



# Comment améliorer l'anamnèse sexuelle des patient-e-s LGB chez le médecin généraliste?

*Improving general  
practitioner sexual history  
taking for LGB*

Etudiant

**Tomas Jara Schoch**

Tutrice

**Dre Brenda Spencer**

Centre d'évaluation et d'expertise en santé  
publique (CEESAN)  
Centre d'épidémiologie clinique (CepiC)  
Unité d'évaluation des soins (UES)

Expert

**Dr Francesco Bianchi-Demicheli**

Responsable de la Consultation de Gynécologie  
psychosomatique et Médecine sexuelle aux  
Hôpitaux universitaires de Genève

## RÉSUMÉ

Les populations lesbiennes, gay et bi (LGB) ont un mauvais état de santé par rapport à la population générale. Cette inégalité s'explique par leur vulnérabilité en matière de santé et par l'indivisibilité de la sexualité LGB dans l'anamnèse. Ce travail s'intéresse à ce dernier élément. Il analyse la relation entre le patient ou la patiente LGB et le médecin de premier recours dans le but, premièrement, de déterminer la place et l'utilité de la sexualité et de l'orientation sexuelle dans la consultation du généraliste, deuxièmement, d'identifier les réactions que suscitent une discussion sur la sexualité et l'orientation sexuelle et les stratégies pour aborder ces thématiques plus facilement et dans l'intérêt du patient ou de la patiente, et finalement d'explorer la représentation du médecin généraliste et la responsabilité de ce dernier dans le mal-être vécu par les patient-e-s.

Une méthodologie qualitative à l'aide d'entretiens semi-structurés a été utilisée pour répondre aux objectifs de recherche. Cinq individus LGB et cinq médecins généralistes « gay -friendly » ont été interviewé-e-s ainsi que deux experts dans le but d'enrichir l'interprétation des résultats.

Les résultats de ce travail indiquent que même si aborder la sexualité et l'orientation sexuelle est perçu positivement par les individus LGB, la confrontation et le mal-être qui peut en découler chez le patient ou la patiente sont les principaux obstacles qui remettent en question la place de ces thématiques chez le médecin généraliste. En effet, les praticiens interviewés n'en parlent pas systématiquement. Les résultats mettent également en évidence que les individus LGB craignent la réaction du médecin à l'annonce de leur sexualité et de l'orientation sexuelle. Il et elle ont une représentation ambiguë du généraliste qui est perçu soit comme une ressource, soit à l'opposé, comme un danger pour leur santé. Les individus LGB attendent une attitude de normalité de la part du médecin lorsqu'ils parlent de sexualité et d'orientation sexuelle. Il et elle souhaitent pouvoir affirmer leur différence sans que le généraliste les fassent sentir stigmatisé-e-s.

Comment parler de sexualité et d'orientation sexuelle sans brusquer le patient ou la patiente ? Comment faire pour que le médecin généraliste soit considéré comme une ressource ? Ce travail donne des pistes de réponse. La sexualité et l'orientation sexuelle affectent la santé. De ce fait, ces thématiques ont leur place dans l'anamnèse. Pour éviter tout mal-être, une approche inclusive qui intègre toutes les formes de sexualité et d'orientation sexuelle dans la démarche et la réflexion médicale, et indirecte à l'aide de questions projectives, peut être utilisée. Un cadre sécurisant et de confiance est conseillé. Le langage doit être neutre et non-oppressant. Ces thématiques, d'ailleurs, ne devraient pas être abordées ni par une approche directe ni au travers du dépistage des infections sexuellement transmissibles. Un tableau synthétique des diverses recommandations se trouve à la fin du travail. Finalement, le médecin généraliste doit être à l'écoute du patient ou de la patiente et expliquer sa démarche. Il se doit de travailler sur ses représentations de la sexualité et de l'orientation sexuelle afin de créer un lien thérapeutique de confiance nécessaire à la bonne prise en charge médicale.

*Mots clés : LGB ; généraliste; sexualité ; orientation sexuelle ; anamnèse.*

## PAGE DE TITRE

Le fond de la page de titre a été réalisé d'après l'affiche de l'association Gai Écoute : Gai Ecoute. « Ceci est une tapette ». Campagne rose, 1997. [http://www.gaiecoute.org/wp-content/uploads/2014/02/affiche\\_tapette\\_300.jpg?x86969](http://www.gaiecoute.org/wp-content/uploads/2014/02/affiche_tapette_300.jpg?x86969).

## TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	2
Page de titre .....	2
Table des matières .....	3
Définitions .....	4
Introduction.....	5
Revue de littérature .....	5
Objectifs .....	8
Méthodologie.....	9
Résultats.....	12
Les personnes LGBT.....	12
Les médecins .....	16
Discussion et conclusion.....	21
Discussion .....	21
Conclusion .....	27
.....	27
Recommandations pour aborder la sexualité et l'orientation sexuelle .....	28
Bibliographie.....	29
Annexes .....	31
Grilles d'entretien.....	31
Entretiens avec les personnes LGBT.....	37
Entretiens avec les médecins .....	62
Entretien avec Florent Jouinot .....	84
Entretien avec Pascal Singy .....	93

## DÉFINITIONS

La Déclaration universelle des droits de l'homme reconnaît la santé comme un droit fondamental [13]. La santé est considérée comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [15]. Elle intègre la santé sexuelle qui est « état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité » [23]. Cette dernière définition ne se distingue que par un seul terme, la sexualité.

Il est difficile de définir précisément la sexualité. Robert Courtois rappelle que même si originellement, « *la sexualité renvoie à l'activité génitale, elle se confond [aujourd'hui] avec l'affection, la tendresse, certaines émotions, l'amour [...], l'imaginaire érotique, [les] conduites de séduction, la sensualité, [le] plaisir, etc.* » [4]. Cette définition vaste et polymorphe ne fait que refléter la multiplicité des ressentis et la complexité des relations que vit l'être humain. Face à cette diversité, il n'est donc pas étonnant que pour faciliter la compréhension, différentes typologies soient apparues. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), dans une définition de travail, explique la sexualité par ses sous-catégories. Elle la considère comme « *un aspect [...] qui englobe le sexe, les identités et les rôles liés au genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction* » [23].

Ce travail s'intéresse à l'une des ces catégorisations, l'orientation sexuelle. L'orientation sexuelle est « *la capacité d'une personne à éprouver une profonde attirance émotionnelle, affective et sexuelle, ainsi qu'à avoir des relations intimes et sexuelles avec une personne appartenant au même genre qu'elle, à un genre différent ou à différents genres* ». Contrairement au comportement sexuel qui se limite à l'acte et aux pratiques sexuelles, l'orientation sexuelle intègre également les aspects sentimentaux des relations. Pour comprendre l'orientation sexuelle, il est nécessaire de définir le terme de genre. « *L'identité de genre est la manière dont on ressent, au fond de soi, son expérience individuelle de genre* ». L'individu peut se considérer comme un homme ou une femme ou un intermédiaire. Contrairement au sexe qui est biologique, le genre fait référence aux aspects sociaux et il s'exprime « *par l'habillement, par ce que l'on dit ou par toute autre particularité de notre comportement* ». Il peut ou non correspondre au sexe biologique [7].

Classiquement, les orientations sexuelles les plus reconnues sont l'homosexualité, la bisexualité et l'hétérosexualité. Cette dernière correspond à l'attirance pour des personnes de genre opposée. L'homosexualité se réfère aux personnes qui sont attirées par d'autres personnes de genre similaire. Ces individus sont appelés « gays », abrégé « G », s'ils se considèrent comme des hommes ou « lesbiennes », abrégé « L », si elles se considèrent comme des femmes. La bisexualité correspond à une attirance pour des personnes de genre similaire ou opposé. Les individus sont nommés « bi » avec l'abréviation « B ». Les personnes gays, lesbiennes et bi sont regroupées sous le terme « LGB » parce que leurs enjeux sont identiques et par opposition aux individus hétérosexuels. À « LGB », on intègre la lettre « T » qui correspond à l'abréviation de transgenre pour obtenir le terme, le plus communément admis, « LGBT ». Une personne transgenre est un individu qui s'identifie à des genres qui ne correspondent pas à celui qui lui est attribué à la naissance. Ce travail n'aborde malheureusement pas les enjeux transgenres faute de ressources pour les analyser exhaustivement.

## INTRODUCTION

### REVUE DE LITTÉRATURE

#### MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION LGBTQ

Les populations lesbiennes, gays et bisexuelles (LGBT) présentent un mauvais état de santé par rapport à celui de la population générale. Elles sont plus vulnérables face aux IST (notamment le VIH en ce qui concerne les hommes), aux problèmes de santé mentale et aux addictions [16].

Les symptômes physiques (lombalgies, fatigue, insomnies et céphalées) et les limitations fonctionnelles touchent davantage les hommes gays. Ces derniers ont également des facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires plus importants. Le surpoids et les expériences de violence touchent davantage les populations lesbiennes. Ces dernières sont plus fréquemment concernées par des facteurs de risque associés notamment au cancer (faible recours à la mammographie ou à l'auto-examen des seins, tabagisme et recours moins fréquent au frottis du col utérin). Elles seraient donc plus à risque d'être atteintes de cancers du sein, du poumon ou du col de l'utérus ainsi que par des maladies cardio-vasculaires [16]. Les personnes bisexuelles ont davantage de comportements à risque pour la santé et de facteurs à risque par rapport aux individus exclusivement hétérosexuels ou homosexuels [6].

#### QU'EN EST-T-IL EN SUISSE ROMANDE ?

Les études menées à Genève par Wang et al. indiquent que les hommes homosexuels ont un risque plus élevé de développer une maladie chronique. Leur pression artérielle, le taux de cholestérol et du glucose ainsi que la consommation de drogue et de tabac sont plus élevés. [21] Par ailleurs, l'utilisation des services de santé est plus importante, suggérant ainsi une plus grande morbidité. [21]

En ce qui concerne la santé mentale, deux tiers des hommes homosexuels étudiés présentent une morbidité et des co-morbidités psychiatriques [19]. Les prévalences du trouble dépressif majeur, du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité et des tentatives des suicides sont élevées [18]. De plus, les personnes homosexuelles sont faiblement conscientes de leurs désordres psychiatriques et du traitement de ces derniers [19].

Par ailleurs, selon Michaël Hausermann, « *l'anxiété et la dépression sont beaucoup plus répandues que l'infection au VIH* ». En effet, la dépression touche ou a touché 40% des hommes gays ou bisexuels et l'anxiété 36%, tandis que le VIH a infecté 12-15% hommes. Ce constat nous invite à suivre la recommandation également énoncée par Bize et al., en matière de santé LGBTQ, à savoir celle de « dépasser une vision centrée sur les risques liés au VIH » [1].

#### COMMENT EXPLIQUER CES DISPARITÉS DE SANTÉ?

La vulnérabilité des personnes LGBTQ en matière de santé est préoccupante [1]. Une amélioration de leur état de santé est souhaitée et nécessaire. Pour cela, il est indispensable de comprendre les causes des disparités qui touchent la santé des personnes LGBTQ.

L'homosexualité n'est pas un choix et sa prise de conscience est progressive [9]. Le développement de sa sexualité se fait par étape et varie selon chaque individu [14]. Le changement d'identité et notamment la transition vers une sexualité homosexuelle provoquent une détresse psychologique [7]. Ce malaise identitaire se manifeste d'abord par un sentiment d'inadéquation, c'est-à-dire la prise de conscience de la différence entre son attirance et les attentes de son milieu social [9] puis sous la forme d'anxiété. Comme le rappelle Michaël Hausermann, « *l'anxiété, si elle n'est pas soignée peut aboutir à la dépression et une dépression non soignée peut aboutir au suicide* ».

Deux sources de stress expliquent le développement de cette anxiété. La première s'explique par le « *Minority Stress Model* » [7]. Selon ce modèle, la majorité hétérosexuelle discrimine les minorités sexuelles en installant des stéréotypes marginalisant engendrant ainsi des réactions de stress qui évoluent en troubles mentaux (dépression et anxiété), en comportements à risque (promiscuité sexuelle et délinquance) et en une augmentation des consultations médicales [14]. La deuxième source de stress est provoquée par l'acceptation d'une identité socialement dévalorisée [17]. Comme le rappelle Michaël Hausermann, une personne LGBT qui fait son coming out, c'est-à-dire qui affiche son orientation sexuelle publiquement, doit « *accepter d'abandonner le statut social supérieur accordé à son ancienne identité et adopter une identité dévalorisée* » [9].

L'impact de l'environnement social est aussi significatif dans le cas de la dépression. Les problèmes sociaux et interpersonnels sont la première cause de vulnérabilité des hommes gays à la dépression [18].

---

## LA MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

---

### LE RÔLE DU MÉDECIN DE PREMIER RECOURS

Ce n'est pas tant l'homosexualité et la bisexualité qui sont responsables des disparités en matière de santé qui touchent les populations LGBT mais le rejet social que l'homosexualité et la bisexualité suscitent. Selon *l'American Psychiatric Association*, l'homosexualité n'est pas une maladie [11]. D'ailleurs, le changement d'identité est réalisé dans le but de résoudre les dissonances cognitives et d'améliorer la santé mentale [5]. Ce qui nuit à la santé mentale, c'est avant tout l'homophobie sociétale et internalisée [11].

Les prestataires de soin jouent un rôle fondamental dans la mise en place de ce rejet social. Comme le rappelle Buffat, « *les médecins sont [...] perçus comme des représentants de la norme sociale et de l'ordre moral. A ce titre, ils jouent un rôle considérable et leur position ou réactions restent une référence pour beaucoup de monde [notamment pour leurs patients]* » [3].

L'obligation de confidentialité garantie par le secret médical devrait faire des médecins des interlocuteurs privilégiés pour les patients LGBT [17]. Or, ce n'est pas le cas. Les minorités sexuelles craignent de dévoiler leur orientation sexuelle aux prestataires de soin [6]. Comme le rappelle Bize et al., « *dans leur grande majorité, les personnes LGBT souhaiteraient communiquer librement avec leur médecin au sujet de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre, mais hésitent souvent par peur d'être jugées ou moins bien soignées si elles se confient* » [1]. En effet, de nombreuses études mentionnent des interactions discriminatoires basées sur l'orientation sexuelle dans le milieu des soins [19].



Par ailleurs, même si 90.9% des patients souhaiteraient parler de leur sexualité avec leur médecin, seulement 40,5% des patients ont concrètement parlé de leur vie sexuelle en générale avec leur médecin [12]. Selon l'association PREOS (Prévenir le REjet lié à l'Orientation Sexuelle et l'identité de genre), « *la plupart des médecins reçoivent chaque jour au moins une personne LGBT en consultation* » mais à cause de l'inattention que porteraient les médecins à la sexualité et l'orientation sexuelle, cette proportion est sous-estimée [16]. La peur d'offenser, la difficulté à poser les questions, le sentiment de ne pas connaître suffisamment les besoins et la crainte que ça prolonge la durée de la consultation expliquent la réticence de certains médecins à aborder l'orientation sexuelle avec leur patient [14].

---

## AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE

Cette invisibilité nuit à la qualité des soins qui sont prodigués aux populations LGBT. La peur de mauvais traitements et la discrimination retardent l'accès à des soins [14]. En effet, les femmes lesbiennes recherchent moins souvent des conseils et des informations médicaux et participent à des dépistages moins souvent que les femmes hétérosexuelles [8]. Comme le rappelle Bize et al, « le présupposé « hétérosexuel » ou « cisgenre » fréquemment exprimé dans les conversations courantes et les entretiens médicaux, à tendance à provoquer l'autocensure. Le déclenchement de ce réflexe compromet la possibilité d'une alliance thérapeutique de qualité » [1].

Un des problèmes qui complique l'accès à des soins optimaux est la réticence de certains patients LGBT à révéler leurs identités sexuelle et de genre.

Pour y remédier, le médecin ne doit pas représenter un « ordre moral » contraire à toute orientation sexuelle minoritaire [16]. Une attention bienveillante, la curiosité pour le vécu du patient, les remarques positives, une attitude ouverte et compréhensive aident le patient LGBT à surmonter ses peurs, à se dévoiler et elles sont thérapeutiques [3]. Comme le rappelle Buffat, « *l'écoute positive et l'intérêt porté à son patient sont une forme d'acceptation et une preuve de relation possible en dehors du secret* ». De plus, l'accueil favorable peut même encourager le patient à faire son coming out à l'extérieur du cabinet [3].

Makadon recommande de commencer la consultation par une question ouverte sur la vie personnelle « *parlez-moi un peu de vous...* ». Il peut être nécessaire de préciser la question « *avez-vous des inquiétudes et des questions sur votre sexualité, votre orientation sexuelle ou vos désirs sexuels ?* » [10]. Le but est d'établir un historique sexuel qui ne se résume pas aux comportements à risque mais qui intègre une discussion sur l'identité, le comportement et le désir sexuels. Pour ne pas perturber le patient, Makadon donne trois conseils [10]. Il est utile de rappeler au patient que les questions sur l'orientation sexuelle et la sexualité sont adressées à tous les patients (et non pas uniquement à sa personne) et que les échanges réalisés durant la consultation sont confidentiels [10]. De plus, au début de la consultation, il est important d'utiliser des termes qui soient neutres en ce qui concerne le genre. S'agissant de jeunes patients, Perrin et al. recommandent d'utiliser des questions précises « *est-ce que vous sortez actuellement avec une fille ou un garçon ou les deux ?* » [14].

Les patients LGBT peuvent adopter un état d'hyper-vigilance dans la recherche d'indices hétérosexistes et homophobes [14]. Il est possible de créer un environnement accueillant en plaçant une charte de non-discrimination, des brochures à destination des patient-e-s LGBT, des symboles

d'ouverture (posters et logo arc-en-ciel) [1]. Des questionnaires inclusifs qui mentionnent tous les types de partenaire sexuel, d'identité sexuelle et de lien relationnel ainsi qui proposent de recevoir des informations au sujet du « safer sex » améliorent également l'accueil du patient LGBT [14].

Une étude américaine indique que le nombre de prestataires de soins compétents pour traiter les problématiques de santé concernant les personnes LGBT est insuffisant [11]. Pour cela, des cours de sensibilisation et de formation pour le personnel sont nécessaires [1]. Les médecins doivent être sensibilisés au stress potentiel causé par le coming out et le changement d'identité ainsi qu'être préparés à répondre aux questions et élaborer des références. Comme le rappelle Buffat, « *savoir plus sur [...] les particularités et les spécificités [de l'homosexualité] aiderait certainement à répondre de façon plus adéquate aux demandes et aux besoins [des] patients homosexuels* » [3]. Le médecin doit également s'intéresser à l'échange verbal et aux représentations sur les personnes LGB pour éviter toute asymétrie de relation médecin - patient qui nuirait à la communication [16]. Il est important d'explorer ces représentations pour prendre conscience de leurs répercussions [1].

Finalement, il manque des services de prévention qui soient culturellement appropriées [9]. Les médecins et les professionnels de la santé publique doivent être conscients des problèmes de santé qui touchent les populations LGB, qui sont uniques, pour diminuer les disparités notamment en élaborant des actions sur-mesure [11].

## OBJECTIFS

Face au mauvais état de santé et à la vulnérabilité dont souffrent les populations LGB ainsi que les répercussions de l'invisibilité de la sexualité LGB dans l'anamnèse, il est pertinent de s'intéresser à la place de la sexualité et de l'orientation sexuelle, éléments distinctifs des populations LGB dans la prise en charge médicale.

Ce travail analyse la relation entre le ou la patient-e LGB et le médecin de premier recours, acteur majeur du monde médicale, dans le but de :

- Analyser le positionnement des patient-e-s et des médecins concernant la place et l'utilité de la sexualité et de l'orientation sexuelle dans l'anamnèse médicale.
- Comprendre la responsabilité du médecin généraliste dans les inégalités vécues par les patient-e-s LGB ainsi que la représentation que ces derniers/ières se font de leur médecin généraliste.
- Identifier les réactions du médecin généraliste lorsqu'un ou une patient-e LGB dévoile sa sexualité et/ou son orientation sexuelle ainsi que les stratégies et techniques que le médecin généraliste peut employer pour encourager le ou la patient-e LGB à aborder sa sexualité ou son orientation sexuelle.



## MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre aux questions de recherche, une méthode qualitative en interrogeant des patient-e-s et des médecins a été utilisée.

Deux groupes ont été créés. Le premier contenait cinq patient-e-s lesbienne, gay ou bi et le deuxième, cinq médecins généralistes. Des grilles d'entretien ont été élaborées pour chaque groupe et elles ont servi de support aux entretiens.

Les individus du premier groupe (cf. Tableau 1) ont été rencontrés lors d'activités organisées par les milieux associatifs LGBT. Une orientation sexuelle qui ne soit pas uniquement hétérosexuelle a été le principal critère de sélection. Etant donné que ce travail s'intéresse à l'impact de l'orientation sexuelle non pas sur le vécu interne de l'individu mais sur sa relation avec son médecin, ainsi que pour éviter toute catégorisation qui pourrait être mal ressentie, il n'a pas été demandé aux participant-e-s d'explicitier leur orientation sexuelle. La participation des individus était volontaire, sans contreparties et confidentielle. D'ailleurs, les participant-e-s ont choisi les pseudonymes qui sont utilisés dans ce travail. Une procédure de consentement a été réalisée et un document détaillant leurs droits, leur a été fourni. Les entretiens se sont déroulés à l'extérieur du monde médical, dans un cadre neutre qui convenait aux participant-e-s.

<b>Pseudonyme</b>	<b>Age</b>	<b>Occupation</b>
<b>Jacqueline</b>	24 ans	Étudiante en médecine
<b>Bernard</b>	23 ans	Etudiant en sciences sociales
<b>Marcel</b>	21 ans	Etudiant en droit
<b>Charles</b>	23 ans	Doctorant en physique
<b>Nasto</b>	30 ans	Employé

Tableau 1 : description des participant-e-s du premier groupe

Les individus du deuxième groupe (cf. Tableau 2) sont des médecins disposant du titre FMH de médecine interne générale pratiquant dans le canton de Vaud. Pour participer à ce travail, il était nécessaire que ces médecins prennent ou aient pris en charge des patient-e-s LGB. Après prise de contact avec l'association VoGay, les responsables de cette dernière ont transmis une liste de 10 médecins, dit « gay- friendly », c'est-à-dire tolérant-e-s et disposé-e-s à suivre des patient-e-s LGB. Ces médecins ont été contacté-e-s par mail et par téléphone. Ceux qui se sont montré-e-s disponibles, ont participé aux entretiens. Ces derniers se sont déroulés au cabinet du praticien.

<b>Médecin</b>	<b>Localisation du cabinet</b>	<b>Date d'obtention de son diplôme de médecin</b>	<b>Spécialisations et formations</b>
<b>Dr méd. Sylvie Antonini Revaz</b>	Lausanne	1992	Médecine interne générale, 2000 Médecine manuelle (SMSMM), 2002 Pratique du laboratoire au cabinet médical (CMPR), 2002 Psychothérapie déléguée (FMPP), 2006 / 2015
<b>Dr méd. Nicolas Brustlein</b>	Epalinges	1985	Médecine interne générale, 1995 Pratique du laboratoire au cabinet médical (CMPR), 2002 Qualification pour les examens radiologiques à fortes doses (CMPR), 2004
<b>Dr méd. Daniel Charles Widmer</b>	Lausanne	1977	Médecine interne générale, 1985 Médecine psychosomatique et psychosociale de l'ASMPP, 2000 Pratique du laboratoire au cabinet médical (CMPR), 2002
<b>Dr méd. Dominique Durrer-Blaettler</b>	Vevey	1982	Médecine interne générale, 1992 Pratique du laboratoire au cabinet médical (CMPR), 2002 Qualification pour les examens radiologiques à fortes doses (CMPR), 2002
<b>Dr méd. Marc Bonard</b>	Lausanne	1975	Médecine interne générale, 1984 Pratique du laboratoire au cabinet médical (CMPR), 2002

Tableau 2: description des participant-e-s du deuxième groupe

Des grilles d'entretien (cf. annexes) ont été rédigées pour chaque groupe. Elles contiennent des questions ouvertes ainsi que des questions de relance, fermées, pour chaque question ouverte. La « grille d'entretien pour la personne LGB » est destinée aux individus du premier groupe. La première partie contient une mise en situation qui a pour but de confronter le ou la participant-e à un échange sur la sexualité et l'orientation avec un médecin. Le ressenti, l'attitude et les éléments facilitant l'échange du participant sont explorés. La deuxième partie s'intéresse au vécu personnel du ou de la

participant-e avec son médecin, en lien avec sa sexualité et son orientation sexuelle. Le tutoiement était de mise conformément à ce qui est naturellement admis dans le milieu associatif LGB. En ce qui concerne les individus du deuxième groupe, la deuxième grille d'entretien, la « grille d'entretien pour le médecin », a été utilisée. Les questions posées au médecin s'intéressent à l'impact et à la place de la sexualité et de l'orientation sexuelle dans la prise en charge ainsi qu'aux stratégies pour aborder ces thématiques. Elles s'intéressent également à la réaction du patient et au ressenti du médecin. Les entretiens du deuxième groupe se sont déroulés ultérieurement, après ceux du premier groupe. Les entretiens du premier groupé ont servi à élaborer des questions pour le deuxième groupe.

Les entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone (Philips Voice Tracer 5000) et retranscrits en entier. Leur durée varie; elle est au minimum de dix minutes et de trente-cinq minutes au maximum. Par la suite, les entretiens ont été analysés selon la méthode proposée par Blais et al [2]. Ils ont été lus plusieurs fois avec intention ce qui a permis d'identifier les passages dont la signification, l'intérêt ou le sens sont similaires. La description de ce sens a permis d'élaborer un système de classification des passages par catégorie. Ces catégories ont servis de système de codage des données. Le codage a été approfondi et précisé en modifiant la description des catégories et en ajoutant différentes sous-catégories aux catégories initiales. Ainsi, les données ont été réduites. Ce système de classification a permis d'organiser les résultats. Ces derniers ont repris, par paragraphe, les passages contenus dans chaque catégorie.

Pour compléter l'analyse des résultats, deux autres entretiens ont été réalisés avec deux experts. Une grille d'entretien a été élaborée spécifiquement pour chaque expert. Chacune reprenait des problématiques apparues lors de l'analyse des précédents entretiens. Il s'agissait de connaître leurs avis sur la confrontation des patient-e-s à l'orientation sexuelle et à la sexualité, sur l'approche inclusive, sur l'utilisation du dépistage des infections sexuellement transmissibles et les questions directes ainsi que la crainte des individus LGB pour le médecin spécialiste. Les entretiens se sont déroulés dans les lieux de travail de chaque expert : Florent Jouinot, collaborateur au Checkpoint Vaud (centre de santé pour tous les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), a été interviewé en premier ; Pascal Singy, professeur associé en sociolinguistique à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne. Les entretiens, d'une durée d'une demie heure environ, ont été enregistrés grâce à un dictaphone (Philips Voice Tracer 5000) et retranscrits en entier. Après relecture, les passages ont été catégorisés puis intégrés en fin de discussion.

## RÉSULTATS

### LES PERSONNES LGB

#### LA PLACE DE LA SEXUALITÉ ET DE L'ORIENTATION SEXUELLE DANS L'ANAMNÈSE

Parler de sexualité et d'orientation sexuelle avec son médecin est perçu positivement par les individus LGB. L'échange permet « *clairement* » d'améliorer la relation médecin - patient au long terme (Jacqueline). Les bénéfices sont divers. Jacqueline affirme qu'elle aurait « l'impression d'être plus prise dans [son] entier ». Elle considère également que la discussion peut apporter des renseignements aux patient-e-s « *en tant que patient, on a besoin d'informations et ces informations, on peut difficilement les trouver ailleurs. C'est chez le médecin que l'on peut poser ce genre de question. Le fait de pouvoir creuser un peu la sexualité, ça pourrait permettre de trouver des réponses ou juste de pouvoir formuler des questions* ». Finalement, elle rappelle les répercussions sur la santé qu'ont la sexualité et de l'orientation sexuelle « *il y a beaucoup de thématiques de santé qui sont liées aux relations* » et justifie ainsi l'intérêt de l'anamnèse sexuelle pour le diagnostic médical et le traitement des maladies. Ça permet au « *médecin de faire plus de dépistages niveau, euh, la santé mentale et tout ça* ».

Néanmoins, certaines personnes peuvent avoir de la peine à parler de leur santé « *ça me paraît difficile pour moi de parler de problèmes médicaux en général* » (Charles). La sexualité et l'orientation sexuelle n'échappent pas à cette difficulté. Elles demeurent des sujets sensibles pour les patiente-e-s. La confrontation, réelle ou présagée, à la sexualité ou à l'orientation sexuelle est difficile « *si c'est pour un problème en lien avec mon orientation sexuelle, je serai très mal à l'aise. Sinon, je ne serai pas spécialement mal à l'aise* » (Jacqueline). En conséquence, ils et elle adoptent différentes stratégies pour y faire face. Bernard est « *cash dès le départ* » pour éviter de se « *retrouver face à quelqu'un [qu'il] découvre homophobe plus tard* ». Les autres préfèrent ne pas parler de sexualité ou d'orientation sexuelle de manière automatique. Une des deux raisons invoquées est la pudeur « *ça me gênera un peu de lui parler de pénétration et tout. Ça fait partie de ma personnalité. Ça me gênerait avec n'importe qui, même avec mes amis les plus proches* » (Bernard). L'autre raison est la discrimination potentiellement engendrée « *il y a plein de préjugés qui peuvent du coup entrer dans la consultation* » (Jacqueline). « *L'homophobie, la mauvaise compréhension, les préjugés, les mauvaises formations du corps médical* » (Bernard), la « *peur [...], d'avoir une mauvaise réaction du médecin* » (Marcel), le « *préjugé par rapport à [l'] hygiène de vie ou je ne sais pas quoi* » (Charles) sont cités par les personnes LGB comme exemples. Ils et elle expliquent leur réticence à parler de sexualité et d'orientation sexuelle par les implications qu'engendreraient ces discriminations. La mauvaise prise en charge médicale est redoutée par certain-e-s « *le fait d'avoir peur d'être moins bien pris en charge [...], la peur d'être identifié à certains préjugés* » (Jacqueline) ou niée par d'autres « *je ne pense pas que l'on serait mal soigné mais jugé peut-être* » (Charles). La confrontation à sa propre sexualité ou orientation sexuelle peut être mal vécue « *le verbaliser est vachement confrontant peu importe qui tu as en face* » (Jacqueline). En effet, l'individu LGB peut se sentir responsable de sa maladie « *je ne culpabiliserais pas... Mais c'est plus facilement de ma faute que si c'est lié à un virus ou je ne sais pas.* » (Jacqueline). En conséquence, accepter d'en parler exige parfois un travail sur soi-même « *ça a été tout une démarche psychologique d'accepter d'en parler à ces médecins qui sont extérieurs à ma vie* ». Cette démarche demande souvent du temps

« psychologiquement, c'était assez lourd. Il m'a vraiment fallu des années pour accepter l'idée de devoir en parler à mes médecins. Ça n'a pas été du tout une évidence dès le début en fait alors que je trouve en fait que ça devrait l'être » (Nasto).

Face à ces réticences, la place de la sexualité et de l'orientation sexuelle dans l'anamnèse est discutable. Certains participants considèrent que ce n'est pas indispensable à l'anamnèse générale « je n'ai pas l'impression en tout cas que ça soit indispensable. Ça peut être utile je pense mais indispensable je ne pense pas » (Charles). Ils estiment que l'anamnèse sexuelle doit être réalisée uniquement dans le cas de l'investigation de certaines pathologies « pas au premier abord. Si [...] on doit aