'exclusion du système de soin, de pathologies psychiatriques induites par le stress de minorité ou d'IST (10). Elles peuvent également être exposées aux effets indésirables de l'hormonothérapie (10).

Ces spécificités de santé requièrent donc une attention particulière de la part des professionnelles et professionnels de santé.

Cependant, ces dernières et derniers manquent de connaissances sur ces spécificités de santé et abordent peu (2,4,15,16) le sujet de la santé sexuelle et de l'identité de genre en consultation, malgré des recommandations spécifiques (9,12). Dans une étude française de 2020, plus de la moitié des médecins généralistes déclarent ne pas poser la question de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre aux patientes et patients, alors que la plupart s'accordent sur l'importance de l'abord (16).

Cela contribue à augmenter les disparités en termes de santé chez les minorités sexuelles (10,12,15).

Nous supposons donc qu'il est important d'aborder le sujet en consultation de médecine générale.

Peu d'études se sont intéressées aux attentes des patientes et patients à propos de l'abord de ces sujets en médecine générale.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les attentes des patientes et patients concernant l'abord de la santé sexuelle et de l'identité de genre en consultation de médecine générale.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Type d'étude - Choix de la méthode

Le choix de la chercheuse (MF) et du chercheur (DNM) s'est porté sur la méthode qualitative. Celle-ci était la plus appropriée pour explorer les attentes en matière d'abord de la santé sexuelle et de l'identité de genre. Il a été choisi de réaliser une analyse inductive générale avec thématisation. La chercheuse et le chercheur ont essayé de se conformer aux grilles de lecture de recherche qualitative RATS et COREQ, présentées en annexe 1 (17).

B. Population

La population étudiée était celle des personnes majeures résidant en France. Un échantillonnage raisonné à variation maximale a été mené auprès de cette population suivant des critères de genre, d'orientation sexuelle et de pratiques sexuelles, ainsi que d'âge quand cela a été possible.

Le recrutement s'est effectué de septembre 2021 à février 2023 avec une lettre d'information diffusée à travers les réseaux sociaux, un affichage en salle d'attente d'un cabinet médical prenant en charge des personnes LGBT+ et par le bouche-à-oreille. La lettre d'information pour le recrutement est présentée dans l'annexe 2.

Un questionnaire recueillant des données sociodémographiques et de santé sexuelle a ensuite été envoyé par courriel aux volontaires pour permettre de sélectionner des profils variés. Ce questionnaire ou "talon sociologique" est présenté en annexe 3.

C. Recueil des données

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été conduits séparément par la chercheuse (MF) et le chercheur (DNM) à l'aide d'un guide d'entretien commun.

Le guide d'entretien a été soumis à relecture à plusieurs chercheuses et chercheurs avant son utilisation dans l'étude. Au cours de l'étude, le guide d'entretien a évolué avec le rajout d'une question sur une expérience concrète au début afin de mieux mettre à l'aise les personnes interrogées (à partir de P3M et P3D). Le guide d'entretien est présenté dans l'annexe 4.

Les entretiens ont été menés par vidéoconférence ou en présentiel dans des lieux différents suivant les préférences des personnes interrogées : bar, lieu de travail, domicile. Une prise de notes pouvait être effectuée pour guider l'entretien en fonction des réponses

des personnes interrogées. Dans les cas où une participante ou un participant connaissait la chercheuse ou le chercheur, l'entretien a été mené par l'autre personne, à l'exception des entretiens de P1M et P1D. Les entretiens ont été enregistrés (audio et/ou vidéo) et sauvegardés puis retranscrits intégralement sur un logiciel de traitement de texte et anonymisés. Chacune des personnes chercheuses a retranscrit les entretiens qu'elle avait menés en y apposant le contexte d'énonciation. Un exemple de contexte d'énonciation et un extrait de verbatim sont présentés dans l'annexe 5.

Les entretiens ont été conduits jusqu'à l'impression subjective de la chercheuse et du chercheur de suffisance de données. Deux entretiens supplémentaires ont été conduits. Au total, 11 entretiens individuels ont été menés.

D. Analyse des données

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de l'étiquetage indépendant de la chercheuse et du chercheur. L'étiquetage initial a été réalisé à l'aide d'un logiciel de traitement de texte.

Le regroupement des étiquettes et la thématisation ont été réalisés de manière conjointe par la chercheuse et le chercheur grâce à l'outil de *mind-mapping* du logiciel Whimsical. Un extrait de ce *mind map* (carte heuristique) est présenté dans l'annexe 6.

E. Aspects réglementaires et éthiques

Chaque personne interrogée a été informée de la confidentialité et de l'anonymat avant et après les entretiens. Toutes les personnes interrogées ont signé une fiche de consentement (annexe 7) et leur droit de correction et de rétractation leur ont été expliqués.

Pour garantir la confidentialité, les entretiens ont été anonymisés lors de la retranscription en supprimant les noms propres ou données identifiantes. Un code alphanumérique a été attribué à chaque personne interrogée (ex. P3M).

L'étude menée ne nécessitait pas l'accord d'un CPP (Comité de Protection des Personnes), elle ne relevait pas de la loi Jardé. L'étude a été déclarée au DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale) de Toulouse concernant le Règlement Général de Protection des Données et la chercheuse et le chercheur inscrite et inscrit au tableau d'enregistrement recherche et thèses pour la déclaration de conformité CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) du DUMG. Elle respecte la méthodologie de référence MR - 004.

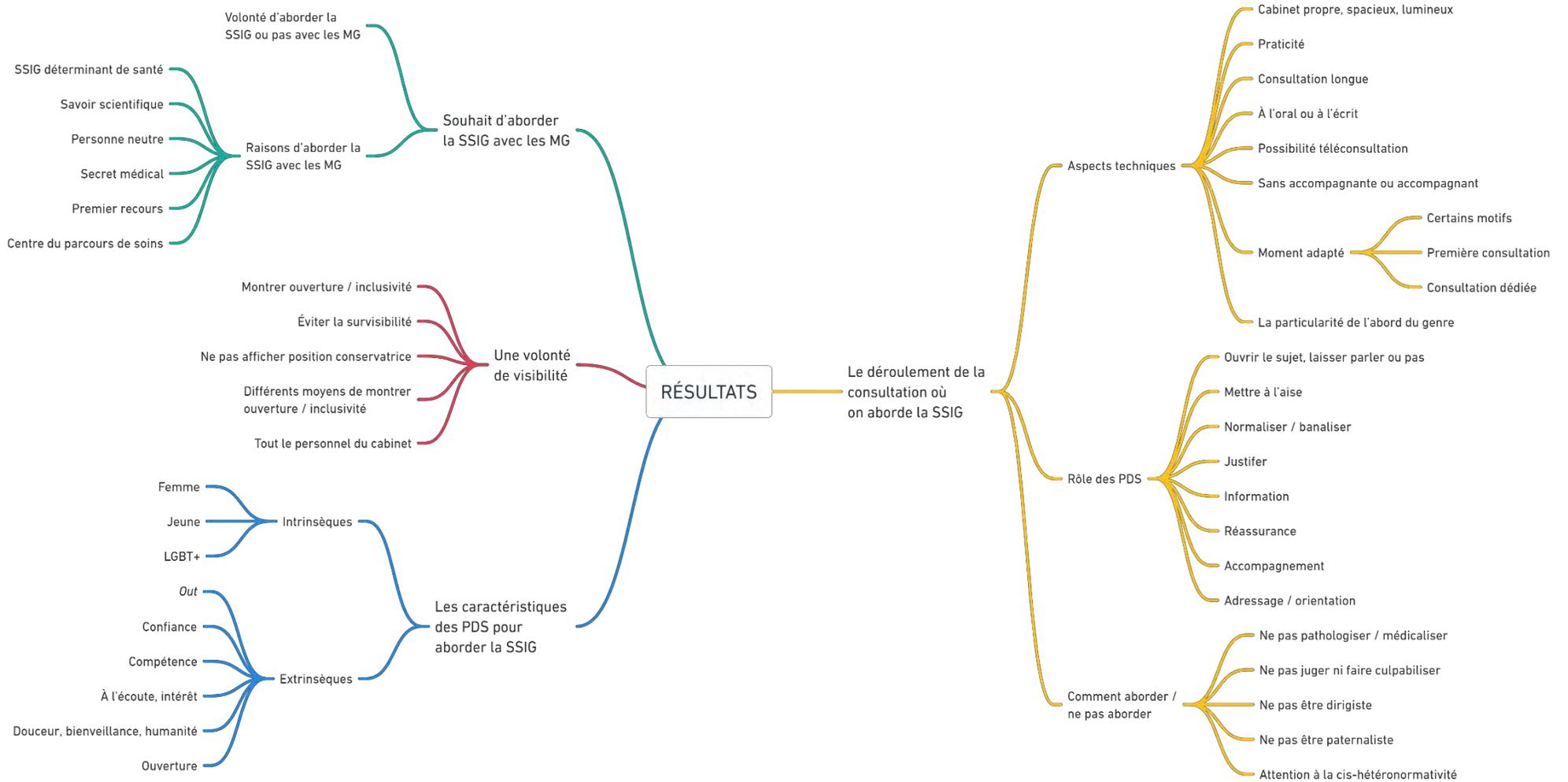


Figure 1 : Plan des résultats sous forme de carte heuristique ou *mind-map*

RÉSULTATS

Le plan des résultats est présenté sous forme de carte heuristique ou *mind-map* dans la page ci-contre (figure 1).

A. Population étudiée

Onze personnes, âgées de 22 à 44 ans, ont participé aux entretiens. Les orientations romantiques/sexuelles, les pratiques sexuelles et les identités de genre étaient variées. Les caractéristiques des personnes interrogées sont décrites dans les tableaux de l'annexe 8.

La durée des entretiens variait de 16 à 70 minutes. La moyenne était de 40 minutes.

B. Un souhait d'aborder la SSIG avec les MG

La plupart des personnes interrogées déclaraient qu'elles **ne seraient pas gênées** d'aborder la santé sexuelle et l'identité de genre (SSIG) avec une professionnelle ou un professionnel de santé (PDS) « *Ça me dérangerait pas d'y répondre* » (P1D). Dans le même temps, elles étaient d'accord sur le fait que la SSIG sont un **sujet tabou**, en particulier la santé LGBT+, moins visible « *pour les hétéros euh ya plus de facilité ààà, fin ya moins de tabou* » (P5M). Afficher l'ouverture à l'abord de la SSIG permettait de rompre le tabou « *des affiches beh "osez en parler" ou "posez vos questions"* » (P2D).

Une partie des personnes interrogées n'avaient **jamais abordé** la SSIG avec une ou un PDS ou ne l'avaient abordée que superficiellement « *pas du tout, elle m'a posé aucune question ! Elle m'a posé aucune question. Non. Elle m'a posé du coup aucune question sur mes pra, mes pratiques sexuelles* » (P5D), et auraient aimé l'aborder plus en profondeur.

Elles étaient d'ailleurs presque unanimes sur **l'importance d'aborder la SSIG** en consultation de médecine générale « *Fondamental* » (P2M), « *il le faut, ah non non, il le faut, il le faut, il le faut. Il le faut* » (P3D).

Deux des personnes interrogées ne voyaient pas l'intérêt d'aborder le sujet systématiquement avec les médecins généralistes (MG) : P1D et P6M (qui soulevait tout de même l'importance d'aborder le genre).

Les **raisons** pour lesquelles les personnes interrogées souhaitaient aborder la SSIG avec les MG étaient variées et les MG étaient vues et vus comme des interlocutrices et interlocuteurs privilégiées ou privilégiés « *si on le dit pas au médecin, à qui on le dit ?* » (P5M).

La SSIG étaient en effet vues comme des **déterminants de santé** qui pouvaient mener à une prise en charge adaptée « *c'est prendre en, en compte la santé de la personne dans sa globalité. Et comme ça je pense que les investigations médicales, les diagnostics, peuvent être quand même plus précis, fiables, et ça fait aussi gagner du temps...* » (P4D).

Les MG étaient également perçues et perçus comme des personnes détentrices d'un **savoir scientifique et fiable** « *pour avoir l'info et surtout ya une forme de confiance en se disant que le médecin c'est quelqu'un qui a fait des études tout ça et donc du coup qui va savoir vraiment nous renseigner de façon objective avec des études à l'appui* » (P4M). Ceci permettait d'avoir accès à une meilleure prévention « *plus t'as de comment dire de capacités à en parler avec ton médecin traitant moins tu prends de risque. Pour savoir un peu comment se protéger selon son orientation sexuelle* » (P1M).

Les MG étaient potentiellement des personnes **neutres et extérieures à l'entourage** « *j'aimerais, moi, en tant que patiente, pouvoir aborder ça avec un professionnel, parce que je peux jamais en parler à qui que ce soit* » (P5D).

Le **secret médical** était rassurant pour aborder le sujet « *ce qui est rassurant [...] c'est le fait de, de se dire qu'on va pouvoir en parler à un professionnel [...] qui va garder entre ses 4 murs ce qu'on peut lui dire* » (P5D).

Enfin, la facilité d'accès, le fait que les MG soient les PDS de **premier recours** et qu'elles et ils soient potentiellement au **centre du parcours de soins** étaient des points relevés par les personnes interrogées. « *Parce que le médecin généraliste c'est l'une des premières personnes de contact de toute une chaîne, et c'est aussi la première personne de contact individuel avec le système de santé, la porte d'entrée* » (P2M) ; « *il faut une personne qui est référente de dossier, le médecin traitant ou la médecin traitante est tout à fait [...] dans ce rôle-là* » (P3D).

Les personnes interrogées qui **avaient déjà abordé** la SSIG avec des PDS se divisaient en deux groupes. D'abord, certaines étaient satisfaites « *je suis ravie de l'avoir trouvé parce que, parce que ça permet d'avoir un endroit où on peut parler librement sans contraintes* » (P3D). D'un autre côté, certaines avaient été déçues de la réaction des PDS « *quand je lui ai, voilà, parlé de mon orientation sexuelle euhh, clairement elle a eu un mouvement de recul* » (P5D).

C. Une volonté de visibilité

Les personnes interrogées **souhaitaient que les PDS montrent leur ouverture à l'abord de la SSIG**, « *que ça fait partie de sa démarche de parler de ces sujets, qu'il est ouvert à ça* » (P2M). Elles disaient en effet ne pas savoir à l'avance si les PDS allaient être adaptées et adaptés pour parler de SSIG.

Les personnes LGBT+ souhaitaient avoir de la visibilité sur les possibilités d'aborder la **santé LGBT+** en particulier « *c'était très difficile de trouver quelqu'un d'inclusif* » (P4D). Elles voulaient que la visibilité puisse atteindre les minorités sexuelles et de genre souvent exclues du système de soin « *il faut toucher cette minorité* » (P3D). Elles pouvaient aussi avoir vécu des expériences qui conduisaient à la peur de la réaction des PDS à l'abord du sujet « *j'ai toujours une petite crainte* » (P5M).

La visibilité devait être stratégique, **en évitant une survisibilité**. Une communication trop visible sur la santé LGBT+ risquait d'*outer* (ici dévoiler l'appartenance LGBT+) les personnes concernées « *je veux bien être accueillie dans un cabinet où j'ai un arc-en-ciel qui traîne. Alors j'en veux pas 50 mille. Mais dans un endroit stratégique, où je rentre. J'en veux pas par exemple sur la porte d'entrée, si la porte d'entrée est sur la rue, j'ai pas besoin que tout le monde sache que je rentre dans un cabinet qui est friendly et que peut-être je le suis, parce que ce serait de l'outing* » (P3D). Une communication trop visible au cabinet pouvait également gêner « *je sais pas si les plaquettes est-ce qu'on les met dans la salle d'attente, aux yeux de tout le monde, avec les conservateurs, tu vois ? Ou c'est des plaquettes qu'on met dans le bureau, et un peu visibles, un peu pas visibles, et euh tu peux donner au moment de l'abord des sujets avec le patient, ça c'est à voir parce qu'il y a quand même une patientèle qui risque de...* » (P1M).

L'affichage d'une **position conservatrice n'était pas souhaité** non plus « *si j'arrive et que le cabinet est soit dans une disposition qui me renvoie, et c'est pour ça que c'est un peu injuste, me renvoie à un univers que j'estime rétrograde ou un peu réactionnaire, ben justement je vais me limiter au strict minimum* » (P2M).

Différents **moyens de montrer la possibilité d'aborder la SSIG** étaient cités : un questionnaire avec des questions concernant la SSIG « *si je vois ça je vois "ah c'est une personne qui s'y connaît" donc c'est une personne qui va être safe sur ce point-là* » (P5M), des affiches ou un écran de prévention dans la salle d'attente « *je colle ça dans mon cabinet, je suis prêt à en parler* » (P2M), une consultation dédiée proposée sur le logiciel de prise de rendez-vous. Les PDS pouvaient également se présenter comme *safe* (terme anglais, en

français on utilise parfois l'anglicisme *secure*, ou les mots *sûre* ou *sûr*, *sécurisante* ou *sécurisant*) à l'oral en ouvrant le sujet.

Les PDS ouvertes et ouverts au sujet pouvaient également être connues ou connus par le bouche-à-oreille, par la communauté.

Une **communication spécifique LGBT+-friendly** (faisant preuve d'ouverture envers les membres de la communauté LGBT+) était parfois souhaitée et recherchée, notamment sur internet « *j'ai cherché sur internet [...] j'ai cherché psy euh LGBT* » (P6M). L'affichage *friendly* pouvait donc se faire par le référencement des médecins, mais aussi avec des drapeaux ou des stickers dans le cabinet « *Mets deux, trois arcs-en-ciel [...] puis la personne va se sentir bien* » (P3D).

Les autorités sanitaires pouvaient avoir un rôle dans le référencement « *l'ARS [Agence Régionale de Santé] pourrait faire signer des partenariats avec certains médecins* » (P3M) ou dans la création d'une consultation dédiée à la SSIG à l'adolescence « *il suffirait d'envoyer le petit papier sécu* » (P3D). Les centres de référence comme les CeGIDD (Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) étaient aussi cités pour aborder la SSIG.

Enfin, il était du ressort de **tous les intervenantes et intervenants** du cabinet de créer un espace *safe* pour faciliter l'abord de la SSIG « *il faut créer le cadre safe et je suis pas sûr [...] que ce soit que le médecin mais il peut aussi y avoir je sais pas la secrétaire ou le secrétaire à l'accueil, même les infirmiers et infirmières* » (P3M).

D. Les caractéristiques des PDS : avec quelles et quels PDS les personnes interrogées souhaitaient-elles aborder la SSIG ?

1) Caractéristiques intrinsèques

Les personnes interrogées avaient une préférence pour les PDS jeunes, qui étaient considérées et considérés comme des personnes plus ouvertes et mieux formées sur la SSIG. Elles se sentaient généralement plus à l'aise avec des PDS femmes « *j'essaie d'aller voir des docteurs jeunes, souvent les femmes je suis plus à l'aise* » (P5M). Les PDS LGBT+ étaient parfois favorisées et favorisés. Certaines personnes n'accordaient pas d'importance à ces critères « *ça me freinerait pas d'en parler à, à un professionnel homme ou femme, par exemple. [...] Euh, par rapport à l'âge du professionnel aussi, ça me freinerait pas* » (P5D).

2) Caractéristiques extrinsèques

L'abord de la SSIG pouvait être facilité par l'attitude, le positionnement des PDS « *ça passe par un certain comportement* » (P2M).

Une ou un médecin dont l'**appartenance LGBT+** était connue (médecin *out*) était donc parfois favorisée ou favorisé « *je me sentirais à l'aise si mon médecin il était gay et je le savais quoi* » (P3M). P5M préférerait aussi avoir accès à la photo des PDS avant de consulter.

Comme attendu, **la douceur, l'ouverture, la bienveillance et l'humanité** des PDS étaient des attributs facilitateurs pour aborder la SSIG « *être professionnel tout en étant très humain, de toute façon c'est ça le, un docteur ça doit être ouvert, ça doit être bienveillant* » (P5M).

Le fait que les PDS soient à **l'écoute et s'intéressent** à ce que la personne a à dire était l'une des caractéristiques qui revenait le plus souvent « *la médecin avec qui j'en ai parlé et qui était vraiment à l'écoute vraiment et là ça met vraiment en confiance* » (P4M).

Une autre caractéristique souvent citée était la **relation de confiance**. Les personnes interrogées ne souhaitaient pas aborder un sujet intime avec une médecin inconnue ou un médecin inconnu « *en dehors de mon médecin traitant, si je vais voir un médecin lambda [...] j'avoue j'ai un peu la flemme qu'il me demande "bon alors, monsieur [...], vos pratiques sexuelles, votre genre"* » (P6M). Elles pouvaient aborder le sujet une fois qu'un climat de confiance s'était instauré « *que la personne soit un peu plus en confiance aussi, parce qu'il peut y avoir des personnes qui sont pas très à l'aise avec l'intimité* » (P4D).

Les PDS devaient être **compétentes et compétents en SSIG** et connaître les recommandations « *je sais que je parlerais avec quelqu'un qui maîtrise le sujet* » (P3M).

Plusieurs personnes témoignaient d'expériences avec des **PDS incompetentes ou incompetents** en SSIG, dont certains problèmes pouvaient découler « *j'ai l'impression de devoir... en fait de ne pas pouvoir me baser sur leur savoir* » (P3M).

Les personnes interrogées pouvaient par exemple mettre leur santé en danger en suivant les consignes de médecins incompetentes ou incompetents, qui faisaient figure d'autorité. C'était le cas de P2M après une demande de dépistage d'IST « *le médecin m'avait demandé sérieusement et en me fixant si j'étais consommateur d'héroïne, [...] si j'allais voir des travailleurs du sexe, travailleuses du sexe, déjà, voilà [...] et j'avais dit que ni l'un ni l'autre il m'avait dit "alors ce genre de test il faut même pas que tu te poses la question, tu*

te protèges et on n'en parle plus" [...] même si je savais qu'il avait tort, je ne m'étais pas tourné vers un autre médecin généraliste » (P2M).

Ces mauvaises expériences pouvaient aussi entraîner une perte de confiance dans les PDS voire dans le corps médical, et une recherche d'information sur d'autres supports.

Parmi les personnes interrogées, beaucoup témoignaient s'être formées à la SSIG seules ou via la communauté, et pouvaient ainsi être actrices de leur santé, savoir ce qu'elles voulaient « *c'est moi qui demande le bilan par exemple, pour vraiment surveiller souvent, quand je change de partenaire » (P4D).*

Certaines regrettaient d'avoir plus de connaissances que leur médecin et pouvaient critiquer leur prise en charge. P3M avait l'impression qu'il devait former sa médecin « *ça devrait pas être à moi de, d'expliquer le truc quoi [...] les rôles ne devraient pas être inversés en fait »* et déplorait une relation de consommation de soins « *je lui demande, elle le tape sur son ordi et elle me le donne » (P3M).*

Les personnes interrogées encourageaient d'ailleurs la **formation** des PDS. La formation devait être une démarche active des PDS. Les patientes et patients ne devaient pas être la source principale d'information, mais leurs expériences devaient être écoutées pour améliorer les connaissances « *l'éducation surtout hein, il faut pas arrêter de s'éduquer sans pour autant utiliser les patients hein, je pense [...] sauf si ils sont ok d'en parler » (P5M).*

Les personnes interrogées soulignaient le besoin de la médecine de s'actualiser avec les avancées sociétales.

Le fait que des PDS **soient fermées ou fermés** était d'ailleurs déploré. Les personnes interrogées souhaitaient des PDS qui puissent s'adapter aux patientes et aux patients « *il est adapté à lui et à son univers à lui, mais ça se voit qu'il s'ouvre pas » (P6M).*

E. Déroulement de la consultation

Les personnes interrogées ont précisé les éléments de la consultation qui les aideraient ou les freineraient dans une consultation où l'on aborderait la SSIG.

1) Aspects techniques

Pour être à l'aise, elles voulaient un **cabinet** propre, lumineux, moderne, avec une salle d'attente spacieuse. Au contraire, un cabinet sombre était déploré « *on n'a pas envie d'aller voir un médecin qui est dans une cave* » (P5M).

Certains éléments de **praticité** étaient souhaitables : la possibilité d'avoir une consultation rapide ou sans rendez-vous, la possibilité de faire les analyses sur place comme au CeGIDD « *c'était la praticité en l'occurrence qui, qui me permettait d'y aller sans rendez-vous [...] Et du coup je faisais le test en direct* » (P1D).

Pour aborder la SSIG, les personnes interrogées voulaient une **consultation suffisamment longue** « *la sexualité je pense que faut vraiment prendre le temps d'en parler euh, du coup ça prendrait pas deux minutes, quoi, ça prendrait euh, un peu plus de temps quand même* » (P4D). Avant la consultation, certains éléments du cabinet étaient déjà pointés comme annonciateurs d'une consultation trop rapide, expéditive : « *cette salle d'attente qui était constamment pleine [...] le cabinet [...] sombre, [...] la secrétaire [...] constamment au téléphone [...] Je me disais mais pfiouu, on va pas prendre le temps de, de, de m'écouter, juste à un moment donné de parler* » (P3D).

Une grande partie des personnes interrogées préféraient aborder la SSIG **à l'oral** « *je préfère vraiment l'oral pour tous ces sujets-là* » (P2M). Ceci permettait d'avoir des explications ou des réponses immédiates, d'interagir plus facilement « *Comme ça t'as des questions, tu as les réponses, tu peux rebondir, peut-être que ça va te donner aussi d'autres idées de questions* » (P1M).

Certaines personnes évoquaient aussi la possibilité d'aborder la SSIG **à l'écrit**, sur un tchat, via le motif de consultation sur les logiciels de prise de rendez-vous ou par un questionnaire. Ceci pourrait être un premier abord de la SSIG « *peut-être un questionnaire en demandant l'orientation sexuelle, les pronoms, le genre d'identification [...] et après éventuellement si ya d'autres visites ça peut ouvrir sur ces sujets si ça pas été ouvert à la visite en question* » (P5M). L'abord écrit était souligné comme utile chez les personnes jeunes, timides ou en début de transition « *quelques années en arrière ça aurait été, peut-être qu'un truc écrit genre bon je réponds et je suis seul face à ma feuille ça m'irait mieux* » (P3M).

La **téléconsultation** pouvait également mettre à l'aise certaines personnes interrogées « *c'est en visio et ça me va très bien parce que je suis dans mon cocon chez moi et du coup j'arrive facilement à m'ouvrir* » (P6M).

La consultation se passerait plutôt **seule ou seul avec la ou le médecin** « *sans accompagnateur puisque c'est, c'est assez personnel et ça, ça regarderait moi et mon médecin dans ces conditions-là* » (P1D). Ceci permettrait à certaines personnes d'être moins gênées.

Certaines personnes interrogées considéraient que les PDS devaient **trouver le bon moment** pour aborder la SSIG et s'adapter en fonction des réactions des patientes et patients.

Les PDS pourraient aborder le sujet quand c'est le **motif** de consultation ou qu'il y a un rapport avec celui-ci « *Si c'est pour euh douleur de genou tu parles de l'orientation sexuelle, ça fait un peu bizarre* » (P5M). Les consultations de prévention, de contraception, de vaccination contre le HPV ou de dépistage d'IST étaient citées comme étant des moments adaptés, ou alors les plaintes vagues récurrentes. Certaines personnes voulaient être à l'origine de l'abord de la SSIG « *je préfère que, en tout cas personnellement, aborder ces sujets, que ce soit quelque chose qui vienne de moi, patient* » (P2M), d'autres considéraient que le médecin devait initier la conversation « *le médecin, clairement, c'est son rôle* » (P3M). Pour certaines, les deux étaient possibles.

Une **première consultation** était pour certaines personnes interrogées l'occasion d'aborder la SSIG pour connaître les patientes et patients « *je pense que, il devrait y avoir un protocole quand y' a un nouveau patient pour pouvoir le connaître* » (P3M). Pour d'autres, la première consultation serait trop tôt, n'ayant pas encore construit de relation de confiance « *je pense qu'il faut que y' ait un climat de confiance qui, qui soit instauré* » (P4D). Certaines personnes interrogées souhaitaient une **consultation dédiée** à la SSIG, proposée par les médecins individuellement ou alors systématique et obligatoire à l'adolescence via la Sécurité Sociale « *une consultation avec un temps dédié à ça, c'est-à-dire pas que ce soit abordé en trois minutes parmi d'autres sujets* » (P5D).

Une particularité ressortait des entretiens quant à **l'abord du genre**. Des personnes interrogées considéraient que celui-ci pouvait être abordé systématiquement de façon rapide par les médecins, voire dès l'accueil au secrétariat, lors d'une première consultation en demandant les pronoms « *par rapport au, au genre et aux pronoms, avec les accords ça peut être une question, juste une question et du coup une réponse assez rapide [...] ça devrait faire partie d'une conversation quand on demande le prénom à la personne* » (P4D).

Cet abord de l'identité de genre pouvait être réitéré régulièrement, notamment à l'adolescence « *Sur une première consultation. Vraiment l'interrogatoire, et qui reviendrait de temps en temps comme ça pour être sûr que y' a pas de souci* » (P3D).

2) Rôles attendus des médecins par les personnes interrogées

Finalement, les personnes interrogées étaient globalement d'accord sur le fait que c'était **aux médecins d'ouvrir le sujet pour laisser aux patientes et aux patients l'opportunité d'en parler ou pas** « *on vient semer la graine* » (P3D).

Il convenait de s'adapter à la personne et de respecter ses limites, en passant à autre chose si la personne ne souhaitait pas en parler ou n'avait rien à dire sur le sujet « *en laissant aussi cette distance pour que la personne prenne son temps et, et ait le choix aussi d'en parler ou non* » (P4D).

Elles relevaient l'importance d'ouvrir le sujet avec les personnes qui n'en parleraient pas spontanément, comme les jeunes ou les personnes en début de transition « *ça ne m'aurait pas dérangé en étant plus jeune que peut-être le médecin généraliste suggère d'une manière ou d'une autre que la porte est ouverte* » (P2M).

Un des rôles des médecins était de **mettre à l'aise** « *pour permettre que voilà que j'aie envie ou que je me sente à l'aise d'aborder ces sujets-là* » (P2M).

Certaines des personnes interrogées témoignaient en effet avoir ressenti un malaise de la part de leurs PDS à l'abord de la SSIG, ce qui empêchait la mise en place d'un climat de confiance « *j'étais là mais [...] c'est pas possible d'être gênée, j'ai juste donné un fait quoi* » (P3M).

En se montrant à l'aise, les PDS contribuaient à **normaliser ou à banaliser** l'abord de la SSIG « *quand on en parle de façon assez naturelle euh, comme faisant partie de la santé de manière générale, les gens en parlent assez naturellement de la santé sexuelle. Et y compris de leur orientation* » (P5D).

Il s'agissait d'aborder la SSIG comme une question de routine, comme tout autre sujet « *comme quand on parle de maux d'estomac ou de maux de tête, qu'on puisse parler de, comment dire, de démangeaisons sur les organes génitaux (il rit), sans être gêné* » (P2M).

Par contre, la plupart des personnes interrogées souhaitaient que l'abord de la SSIG soit **justifié**, surtout quand ce n'était pas le thème de la consultation, ce qui pouvait mettre mal à l'aise « *je trouverais ça étrange si je venais pour un rhume et que la, et que le médecin me, me posait des questions sur, sur ma sexualité [...] je demanderais à comprendre la logique derrière tout ça* » (P1D).

L'abord justifié était cependant bien accueilli « *après si derrière il me dit "oui, mais peut-être que ça a un impact sur ça, sur ça", et au final bon beh du coup genre "Ok", voilà, parlons-en alors* » (P2D).

Les personnes interrogées souhaitaient que les questions posées par les PDS soient en rapport avec des éléments pouvant avoir **un impact sur la santé**. Par exemple, il était important de poser des questions sur les pratiques lors des dépistages, en prenant en compte toutes les pratiques « *ils se posent pas la question en fait de, des autres pratiques et du coup les tests sont assez génériques, je leur dis "mais moi en fait il me faut le test anal"* » (P3M). P4D suggérait de parler d'organes génitaux plutôt que de genre dans l'abord des pratiques sexuelles, pour avoir un discours plus inclusif.

Les personnes interrogées soulignaient ce qu'elles attendaient des médecins lors de l'abord de la SSIG : des informations, de la réassurance, de l'accompagnement et un adressage adapté.

Les médecins avaient ainsi un **rôle d'information et de pédagogie** auprès de leurs patientes et patients « *je viens pour prendre des informations ou pour échanger* » (P3M), information devant être adaptée à chaque personne « *bien sûr orientée par rapport à, à nos besoins et nos risques* » (P5D). Ces informations guidaient les décisions des patientes et patients « *je poserais les questions aussi aux médecins pour qu'ils m'aident un petit peu à choisir dans mes contraceptions* » (P4M). Certaines personnes interrogées considéraient les médecins comme des interlocutrices et interlocuteurs de choix « *si on n'en parle pas au docteur c'est qui qui, fin, c'est qui qui va nous parler des risques ?* » (P5M), alors que d'autres cherchaient leurs informations ailleurs « *Je suis la génération internet alors je suis pas sûre que je serais allée chercher les réponses chez mon médecin traitant* » (P3D). Les médecins pouvaient compléter les informations données à l'oral par d'autres documents « *ça peut être intéressant d'avoir des plaquettes, certaines plaquettes pour les protections, dépistages, pour les IST, [...] la transition, [...] des suggestions de site internet* » (P1M).

Le rôle de **réassurance** et d'**accompagnement** des patientes et patients dans leurs parcours était également mis en avant « *rassurer la personne, lui dire qu'elle n'est pas seule, que, que on la croit euh, que y' a des personnes qui peuvent l'accompagner* » (P4D). Finalement, les personnes interrogées attendaient des médecins qu'elles et ils soient en capacité de les **orienter** vers d'autres intervenantes et intervenants « *que le médecin [...] m'indique [...] des gens que je peux éventuellement contacter en cas de besoin, voilà, notamment des, des centres ressources, des assos, des, des choses comme ça* » (P5D). Cet adressage se devait d'être vers des personnes compétentes et *safe*.

3) Comment aborder, comment ne pas aborder

Les personnes interrogées relevaient l'importance de **ne pathologiser aucune orientation sexuelle ou identité de genre** « *je voudrais pas que le praticien en face de moi considère comme une problématique, euhhh, mon orientation sexuelle* » (P5D).

Il s'agissait également de **ne pas médicaliser** une consultation pendant laquelle on aborderait la SSIG « *sortir de derrière le bureau. C'est-à-dire ne plus être dans la position soignant-soigné, puisqu'on vient là, on est pas malade. Donc on est dans une position de neutralité, donc pas la blouse blanche, pas d'examen, c'est pas à ce moment-là qu'on va faire une tension, c'est pas à ce moment-là qu'on va prendre des pulsations, c'est pas à ce moment-là qu'on va mesurer et peser, c'est pas, là, c'est, on va pas médicaliser* » (P3D).

L'examen clinique ne devait donc pas être systématique, et, le cas échéant, le **consentement** devait être demandé, comme pour chaque aspect de la consultation « *demander le consentement, que ce soit pour toucher la personne ou pour poser des questions, c'est important* » (P5M).

Le fait d'avoir des PDS qui **ne jugent pas** et qui **ne fassent pas culpabiliser** était un élément essentiel « *de pas avoir de jugements et de stéréotypes sur la personne en face d'en face* » (P4D) ; « *elle m'a dit [...] qu'elle était pas d'accord avec [la transition], que j'allais le regretter* » (P5M).

Les personnes interrogées regrettaient d'ailleurs que les PDS assument leur OS ou IG « *[Elles et ils] partent du [...] principe que c'est une personne cisgenre et hétéro en face [...] et réfléchit [sic] pas une seule seconde (iel insiste) que ça peut être autre chose* » (P4D). Elles souhaitaient un « *discours plus, plus large, moins genré, moins, moins orienté* » (P5D), **moins cis-hétéronormé**. Elles déploraient donc que les PDS n'envisagent pas la possibilité de patientes et patients LGBT+, et regrettaient leurs réactions de surprise « *par exemple, euhh, "je suis mariée", "ah, il fait quoi votre mari ?" "beh non, je suis, je suis, c'est une femme" "ah bon !?" (ton de surprise)* » (P2D).

Elles pouvaient ainsi avoir l'impression d'être considérées comme des curiosités, d'autant que les PDS pouvaient faire preuve d'intrusivité, de **curiosité déplacée** « *j'ai eu le droit à tout un tas de questions euh sur mon sexe* » (P5M), face à des patientes et patients dans une position de vulnérabilité « *sur la table on est exposés* » (P5M).

Elles recommandaient et saluaient le **respect de l'autodétermination** de la personne « *le docteur (anonymisé) il fait bien attention au genrage [sic], [...] donc euh on s'y sent bien, hein, vraiment* » (P5M).

Il était conseillé de **faire attention aux termes utilisés et de corriger ses maladresses** « *si elle fait des erreurs et qu'elle les refait pas à la consultation suivante c'est voilà, c'est déjà ça* » (P5M).

P5D trouvait qu'une **prise en charge orientée sur les besoins des patientes et des patients** améliorerait la relation de soin « *je pense qu'il faut que le patient soit maître, maître quand-même de ce qu'il souhaite* ». Il fallait selon elle que les PDS **évitent d'être directives ou directifs** dans l'entretien « *j'aurais aimé qu'elle ne, comment dire, qu'elle soit pas directive* ».

Des questions trop ciblées pouvaient donner l'impression de **placer les patientes et patients dans des catégories, de les réduire à leur orientation sexuelle ou à leur identité de genre** « *le fait de me catégoriser finalement dans cette population de femmes lesbiennes, du coup j'ai l'impression qu'elle ouvrait un chapitre de sa patientèle finalement et qu'elle déroulait ce qui semblait important pour elle ou pas* » (P5D).

Les personnes interrogées ne souhaitaient **pas non plus de relation paternaliste** « *aux questions que je posais [la médecin] disait "euh mais non, c'est comme ça", et là je trouve aussi que ça met pas vraiment en confiance parce que bah ouais, non, c'est pas comme ça, fin* » (P4M).

DISCUSSION

A. Résultats principaux - schéma explicatif

Cette étude qualitative a permis de comprendre les attentes des patientes et patients quant à l'abord de la santé sexuelle et de l'identité de genre en consultation de médecine générale. Le **schéma de la page suivante** illustre ces attentes (figure 2).

Les **patientes et patients** considéraient important d'aborder la SSIG, elles et ils avaient des attentes qui découlaient parfois de leurs expériences vécues et pouvaient aussi avoir des connaissances en SSIG. Les MG seraient des interlocutrices et interlocuteurs de choix grâce à leurs connaissances validées, à leur neutralité et au fait que ce soient des PDS de premiers recours.

Les patientes et patients attendraient un climat propice à l'abord de la SSIG. Celui-ci pourrait être créé grâce à la **visibilité** du cabinet et des praticiennes et praticiens mais aussi par certaines **caractéristiques ou attitudes des PDS** mettant les patientes et patients à l'aise.

Une fois ces conditions réunies, les patientes et patients auraient des souhaits quant au **déroulement de la consultation**.

Pour aborder l'identité de genre, elles et ils souhaiteraient que les pronoms soient demandés par les PDS dès la première rencontre de façon systématique.

Pour la SSIG en général, elles et ils préféreraient que les médecins ouvrent le sujet et leur laissent l'opportunité de développer ou pas. Certains moments seraient propices à l'abord de la SSIG qui devrait être justifié ou en rapport avec la consultation. Cet abord se ferait sans accompagnante ou accompagnant, à l'écrit ou à l'oral, en présentiel ou en téléconsultation, potentiellement lors d'une consultation dédiée. Lors de la consultation, les PDS devraient poser les questions qui ont un impact sur la santé. Leur rôle serait d'informer les patientes et les patients et de les rassurer, les accompagner et les adresser en cas de besoin. Leur discours ne devrait pas être cis-hétéronormé, jugeant, culpabilisant ou pathologisant, il devrait se centrer sur les besoins des patientes et patients sans les catégoriser.

VISIBILITÉ SSIG/LGBT+

MOYENS

- signes LGBT+ friendly
- oralement / comportement
- consultation dédiée SSIG
 - référencement
 - centre spécialisé
 - lectures, affichage

PAS DE SURVISIBILITÉ

visibilité stratégique, réfléchie

responsable de montrer son ouverture, via

L'ABORD de SSIG en Cs

ASPECTS TECHNIQUES

- écrit / oral
- présentiel / TCG
- cabinet lumineux
- sans accompagnante ou accompagnant
- abord par MG / patiente ou patient
- moments propices : prévention, contraception, vaccination, motif Cs...

RÔLES ATTENDUS DES PDS

- ouvrir le sujet et laisser l'opportunité de parler ou pas
- mettre à l'aise, normaliser / banaliser
- justifier abord, poser questions pertinentes
- information, réassurance, accompagnement, adressage

À NE PAS FAIRE

- ne pas médicaliser / pathologiser
- ne pas juger
- ne pas assumer OS/IG, ne pas être intrusive ou intrusif
- ne pas catégoriser, réduire à OS/IG → se centrer sur besoins des patientes et patients
- ne pas se positionner en sachante ou sachant

LA/LE PDS IDÉALE ou IDÉAL

CARACTÉRISTIQUES INTRINSÈQUES

femme, jeune, LGBT+

CARACTÉRISTIQUES EXTRINSÈQUES

- *out*
- douceur, humanité, bienveillance
 - relation de confiance
- formation, compétence : SSIG, LGBT+
 - à l'écoute
 - ouverture

souhaite

ATTENTES

aborder SSIG

EXPÉRIENCES VÉCUES

parfois négatives

CONNAISSANCES

personnes actrices de leur santé

souhaite aborder SSIG avec, car interlocutrice ou interlocuteur de choix

lui permet de se sentir à l'aise / incluse ou inclus

lui permet de se sentir à l'aise

LA/LE PATIENTE ou PATIENT

Figure 2 : L'abord de la SSIG en médecine générale

Résultats principaux

*Cs = consultation

B. Comparaison avec la littérature

1) Les MG, interlocutrices et interlocuteurs de choix pour aborder la SSIG ?

Les MG ne sont pas toujours vues et vus comme des interlocutrices ou interlocuteurs de prédilection pour l'abord de la santé sexuelle, notamment par les adolescentes et adolescents (18,19). Leur rôle dans les parcours de transition est parfois considéré comme marginal, surtout administratif (20). Ces conceptions peuvent expliquer des réactions de surprise ou de gêne lorsque les MG s'intéressent à ces sujets (21–23). Malgré cela, la littérature s'accorde sur **le rôle des MG dans l'abord de la SSIG** et sur le souhait des patientes et patients de traiter ces sujets en consultation (24–26).

De leur côté, les médecins auraient des **difficultés à aborder la SSIG** (2,4,19,27) par gêne devant un sujet considéré sensible ou parce qu'elles et ils considèrent ces éléments non importants pour la prise en charge (15,16), peut-être par manque de connaissance des spécificités de santé des populations LGBT+ (16).

Une étude états-unienne sur la demande de l'OS et de l'IG aux urgences (25) a montré que près de 80 % des PDS pensaient que les patientes et les patients seraient vexées et vexés ou ne voudraient pas donner ces informations, alors que seulement environ 10 % se déclaraient vexées ou vexés. Une grande étude canadienne a montré que 90 % des patientes et patients répondaient aux questions sur l'OS ou l'IG en soins premiers (28), et cette proportion pourrait être plus importante en France (2,29).

La principale raison pour laquelle les patientes et patients ne voudraient pas dévoiler leur OS ou IG semble être la **peur de discrimination** (14,26,28,30). Cette peur pourrait être expliquée par la fréquence des expériences négatives des personnes LGBT+ dans le milieu sanitaire (28,31,32), par le manque perçu de connaissance des PDS ou l'histoire de psychiatrisation des transidentités (31).

Certaines raisons expliquent le **rôle privilégié des MG** et MPR (Médecins de Premier Recours) dans l'abord de la SSIG.

Comme nous l'avons évoqué, la SSIG font partie de la santé globale et les populations LGBT+ ont des besoins spécifiques (2,9). L'OS et l'IG seraient des déterminants de santé à connaître pour une meilleure prise en charge des patientes et des patients (2,25). Les MG sont particulièrement adaptées et adaptés à l'abord de ces sujets, étant les médecins de premier recours les plus au contact des patientes et des patients (20,24,33,34) et les médecins coordonnant les soins (20,32).

Le secret médical (35,36), la détention d'un savoir scientifique, validé (34,36) ou le fait qu'il s'agisse de personnes neutres extérieures à l'entourage (36) sont autant de raisons qui facilitent l'abord de la SS avec les MG, comme l'a retrouvé notre étude.

Si les MG sont des interlocutrices et interlocuteurs de choix pour l'abord de la SSIG, les gynécologues (24,29,32) ou les sexologues (29) le seraient aussi pour la SS.

2) Un besoin de créer une atmosphère ouverte, un environnement de soins favorable

La création d'un climat favorable est essentielle pour l'abord de sujets considérés sensibles comme le sont la santé sexuelle et l'identité de genre. Ceci traduit un besoin de visibilité, de montrer l'inclusivité du milieu de soins et des praticiennes et praticiens, dont certaines caractéristiques sont favorisées.

i. L'importance de la visibilité et l'inclusivité

La littérature met en évidence le souhait des patientes et des patients d'une visibilité sur la possibilité d'aborder la SSIG avec les MPR mais aussi sur l'inclusivité spécifique des populations LGBT+ (28,37,38).

Pour mettre en œuvre cette visibilité, les **moyens sont divers** et beaucoup d'entre eux se recoupent avec ceux mis en avant par les personnes interrogées dans notre étude (4,30,38,39) : la présence d'affiches, dépliants ou lectures sur la SSIG en général et présentant des personnes ou signes LGBT+ (tels que le drapeau), le référencement des PDS *friendly*, l'utilisation de questionnaires inclusifs ou l'existence d'une charte de non-discrimination. L'affichage d'une position conservatrice ou religieuse nuirait au contraire à l'image d'inclusivité (30,38). Pour la santé sexuelle, la possibilité d'aborder le sujet pourrait être montrée par l'existence d'une consultation dédiée (18) ou de centres spécialisés (14,30,33). D'ailleurs, la thèse qualitative de Dre Tecquert (31) a montré que l'ouverture des MG sur la sexualité faciliterait l'abord de l'IG.

Certains éléments non retrouvés dans notre étude pourraient également montrer l'inclusivité du cabinet vis-à-vis des populations LGBT+ : l'utilisation de badges avec les pronoms des PDS ou la présence de toilettes tous genres confondus (39–41). Il serait intéressant d'évaluer la pertinence de ces différents moyens de visibilité en France.

Pour assurer l'inclusivité, il est essentiel de **sensibiliser tout le personnel** du cabinet à l'accueil de personnes appartenant à des minorités sexuelles ou de genre (37,41), comme le proposaient P3D, P3M ou P5D.

La volonté d'une **visibilité contrôlée** ainsi que le risque de survisibilité sont des aspects du discours des personnes interrogées dans l'étude dont nous n'avons pas trouvé d'écho dans la littérature. Une exploration plus approfondie de ces notions serait souhaitable.

ii. Des caractéristiques des PDS mettant à l'aise les patientes et les patients

Certaines personnes interrogées préféraient des MPR **femmes, jeunes ou LGBT+**. Ces caractéristiques sont retrouvées dans la littérature pour l'abord de la SS (14,30,42) mais l'attitude et les compétences des médecins restent plus importantes (18,35).

Des MPR faisant preuve d'ouverture d'esprit (4,31,33), de bienveillance (2,38,43) ou d'empathie (18,37) sont des facteurs qui facilitent l'abord de la SSIG. De même, les patientes et les patients s'ouvrent plus facilement avec les MPR avec qui il existe une **relation de confiance** (4,38), connues et connus depuis longtemps (30,38). L'excès de proximité peut cependant être un frein à l'abord (14,38) et les remplaçantes et remplaçants qui ont une posture adaptée seraient également de bonnes interlocutrices et de bons interlocuteurs (21).

Les **connaissances** des MPR sur la SSIG et sur la santé LGBT+ sont essentielles (38,44). Le besoin de formation des MPR sur le sujet est prépondérant dans la littérature, que ce soit de la part des patientes et des patients ou de la part des MPR (14,16,31,39).

Des études ont retrouvé une amélioration significative des connaissances et de l'inclusivité d'étudiantes et étudiants en médecine après une courte formation (45,46). Une formation universitaire est donc bénéfique, et la littérature propose également de se former aux côtés des personnes concernées (16,31,39,47). Ceci pourrait se faire en partenariat avec des associations ou en écoutant les besoins de santé des patientes et des patients comme le suggèrent nos résultats, mais sans que les patientes et les patients soient amenés à former les MPR directement (37,39).

Nous avons ici des pistes qui pourraient aboutir à un meilleur abord de la SSIG en pratique.

3) L'abord de la SSIG en pratique

i OÙ, quand et comment aborder la SSIG

Les personnes interrogées dans notre étude et la littérature sont globalement d'accord sur les aspects techniques de la consultation. L'**ambiance du cabinet** doit être chaleureuse, détendue, et respecter l'intimité (insonorisation, paravents) (38,48). La littérature propose des moyens de communication non-verbale pour améliorer l'ambiance du cabinet : donner l'impression de prendre le temps, regarder dans les yeux, quitter son écran (30,38), dont certains ont été cités par P3D.

Il est préférable d'aborder la SSIG avec une patiente non accompagnée ou un patient **non accompagné** (38) mais il est possible de proposer la présence d'un tiers, en particulier lors de l'examen clinique (39,48).

Les **moments propices** pour aborder le sujet qui sont retrouvés dans la littérature sont superposables à ceux retrouvés dans notre étude. Bien sûr, le fait que le motif de la consultation soit en lien avec la SSIG va amener le sujet (25,30,38,39). Les problèmes d'ordre sexuel (24,36,49), la contraception (38,42), les dépistages des IST (38), le suivi gynécologique (38,50) ou la grossesse (38,49) sont par exemple des moments privilégiés pour aborder la SS. Les médecins peuvent également profiter des consultations de prévention (certificats de sports, vaccination, etc.) (19,38,49) ou de consultations ponctuelles avec des patientes et des patients qui ne consultent pas souvent (comme les jeunes) (34) pour aborder le sujet. Les médecins peuvent aussi y penser lors de plaintes vagues ou inexplicables et de troubles de l'humeur (38,49) ou lorsqu'on recherche les effets d'une pathologie ou d'un traitement (35,38,49). Aborder la SSIG de manière régulière serait intéressant (38,39,41) pour que les patientes et les patients s'habituent à la question et sachent qu'il est possible d'aborder ces sujets sans crainte en cas de besoin.

L'abord de la SSIG devrait plutôt se faire lors d'une **consultation dédiée** à ce seul motif (16,43). Ceci permettrait de prendre le temps d'aborder le sujet, quitte à reconvoquer les patientes et les patients (18,19,50). P3D proposait l'organisation d'une consultation dédiée uniquement à l'abord de la SSIG à l'adolescence, ce qui est aussi proposé par la thèse des docteurs Fortoul et Escande pour l'abord de la sexualité (18).

Nous n'avons pas développé le contenu d'une consultation dédiée à la santé sexuelle dans notre étude mais la littérature propose la méthode des 5 ou 6P pour l'anamnèse sexuelle générale (38,46) (Partenaires, *Pregnancy* = grossesse, Pratiques, Passé traumatique, Problèmes sexuels et antécédents, Plaisir, suivis d'une question ouverte pour compléter).

La thèse du Dr Françoise en 2020 sur la comparaison de deux techniques d'abord de la santé sexuelle retrouve qu'à l'oral, une question sur la sexualité parmi d'autres questions (sommeil, alimentation) entraîne moins de surprise et est mieux acceptée qu'une question uniquement sur la sexualité (29).

L'exploration de l'identité de genre par la demande du prénom et des pronoms retrouvée dans notre étude est également recommandée par la littérature. La littérature anglo-saxonne recommande de **demander systématiquement** le genre et l'orientation sexuelle sur un formulaire lors de la première consultation (39,41). Le formulaire sur le genre peut se baser sur deux questions (sexe assigné à la naissance et genre actuel, avec partie libre pour clarifier) (28,47), et le formulaire sur l'orientation sexuelle doit être inclusif (avec de nombreuses orientations sexuelles proposées) (30,48,51). Cela peut amener à des discussions autour de la SSIG avec les PDS (41).

Finalement, on retrouve que la SS peut être abordée directement par les patientes et les patients (16,27) (grâce à une atmosphère ouverte et des médecins adaptés et adaptées) ou alors par les MPR (24,30,35) avec une bonne acceptation par les patientes et les patients, comme nous l'avons vu précédemment.

ii. Ce qui est attendu des PDS lors de l'abord de la SSIG

Comme nous l'avons retrouvé dans notre étude, ce serait aux MPR d'**ouvrir le sujet** pour **laisser aux patientes et aux patients l'opportunité de parler ou pas** : il convient de respecter leurs réticences (38,39,48) et de s'adapter à celles et ceux qui ne sont pas à l'aise. Il est important de demander et de respecter leur **consentement** à chaque étape de la consultation (38,48,52).

Pour que les patientes et les patients soient plus à l'aise pour aborder la SSIG, plusieurs recommandations ressortent dans la littérature.

Il est important de **rappeler la confidentialité** de l'échange lors de la consultation (38,39,53). Cette notion n'a pas été retrouvée dans notre étude car les personnes interrogées considéraient le secret médical comme inhérent à la consultation médicale, mais la peur que les informations données soient dévoilées pourrait être une barrière à l'abord de la SSIG.

De plus, il faudrait que les **MPR soient elles-mêmes et eux-mêmes à l'aise** (38,39,41). Certaines techniques de communication sont proposées pour être plus à l'aise face à ce sujet délicat, comme s'entraîner à poser la question de manière répétée ou la poser de façon systématique à la première consultation (29,38).

D'autres éléments de **communication verbale** peuvent être utiles dans l'abord de la SSIG, comme le fait d'utiliser un langage explicite, compréhensible, ouvert, inclusif et non genré (4,30,38,39). L'utilisation de l'humour est proposée chez les adolescentes et les adolescents (18,19), population qu'il est important de mettre à l'aise pour l'abord de ces sujets (33,35).

L'abord de la SSIG devrait être **généralisé, banalisé, normalisé** (4,15,41). Il peut être intéressant par exemple de dire que l'on pose la question à tout le monde pour mettre à l'aise les patientes et les patients (25). De même, l'abord de la SSIG doit être **justifié** (38,39,53) et les MPR doivent poser des questions pertinentes qui portent sur les sujets pouvant avoir un impact sur la santé des patientes et des patients (4,44,48).

D'ailleurs, on retrouve dans la littérature le rôle d'**information et d'éducation** des MPR (22,37,43), qui transmettent leurs connaissances et donnent des ressources pour permettre aux patientes et aux patients d'être actrices et acteurs de leur santé. Cette transmission d'informations peut aussi contribuer à leur rôle de **réassurance** (27,34), comme le disait P4M.

Le rôle d'écoute et le fait de **s'intéresser au vécu**, au ressenti, à l'état psychologique des patientes et des patients est souvent retrouvé dans la littérature (16,31,37) et a été un point important dans l'expérience de santé de P5D.

Le rôle d'**accompagnement** des PDS (16,20,43) ou celui d'**adressage** quand les problématiques dépassent leurs compétences (4,31,39) sont aussi inscrits dans l'article 32 du Code de déontologie (54) : « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents* ». Il convient néanmoins de s'assurer de l'inclusivité des PDS à qui on adresse nos patientes et nos patients (33,39).

iii. À éviter lors de l'abord de la SSIG, comment mieux faire

Lors de l'abord de la SSIG, certains écueils sont à éviter pour ne pas braquer des patientes et des patients qui sont, de fait, dans une position de vulnérabilité face aux PDS (4,42).

Il convient ainsi d'adopter une attitude **non jugeante et non culpabilisante** (2,37,38) en respectant et valorisant les choix des patientes et des patients et leurs connaissances, en ne minimisant pas leur vécu et leurs perceptions (38).

De la même façon, il faut **éviter de pathologiser ou de médicaliser** l'abord de la SSIG (38,39). Les PDS doivent s'abstenir de considérer toute variation de la supposée « norme » comme une bizarrerie ou une pathologie en proposant d'emblée des investigations, des traitements ou un examen clinique non nécessaires (38). À titre d'exemple, les transidentités ont longtemps été pathologisées et psychiatisées avec des parcours lourdement médicalisés, et on assiste actuellement à une simplification des parcours qui ne sont plus réduits à leur aspect médical.

Puisqu'on parle de « norme », les personnes interrogées dans notre étude, comme la littérature, insistent sur l'importance d'**éviter la cis-hétéronormativité** dans les discours et les attitudes des PDS (33,37,55).

Il faudrait ainsi éviter de considérer toute personne non cisgenre et hétérosexuelle comme une curiosité, en faisant attention à ne pas devenir intrusive ou intrusif (20,38,39). La peur d'une **curiosité déplacée** ou d'une **intrusivité** est d'ailleurs partagée par les médecins (16,31,50).

De façon plus générale, il faut **éviter d'assumer l'orientation sexuelle** (hétérosexualité notamment), les **pratiques** (monogamie, fréquence des rapports, etc.) ou l'identité de **genre** des patientes et des patients (14,26,38,39). Le fait d'assumer ces éléments peut conduire à une invisibilisation des problématiques d'une patiente ou d'un patient en particulier (autocensure), ou des personnes LGBT+ en général.

En pratique, il s'agit de **respecter l'autodétermination** des patientes et des patients, leurs prénoms et pronoms choisis (31,39,41) en utilisant les bons termes et en corrigeant les maladresses s'il y en a (31,33,44).

Pour tout cela, il faut commencer par **remettre en question nos conceptions de la norme** (37–39) pour avoir une approche plus inclusive de la santé sexuelle et du genre.

Enfin, il ne faut **pas catégoriser** les patientes et les patients (4,33,56), les réduire à leur OS ou IG : ce n'est pas parce que 2 personnes ont la même OS et/ou la même IG que leurs besoins de santé sont identiques. Pour répondre au mieux à la demande des patientes et des patients, il est important de maintenir une **position horizontale** d'échange, **sans se placer en sachante ou en sachant** (20,33,36). Il faut **centrer sa démarche sur la patiente ou le patient** et sur ses besoins.

4) Les médecins généralistes et l'abord de la SSIG

Finalement, il semble que beaucoup des caractéristiques et fonctions des PDS que souhaitent les patientes et les patients pour aborder la SSIG soient celles décrites dans la marguerite des compétences des médecins généralistes (figure 3) (57) ou dans les rôles des MG décrits dans la définition de la médecine générale de l'organisation mondiale des médecins généralistes (WONCA) (58). La **spécificité pour l'abord de la SSIG** se situerait peut-être dans le souhait explicite de visibilité et d'inclusivité dans la communication en amont et pendant la consultation.



Figure 3 : Marguerite des compétences des médecins généralistes (57)

C. Forces et limites

Dans notre étude, l'échantillonnage a été raisonné, à variation maximale sur les critères d'OS, PS et IG, ainsi que d'âge quand cela a été possible. Malgré cela, la population de l'étude est moins diversifiée que l'on aurait souhaité (cf. tableaux des caractéristiques des personnes interrogées en annexe 8). Le militantisme des personnes interrogées aurait également pu être un critère intéressant, comme évoqué dans certaines études sur les populations LGBT+ (20,33).

Nous n'avons pas pu recruter de personnes agenes, asexuelles ou travailleuses du sexe car ces profils n'étaient pas présents parmi les personnes ayant répondu au questionnaire et souhaitant participer aux entretiens.

De plus, la population de l'étude se compose de personnes plutôt jeunes (22 à 44 ans, médiane de 28 ans), à niveau éducatif élevé et vivant dans un milieu majoritairement urbain ou semi-rural (une seule personne vivant en milieu rural). Ce manque de diversité pourrait être expliqué par le mode de recrutement à travers un seul cabinet urbain et par les réseaux sociaux de la chercheuse et du chercheur. Ce type de recrutement a également favorisé des personnes connaissant la chercheuse ou le chercheur. Pour minimiser les conséquences de ceci, les entretiens ont été menés par la chercheuse ou le chercheur ne connaissant pas la personne, hormis P1M et P1D, mais un biais de désirabilité ne peut être exclu.

Malgré ce manque relatif de diversité de l'échantillon, les résultats semblent cohérents avec la littérature existante, dont des revues de la littérature de grande ampleur, prouvant la validité externe de l'étude. Des études complémentaires incluant des profils plus divers pourraient être utiles pour ne pas méconnaître des attentes différentes dans l'abord de la SSIG chez les populations plus âgées, rurales, agenres, asexuelles ou travailleuses du sexe.

La chercheuse et le chercheur étaient novices en recherche qualitative, ce qui a pu impacter la qualité du travail. La chercheuse et le chercheur ont souhaité se former en recherche qualitative grâce à des lectures et ont pu observer une progression de la qualité de leurs entretiens, de moins en moins directs et de plus en plus longs. La longueur moyenne de 40 minutes laisse penser que les personnes interrogées ont eu le temps d'exprimer ce qu'elles avaient à dire.

Pour s'assurer de la validité interne de l'étude, un travail en binôme a été mené et une triangulation des données de l'analyse ouverte a été effectuée (analyse indépendante par la chercheuse et le chercheur puis mise en commun). De plus, la chercheuse et le chercheur ont eu l'impression d'atteindre la suffisance des données au 9^e entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer cette suffisance, qui reste malgré tout une notion subjective et discutable dans un échantillon dont la variation maximale a rencontré des limites. Pour cette raison, la notion de suffisance des données a été préférée à celle de saturation.

Si l'OS, les PS et l'IG sont des concepts différents, ils partagent un caractère intime (31) et il existe une convergence des luttes des minorités sexuelles et de genre (9,20) qui font face à des difficultés similaires d'accès aux soins ou d'invisibilisation. L'abord conjoint de ces notions dans notre étude est une force qui a permis de mettre en évidence là où il existe des similarités et là où les approches doivent être différentes.

La littérature retrouve en effet des recommandations pour la bonne prise en charge des personnes transgenres. Elle retrouve également des revues de la littérature sur l'abord de la santé sexuelle en consultation, ou quelques études qualitatives sur le sujet mais surtout centrées sur les adolescentes et les adolescents ou sur les médecins. Notre étude est à notre connaissance la première étude qualitative française à s'intéresser conjointement à l'abord de la santé sexuelle et de l'identité de genre en consultation de médecine générale du point de vue des patientes et des patients adultes.

D. Perspectives

Des recommandations anglo-saxonnes conseillent de demander l'OS et l'IG systématiquement aux patientes et aux patients (51,59). Ceci serait acceptable par les patientes et les patients, même chez les personnes cisgenres, hétérosexuelles et de plus de 50 ans (60). Il pourrait être intéressant de vérifier l'acceptabilité du recueil systématique de ces éléments auprès de patientes et de patients de médecine générale en France.

Notre étude étant une étude qualitative avec une analyse inductive générale, elle soulève des attentes de patientes et de patients pour l'abord de la SSIG en consultation qui sont variées. Des études quantitatives complémentaires pourraient évaluer lesquelles de ces attentes sont prévalentes dans la population française pour construire au mieux un modèle de consultation pour aborder ces sujets.

Dans tous les cas, il semble pertinent de proposer aux étudiantes et aux étudiants en médecine une sensibilisation ou une formation à l'abord de la santé sexuelle et de l'identité de genre en consultation, et notamment à l'accueil et l'accompagnement des personnes issues de minorités sexuelles ou de genre.

Enfin, nos entretiens ont permis d'aborder l'expérience des patientes et des patients quant à l'abord de la SSIG pour mieux cibler leurs attentes. Ces expériences étaient riches en informations qui n'ont pas été développées dans notre thèse car elles ne répondaient pas toujours à la question de recherche. Il pourrait être intéressant de les explorer en profondeur dans une étude dédiée.

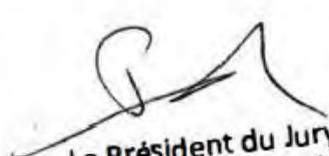
CONCLUSION

Les patientes et les patients souhaitent aborder la santé sexuelle et l'identité de genre en consultation de médecine générale. Les médecins généralistes peuvent s'afficher comme des interlocutrices et interlocuteurs de choix, il s'agit de montrer la possibilité d'aborder la sexualité et le genre en consultation. Cette visibilité doit toujours être inclusive envers les personnes LGBT+.

Les patientes et les patients attendent des médecins qu'elles et ils fassent preuve d'ouverture, de bienveillance, mais aussi de compétence et qu'elles et ils soient capables de leur transmettre leurs connaissances pour que chaque personne devienne actrice de sa santé. Les patientes et les patients souhaitent que les médecins ouvrent le sujet en leur laissant la possibilité de répondre ou pas, qu'elles et ils les mettent à l'aise, en banalisant le sujet et en justifiant les questions posées. Il s'agit d'avoir une approche centrée sur la personne, en respectant son autodétermination. Les médecins doivent accompagner les patientes et les patients sans assumer leur orientation, leurs pratiques ou leur genre : il faut éviter les discours cis-hétéronormatifs. Pour ce qui est du genre, les médecins peuvent par exemple demander les pronoms dès la première consultation.

Ces différents éléments sont accessibles à toutes et tous les médecins généralistes. Celles-ci et ceux-ci devraient être au courant des possibilités d'adapter leur consultation pour aborder dans de bonnes conditions la santé sexuelle et l'identité de genre et prendre en charge les problématiques qui en découlent.

Vu
Toulouse le 17/05/2023



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 23/05/2023
Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



BIBLIOGRAPHIE

1. Lévy JD, Lancrey-Javal G, Hauser M. L'écriture inclusive - La population française connaît-elle l'écriture inclusive? Quelle opinion en a-t-elle? [Internet]. Harris Interactive; 2017 [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: https://harris-interactive.fr/opinion_polls/lecriture-inclusive/
2. Lydié N. Ampleur et impact sur la santé des discriminations et violences vécues par les personnes lesbiennes, gays, bisexuel·le·s et trans (LGBT) en France. Un état des lieux à partir des données françaises. Santé publique France; 2021.
3. World Health Organization. Sexual health [Internet]. [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>
4. Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bodenmann P, et al. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. Rev Med Suisse. 2011;3(307):1712-7.
5. Office of Disease prevention and Health Promotion. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health | Healthy People 2020 [Internet]. Healthy People. [cité 18 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health#23>
6. LGBT+ : tour du monde des discriminations [Internet]. Le dessous des cartes. Arte; 2022. Disponible sur: <https://www.arte.tv/fr/videos/108458-011-A/le-dessous-des-cartes/>
7. Forêt É. Le RN lance une association pour combattre « le poison wokiste » qui met en « danger la civilisation » [Internet]. France Inter. 2023 [cité 4 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceinter/le-rn-lance-une-association-pour-combattre-le-poison-wokiste-qui-met-en-danger-la-civilisation-5323822>
8. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The state of health disparities in the United States. In: Communities in Action: Pathways to Health Equity [Internet]. 2017. p. 57-98. Disponible sur: <https://doi.org/10.17226/24624>
9. Núñez Marín D. Spécificités de santé des populations LGBTI+ en médecine générale. 2023.
10. Hafeez H, Zeshan M, Tahir MA, Jahan N, Naveed S. Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: A Literature Review. Cureus [Internet]. 2017 [cité 18 juill 2020];9(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5478215/>
11. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST, Nguyen GT, Green BL, et al. Cancer and Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual, and Queer/Questioning Populations (LGBTQ). CA Cancer J Clin. sept 2015;65(5):384-400.
12. Royal College of General Practitioners NI. Guidelines for the Care of Lesbian, Gay and Bisexual Patients in Primary Care [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/RCGPNI-Guidelines-for-the-care-of-LGB-patients-in-primary-care-2015-web.ashx?la=en>

13. Quinn GP, Schabath MB, Sanchez J, Sutton SK, Green BL. The Importance of Disclosure: Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual, Queer/Questioning, Intersex (LGBTQI) Individuals and the Cancer Continuum. *Cancer*. 15 avr 2015;121(8):1160-3.
14. Jedrzejewski T. EGaLe-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes. Université Paris Diderot - Paris 7; 2016.
15. 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. *JAMA Intern Med*. juin 2017;177(6):819-28.
16. Tarragon J, Messaadi N, Martin MJ, Cottencin O, Bayen M, Bayen S. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale ? *exercer*. janv 2020;(159):4-10.
17. DUMG Université Paris 13. Analyse des données de recherche qualitative - Grilles de lecture (RATS et COREQ) [Internet]. [cité 4 mai 2023]. Disponible sur: https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/document_-_grilles_d_ecriture_et_de_lecture_de_recherche_qualitative.pdf
18. Fortoul L, Escande J. Comment améliorer l'abord de la sexualité des adolescents en consultation de médecine générale : point de vue des adolescents [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse); 2017.
19. Achard J, Jousset M. De quelle manière sont abordées les questions relatives à la sexualité, aux IST et à la contraception chez les adolescents de sexe masculin en consultation de médecine générale ? [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03690672/document>
20. Montpied A, Vernier C. Regards des personnes transidentitaires sur leurs parcours de soins : quelle place pour la médecine générale ? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02089971/document>
21. Frein L. Ressenti des patients lorsque que la sexualité est abordée par leur médecin traitant au cours d'une consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2021.
22. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician : are patients receiving what they wish ? *Swiss Med Wkly*. 2011;141(0910):w13178.
23. Zéler A, Troadec C. Doctors Talking About Sexuality: What Are the Patients' Feelings? *Sex Med*. 6 oct 2020;8(4):599-607.
24. Dusz L. Abord de la sexualité en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bourgogne; 2017. Disponible sur: Library Catalog - www.sudoc.abes.fr
25. Maragh-Bass AC, Torain M, Adler R, Schneider E, Ranjit A, Kodadek LM, et al. Risks, Benefits, and Importance of Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Data in Healthcare Settings: A Multi-Method Analysis of Patient and Provider Perspectives. *LGBT Health*. avr 2017;4(2):141-52.

26. Bjarnadottir RI, Bockting W, Dowding DW. Patient perspectives on answering questions about sexual orientation and gender identity: an integrative review. *J Clin Nurs*. juill 2017;26(13-14):1814-33.
27. Dourlens E. Abord de la sexualité dans la pratique de médecins généralistes picards : étude qualitative auprès de 20 médecins généralistes en Picardie [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne; 2018.
28. Pinto AD, Aratangy T, Abramovich A, Devotta K, Nisenbaum R, Wang R, et al. Routine collection of sexual orientation and gender identity data: a mixed-methods study. *CMAJ Can Med Assoc J*. 21 janv 2019;191(3):E63-8.
29. Françoise D. Comment aborder la sexualité des patients en médecine générale ? Étude comparative de deux techniques d'approche [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de la Réunion; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500670>
30. Brooks H, Llewellyn CD, Nadarzynski T, Pelloso FC, De Souza Guilherme F, Pollard A, et al. Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *Br J Gen Pract*. mars 2018;68(668):e187-96.
31. Tecquert L. La relation médecin-patient dans la construction identitaire de patients trans : étude qualitative auprès de patients et leurs médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2021 [cité 13 avr 2023]. Disponible sur: <https://athena.u-pec.fr/primos-explore/search?query=any,exact,998029353704611&vid=upec>
32. Hirsch O, Löltgen K, Becker A. Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Fam Pract*. 21 nov 2016;17:162.
33. Pasquier A, Richard S. Des expériences aux attentes de personnes lesbiennes en soins primaires : inégalités en santé, postures professionnelles et empowerment [Thèse d'exercice]. Université Paul Sabatier (Toulouse); 2016.
34. Waymel M. Adolescente - Sexualité - Médecin Généraliste. Attentes et besoins. Quelle place pour le médecin généraliste ? [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02887772>
35. Rose J. Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01565295>
36. Fievet C. Comment aborder le sujet de sexualité en consultation de médecine générale : enquête qualitative auprès de patientes à la Réunion [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Nice-Sophia Antipolis; 2014. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01133386>
37. Klein DA, Paradise SL, Goodwin ET. Caring for Transgender and Gender-Diverse Persons: What Clinicians Should Know. *Am Fam Physician*. 1 déc 2018;98(11):645-53.
38. Huberland V. Un abord inclusif de la sexualité en médecine générale : revue qualitative rapide de la littérature. *Rev Médicale Brux*. sept 2020;41(6):457-63.

39. Bizub B, Allen B. A Review of Clinical Guidelines for Creating a Gender-Affirming Primary Care Practice. *WMJ Off Publ State Med Soc Wis.* mars 2020;119(1):8-15.
40. Bonifacio JH, Maser C, Stadelman K, Palmert M. Management of gender dysphoria in adolescents in primary care. *CMAJ Can Med Assoc J.* 21 janv 2019;191(3):E69-75.
41. National LGBTQIA+ Health Education Center. A guide for collection data on sexual orientation and gender identity. 2022.
42. Greene MZ, Carpenter E, Hendrick CE, Haider S, Everett BG, Higgins JA. Sexual Minority Women's Experiences With Sexual Identity Disclosure in Contraceptive Care. *Obstet Gynecol.* mai 2019;133(5):1012-23.
43. Flipo M. L'accueil et l'accompagnement des personnes transgenres et de genres divers en consultation de médecine générale : revue narrative de la littérature. 2022.
44. Voss RV, Simons L. Supporting the Health of Transgender and Gender-Diverse Youth in Primary Care Settings. *Prim Care.* juin 2021;48(2):259-70.
45. Wahlen R, Bize R, Wang J, Merglen A, Ambresin AE. Medical students' knowledge of and attitudes towards LGBT people and their health care needs: Impact of a lecture on LGBT health. *PloS One.* 2020;15(7):e0234743.
46. Bakhai N, Ramos J, Gorfinkle N, Shields R, Fields E, Frosch E, et al. Introductory Learning of Inclusive Sexual History Taking: An E-Lecture, Standardized Patient Case, and Facilitated Debrief. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour.* 12:10520.
47. Lane R. Developing inclusive primary care for trans, gender-diverse and nonbinary people. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 21 janv 2019;191(3):E61-2.
48. Brook G, Church H, Evans C, Jenkinson N, McClean H, Mohammed H, et al. 2019 UK National Guideline for consultations requiring sexual history taking: Clinical Effectiveness Group British Association for Sexual Health and HIV. *Int J STD AIDS.* sept 2020;31(10):920-38.
49. Borel A, Mertz E. Élaboration par méthode Delphi® du contenu d'une formation à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale, destinée aux internes de médecine générale, et réflexion sur sa forme [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02074251/document>
50. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale: étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Bretagne Loire; 2016 [cité 13 avr 2023]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/91781ae3-5642-4c7b-a87e-d71fe974443e>
51. Heredia D, Pankey TL, Gonzalez CA. LGBTQ-Affirmative Behavioral Health Services in Primary Care. *Prim Care.* juin 2021;48(2):243-57.
52. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, De Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgender Health.* 19 août 2022;23(sup1):S1-259.

53. Maragh-Bass AC, Torain M, Adler R, Ranjit A, Schneider E, Shields RY, et al. Is It Okay To Ask: Transgender Patient Perspectives on Sexual Orientation and Gender Identity Collection in Healthcare. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* juin 2017;24(6):655-67.
54. Article 32 - Qualité des soins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 5 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-32-qualite-soins>
55. Logie CH, Lys CL, Dias L, Schott N, Zouboules MR, MacNeill N, et al. « Automatic assumption of your gender, sexuality and sexual practices is also discrimination »: Exploring sexual healthcare experiences and recommendations among sexually and gender diverse persons in Arctic Canada. *Health Soc Care Community.* sept 2019;27(5):1204-13.
56. Bunting SR, Feinstein BA, Hazra A, Garber SS. Effects of Patient Sexual Orientation and Gender Identity on Medical Students' Decision Making Regarding Preexposure Prophylaxis for Human Immunodeficiency Virus Prevention: A Vignette-Based Study. *Sex Transm Dis.* 1 déc 2021;48(12):959-66.
57. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer.* 2013;24(108):148-55.
58. Allen J, Heyrman J, Svab I, Gay B, Crebolder H, Ram P. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. *WONCA Europe;*
59. Sexual Orientation Monitoring: Full Specification. National Health Service England; 2017.
60. Rullo JE, Foxen JL, Griffin JM, Geske JR, Gonzalez CA, Faubion SS, et al. Patient Acceptance of Sexual Orientation and Gender Identity Questions on Intake Forms in Outpatient Clinics: A Pragmatic Randomized Multisite Trial. *Health Serv Res.* 2018;53(5):3790-808.

ANNEXES

Annexe 1 – Grilles de lecture pour analyse de données de recherche qualitative

RATS et COREO

ANALYSE DES DONNÉES DE RECHERCHE QUALITATIVE DOCUMENT 3 GRILLES DE LECTURE

GRILLE RATS

D'après Clark JP. How to peer review a qualitative manuscript. Qualitative research review guidelines – RATS In Peer Review in Health Sciences. Second edition. Edited by Godlee F, Jefferson T. London: BMJ Books; 2003:219-35.*

**Traduction par la rédaction de la revue Exercer*

R → Relevance of the study question : Pertinence de la question de recherche A → Appropriateness of qualitative method : « Justesse » de l'approche qualitative T → Transparency of procedures : Transparence des procédures S → Soudness of interpretive approach : Bien fondé de l'approche
--

R : Pertinence

La question de recherche est-elle intéressante ?

Quelle est la pertinence de la question de recherche pour la pratique clinique, la santé publique, la discipline ?

A : Approche

Le plan de l'étude est-il décrit ?

Le choix des techniques de recueil de données est-il justifié ?

- Entretiens individuels : expérience, perceptions, comportements, sujets sensibles
- Focus groups: dynamiques de groupes, sujets non sensibles
- Analyses de textes : documents historiques connus, écrits officiels

T : Procédures

1. Échantillonnage

Les patients ont-ils été recrutés de la façon la plus appropriée et justifiée ?

- Ciblé : avec recherche de diversité
- Volontaire : pour des individus difficiles à atteindre
- Théorique : selon des théories pré établies

2. Recrutement et recueil des données

- Comment a été fait le recrutement ? Et par qui ?
- Y'a-t-il une description des caractéristiques de ceux qui ont choisi de ne pas participer ?
- Le recueil de données a-t-il été systématisé ?
- La description des participants est-elle disponible ?
- Le guide d'entretien est-il accessible ?
- Comment la fin du recueil de données est-elle décrite et justifiée ?
- Quel a été le rôle des chercheurs dans le recrutement et le recueil ?

3. Éthique

- Un consentement éclairé a-t-il été demandé ?
- L'anonymisation et la confidentialité ont-elles été recherchées ?
- Un comité éthique a-t-il donné son approbation ?

S : Cohérence

- Y'a-t-il une description et une justification de l'approche analytique (listée, cadrée, inductive...)?
- Y'a-t-il une description du choix des citations ?
- Comment la triangulation a-t-elle été menée ?
- La discussion montre-t-elle bien les résultats principaux rapportés aux données de la littérature et les faiblesses de l'étude ?

GRILLE COREQ

D'après Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349-57.

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la revue* 2015;15(157) : 50-54.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques de ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 2 - Lettre d'information pour le recrutement



On a besoin de vous !

Pour notre thèse sur la **santé sexuelle** et l'**identité de genre**

On est **Manon et David**, étudiant·e·s en médecine générale.

On fait notre **thèse** sur l'exploration des attentes des patient·e·s concernant l'abord de la **santé sexuelle** et de l'**identité de genre** en consultation de médecine générale.

Le but est d'analyser **vos attentes** pour pouvoir améliorer les connaissances et les **pratiques des médecins généralistes**.

On cherche des volontaires pour faire des **entretiens individuels**, présentsiels ou téléphoniques, qui sont enregistrés puis **anonymisés**.

Ces entretiens durent environ **1 h**, des pauses ou interruptions sont possibles si vous le souhaitez.

Si vous êtes intéressé·e·s, **contactez-nous !**

.....

En MP ou par mail : these.genre.sexualite@gmail.com

Merci !



Annexe 3 - Questionnaire préalable ou « talon sociologique »



Thèse genre et sexualité

Bonjour, nous sommes Manon FLIPO et David NÚÑEZ MARÍN, médecins généralistes remplaçants. Nous réalisons notre thèse sur l'exploration des attentes des patient-e-x-s concernant l'abord de la santé sexuelle et de l'identité de genre en consultation de médecine générale. Le but de cette recherche est d'analyser les attentes des patient-e-x-s pour pouvoir améliorer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes.

Si vous recevez ce questionnaire, c'est que vous avez manifesté votre intérêt à participer à notre thèse qui repose sur des entretiens de patient-e-x-s comme vous.

Pour que notre thèse ait une pertinence scientifique, nous avons besoin d'interroger des patient-e-x-s avec des profils différents, car nous ne pouvons faire qu'un nombre d'entretiens limité. C'est pourquoi nous vous proposons ici de remplir un questionnaire qui nous permettra de sélectionner des personnes aux profils variés. Ce questionnaire sera bien sûr anonymisé par la suite, et si nous vous demandons votre adresse mail, c'est uniquement dans le but de recontacter les personnes sélectionnées pour pouvoir organiser l'entretien, et pour communiquer les résultats de notre thèse à ceux d'entre vous qui le souhaiteront, que vous participiez aux entretiens ou pas.

Merci beaucoup de votre participation !

N'hésitez à partager !

Manon et David

Avez-vous un-x-e médecin traitant-x-e déclaré-x-e ?

- Oui
- Non

Quel est votre niveau d'études / profession ?

.....

Quel est votre statut conjugal / marital ?

- Célibataire
- Marié·x·e
- En concubinage
- Pacsé·x·e
- En couple
- Autre :

Avez-vous déjà été victime de violences (conjugales, sexuelles, médicales...) ?

- Oui
- Non

Vous considérez votre éducation comme :

- Conservatrice / Traditionnelle
- Progressiste
- Autre :

Quel est votre lieu de vie ?

- Rural
- Semi-rural
- Urbain
- Autre :

Quel est votre genre ? (plusieurs cases possibles)

- Femme
- Homme
- Non-binaire (précisez davantage si vous le souhaitez dans la case "Autre...")
- Cisgenre (mon genre est le même que celui attribué à la naissance)
- Transgenre (mon genre est différent de celui attribué à la naissance)
- Autre :

Quelle est votre orientation romantico-sexuelle ?

- Homosexuel·x·le
- Hétérosexuel·x·le
- Bisexuel·x·le
- Asexuel·x·le
- Pansexuel·x·le
- Autre :

Quelles sont vos pratiques sexuelles ?

J'ai déjà pratiqué :

- Rappports sexuels avec une personne de genre différent
- Rappports sexuels avec une personne de même genre
- Rappports bucco-génitaux (cunnilingus/fellation)
- Rappports génito-génitaux (pénis-vagin / vulve-vulve / pénis-pénis)
- Rappports ano-génitaux (sodomie)
- Rappports bucco-anaux (anulingus)
- Chem-sex (sexe sous l'influence de drogues)
- Rappports non protégés (sans préservatif, quelle que soit la pratique, sexe oral inclus)
- Pratiques en groupe (orgie)
- Partenaires multiples
- BDSM (bondage, discipline, domination, soumission, sado-masochisme)
- Prostitution
- Autre :

Quels sont les pronoms que vous utilisez pour vous-même ?

Il

Elle

Iel

Autre :

Quelle est votre adresse mail ?

.....

Souhaitez-vous être tenu-x-e au courant des résultats de cette thèse ?

Oui

Non

Souhaitez-vous participer aux entretiens ?

Oui

Non

Annexe 4 - Guide d'entretien

Nous faisons une étude centrée sur l'abord de la santé sexuelle et de l'identité de genre en consultation de médecine générale. Celle-ci repose sur des entretiens de patient·e·s comme celui que nous allons faire aujourd'hui. Nous allons aborder des sujets sensibles, ici on peut tout entendre, sans filtre, sans jugement.

Pronoms / Vouvoiement / Définitions si nécessaire (orientation sexuelle, pratiques, identité de genre) / Test audio / Information sur prise de notes / Filmer (pas obligatoire)

0) Pouvez-vous me raconter votre **dernière consultation** avec un·e médecin généraliste ?

→ question ajoutée en novembre 2022, soit à partir de P3M et P3D

1) Comment décrivez-vous votre **relation avec les médecins généralistes** ?

2) Quelle est **votre expérience personnelle** concernant l'abord de vos pratiques sexuelles, de votre orientation sexuelle ou de votre identité de genre en consultation de médecine générale ?

- **Comment cela s'est passé** en pratique pour vous lorsque vous avez abordé ces sujets en consultation de médecine générale ? *Si besoin, relancer sur :*

- personne qui initie la conversation
- support (oral, papier, etc.)
- conditions (consultation dédiée, systématique première rencontre, lieu, bruit, seul·e ou accompagné·e)

- **Éléments facilitateurs** : Quels sont les éléments qui vous ont personnellement aidés à aborder ces sujets avec un·e médecin généraliste ?

- **Freins** : Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontré·e·s personnellement au moment d'aborder ces sujets ?

3) **Que pensez-vous personnellement d'aborder** la santé sexuelle et l'identité de genre en consultation de médecine générale ?

4) **Comment aimeriez-vous voir abordées** la santé sexuelle et l'identité de genre en consultation de médecine générale ? Quelles seraient vos suggestions ? Quels seraient vos besoins, en tant que patient·e, pour aborder ces sujets en consultation ? Comment imaginez-vous une consultation idéale pour aborder ces sujets ? *Si besoin, relancer sur :*

- Personne qui **initie** la conversation
- **Support** (oral, papier, etc.)
- **Conditions** (consultation dédiée, systématique première rencontre, lieu, bruit, seul·e ou accompagné·e)
- **Éléments facilitateurs**
- **Freins**

5) Avez-vous **quelque chose à ajouter** ? (*pistes d'amélioration ?*)

6) **Merci** beaucoup - *ne pas couper l'enregistrement*

Annexe 5 - Exemple de contexte d'énonciation et extrait de verbatim

Exemple de contexte d'énonciation (P4D) :

Je dois rencontrer P4D pour un entretien, celui que nous avons décalé. On avait dit à [lieu public en extérieur] mais il ne fait pas beau, je lui ai donc demandé s'iel préférait changer le lieu, l'heure, le jour, ou le faire en visio. Iel a préféré le maintenir et proposé le café [nom du café], je lui ai dit que s'iel se sentait à l'aise pour parler là-bas, moi je m'adaptais.

Nous nous retrouvons donc devant le café, iel est souriant-e. Nous nous installons à une grande table au fond du café et commandons à boire. Si nous ne sommes pas à proximité d'autres gens qui pourraient nous gêner pour parler, il y a quand même de la musique et du bruit ambiant. Je fais un test de son et on a l'impression qu'on entend suffisamment bien. Je lui fais signer le consentement, lui explique le principe de l'entretien et iel m'annonce qu'iel doit partir dans 30 minutes, nous nous lançons donc dans l'entretien.

Exemple d'extrait de verbatim (P3D) :

D : Ouais. Qu'est-ce que vous pensez au final, d'aborder ces sujets en consultation ?

P3D : Il le faut. Ah, il le faut, il le faut.

D : Excuse-moi, je t'ai vouvoyée.

P3D : Ah non, y a pas de souci, oh (Nous rions). Non, non, il le faut, ah non non, il le faut, il le faut, il le faut. Il le faut, c'est pas, c'est pas possible aujourd'hui d'avoir des taux de suicide qui sont pratiquement 10 fois, 10 fois plus élevés chez les personnes... en questionnement de genre, parce qu'ils [sic] sont pas encore en transition, juste parce qu'à un moment donné elles ont pas, elles ont pas trouvé le, le, le contexte pour pouvoir se déverser de tout ce qu'elles ont en fait. Enfin c'est, en 2023 c'est pas quelque chose qui est acceptable.

D : Ouais.

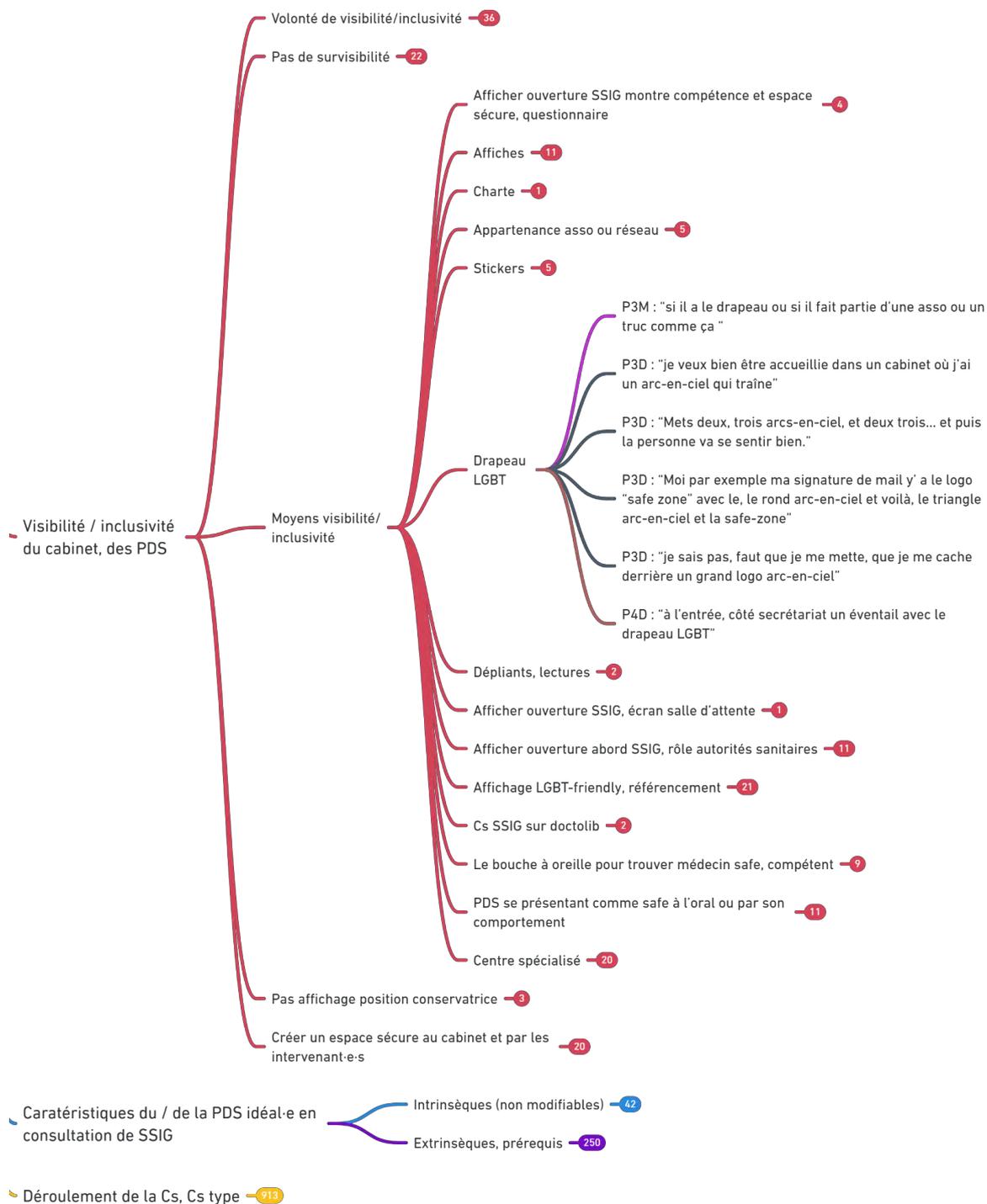
P3D : Fin, moi en tout cas ça me révolte, mais encore une fois je suis parti pris puisque je suis une personne transidentitaire donc... je vais pas dire le contraire, hein (je ris). Fin, voilà.

D : Et on a beaucoup parlé de genre (elle acquiesce). On a moins parlé de sexualité (elle fait un son de dégoût sur le ton de la blague), de pratiques sexuelles (elle s'exclame à nouveau sur le ton du dégoût simulé) des choses comme ça (je ris).

P3D : Pour quoi faire ?

Annexe 6 - Extrait de la carte heuristique ou *mind-map* des résultats

Pour permettre une bonne lisibilité et une présentation possible en une page, la plupart des étiquettes sont « fermées » et les verbatims d'une seule étiquette apparaissent. Certains titres d'étiquettes, catégories ou thèmes ont été raccourcis.



Annexe 7 - Formulaire de consentement

Bonjour, nous sommes Manon FLIPO et David NÚÑEZ MARÍN, étudiant·e-s en médecine générale. Nous réalisons notre thèse sur l'exploration des attentes des patient·e-s concernant l'abord de la santé sexuelle et de l'identité de genre en consultation de médecine générale. Le but de cette recherche est d'analyser les attentes des patient·e-s pour pouvoir améliorer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes.

Pour cela, nous réalisons des entretiens individuels, présents ou téléphoniques, qui sont enregistrés puis anonymisés lors de la retranscription (dans le cadre du respect des normes d'éthique de la recherche). Ces entretiens durent environ 1h, des pauses ou interruptions sont possibles si vous le souhaitez.

Je, soussigné·e, majeur·e, accepte de participer à cette étude et consens à l'enregistrement des entretiens.

Date :

Signature :

Lieu :

Annexe 8 - Tableaux des caractéristiques des personnes interrogées et des entretiens

Participant·e	P1M	P2M	P3M	P4M	P5M	P6M
Âge	28 ans	27 ans	34 ans	28 ans	27 ans	22 ans
Genre	Femme cisgenre	Homme cisgenre	Homme cisgenre	Femme cisgenre	Homme transgenre	Gender fluid
Pronoms	Elle	Il	Il	Elle	Il	Il/elle
Orientation sexuelle	Hétérosexuelle	Homosexuel	Homosexuel	Hétérosexuelle	Bisexuel	Homosexuel·le
Pratiques sexuelles*	1, 3, 4, 5, 8, 10	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10	2, 3, 4, 5, 6, 8, 9	1, 3, 4	1, 3, 4, 8, 11	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11
Statut conjugal	Célibataire	En couple	Pacsé	Pacsée	En concubinage	Célibataire
Niveau d'études et/ou PCS*	Doctorat /PCS 3	M2 / PCS 3	PCS 3	Doctorat / PCS 3	PCS 5	Bac +4
Médecin déclaré·e	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Lieu de vie	Rural	Urbain	Urbain	Semi-rural	Urbain	Urbain
Victime de violences	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Éducation	Progressiste	Entre progressiste et conservatrice	Libérale	Conservatrice	Auto-éduqué	Conservatrice
Durée entretien	16 min	30 min	44 min	36 min	57 min	42 min

***PCS = Professions et Catégories Socioprofessionnelles** : 1 : Agriculteur·rice·s exploitant·e·s ; 2 : Artisan·e·s, commerçant·e·s et chef·fe·s d'entreprise ; 3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures ; 4 : Professions intermédiaires ; 5 : Employé·e·s ; 6 : Ouvrier·e·s

***Pratiques sexuelles** : 1 : Rapports sexuels avec une personne de genre différent ; 2 : Rapports sexuels avec une personne de même genre ; 3 : Rapports bucco-génitaux (cunnilingus/fellation) ; 4 : Rapports génito-génitaux (pénis-vagin / vulve-vulve / pénis-pénis) ; 5 : Rapports ano-génitaux (sodomie) ; 6 : Rapports bucco-anaux (anulingus) ; 7 : Chem-sex (sexe sous l'influence de drogues) ; 8 : Rapports non protégés (sans préservatif, quelle que soit la pratique, sexe oral inclus) ; 9 : Pratiques en groupe (orgie) ; 10 : Partenaires multiples ; 11 : BDSM (bondage, discipline, domination, soumission, sado-masochisme) ; 12 : Prostitution

Participant·e	P1D	P2D	P3D	P4D	P5D
Âge	33 ans	27 ans	44 ans	28 ans	42 ans
Genre	Homme cisgenre	Femme cisgenre	Femme transgenre	Non binaire	Femme cisgenre
Pronoms	Il	Elle	Elle	Il/iel	Elle
Orientation sexuelle	Hétérosexuel	Homosexuelle	Pansexuelle	Pansexuel·le	Homosexuelle
Pratiques sexuelles*	1, 3, 4, 5, 8, 10	2, 3, 4, 7, 9	1, 2, 3, 4, 5, 8	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10	1, 2, 3, 4, 8
Statut conjugal	Célibataire	Mariée	Célibataire	Relation polyamoureuse	En concubinage
Niveau d'études et/ou PCS*	PCS 4	PCS 3	PCS 4	Bac +3	Doctorat / PCS 3
Médecin déclaré·e	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Lieu de vie	Urbain	Semi-rural	Urbain	Urbain	Semi-rural
Victime de violences	Oui	Non	Non	Oui	Non
Éducation	Progressiste	Conservatrice	Progressiste	Progressiste	Conservatrice
Durée entretien	18 min	37 min	1 h 10 min	31 min	57 min

***PCS = Professions et Catégories Socioprofessionnelles** : 1 : Agriculteur·rice·s exploitant·e·s ; 2 : Artisan·e·s, commerçant·e·s et chef·fe·s d'entreprise ; 3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures ; 4 : Professions intermédiaires ; 5 : Employé·e·s ; 6 : Ouvrier·e·s

***Pratiques sexuelles** : 1 : Rapports sexuels avec une personne de genre différent ; 2 : Rapports sexuels avec une personne de même genre ; 3 : Rapports bucco-génitaux (cunnilingus/fellation) ; 4 : Rapports génito-génitaux (pénis-vagin / vulve-vulve / pénis-pénis) ; 5 : Rapports ano-génitaux (sodomie) ; 6 : Rapports bucco-anaux (anulingus) ; 7 : Chem-sex (sexe sous l'influence de drogues) ; 8 : Rapports non protégés (sans préservatif, quelle que soit la pratique, sexe oral inclus) ; 9 : Pratiques en groupe (orgie) ; 10 : Partenaires multiples ; 11 : BDSM (bondage, discipline, domination, soumission, sado-masochisme) ; 12 : Prostitution

AUTEURE ET AUTEUR : FLIPO, Manon et NÚÑEZ MARÍN, David

TITRE : Attentes des patientes et patients concernant l'abord de la santé sexuelle et de l'identité de genre en médecine générale

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Julien ARTIGNY

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 13 juin 2023

RÉSUMÉ

Introduction : La santé sexuelle et l'identité de genre sont des déterminants de santé peu connus et peu abordés par les médecins généralistes. Peu d'études s'intéressent aux attentes des patientes et des patients concernant leur abord. L'objectif principal est d'explorer les attentes des patientes et des patients concernant l'abord de la santé sexuelle et de l'identité de genre en consultation de médecine générale.

Matériel et méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de personnes adultes résidant en France. Échantillonnage raisonné à variation maximale sur l'orientation sexuelle, les pratiques sexuelles et le genre. Entretiens réalisés par une chercheuse et un chercheur avec un guide d'entretien commun. Retranscription du verbatim et analyse selon une méthode inductive générale avec thématisation.

Résultats : 11 entretiens ont été réalisés entre septembre 2021 et février 2023. Les personnes interrogées souhaitaient aborder la santé sexuelle et l'identité de genre en médecine générale. Pour cela, une visibilité sur la possibilité d'aborder ces sujets et sur l'inclusivité LGBT+ des médecins généralistes étaient nécessaires. Les médecins généralistes devaient avoir une attitude favorisant l'abord de ces sujets. Des éléments pouvaient faciliter l'échange : une ou un médecin qui ouvre le sujet et laisse le choix de parler ou pas, qui met à l'aise les patientes et les patients en normalisant le sujet et justifiant les questions posées. Les médecins ne devaient pas assumer l'orientation, les pratiques ou le genre des patientes et des patients.

Discussion et conclusion : L'abord de la santé sexuelle et de l'identité de genre en consultation possède des particularités, il est notamment soumis à des conditions de visibilité et d'inclusivité. Il semble pertinent de proposer une formation à l'abord de ces sujets en médecine générale. Il serait intéressant de réaliser des études complémentaires pour préciser les attentes des patientes et des patients et proposer un modèle de consultation.

ABSTRACT

Patients' expectations on how to address sexual health and gender identity in general practice

Introduction: Sexual health and gender identity are determinants of health that are little known and rarely addressed by general practitioners. Few studies are concerned with the expectations of patients regarding their approach. The main objective is to explore patients' expectations regarding sexual health and gender identity in general practice consultation.

Method: Qualitative study using semi-directed interviews with adults living in France. Reasoned sampling with maximum variation on sexual orientation, sexual activities and gender. Interviews conducted by 2 researchers with a common interview guide. Transcription of the verbatim and analysis according to a general inductive method with thematization.

Results: 11 interviews were conducted between September 2021 and February 2023. Respondents wanted to address sexual health and gender identity in general practice. For this, visibility on the possibility of addressing these topics and the LGBT+ inclusiveness of general practitioners was necessary. General practitioners had to have an attitude that favoured addressing these topics. Some elements could facilitate the exchange: a doctor who opens the subject and leaves the choice to speak or not, who puts patients at ease by normalizing the topic and justifying the questions asked. Physicians were not to assume the sexual orientation, activities or gender of patients.

Discussion and conclusion: Addressing sexual health and gender identity in consultation has special features, it is particularly subject to conditions of visibility and inclusiveness. It seems appropriate to offer training in these topics in general practice. It would be interesting to carry out further studies to clarify patients' expectations and propose a consultation model.

Mots-clés : attentes des patientes et patients ; santé sexuelle ; orientation sexuelle ; pratiques sexuelles ; identité de genre ; médecine générale

Keywords: patients' expectations; sexual health; sexual orientation; sexual activities; gender identity; general practice

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE
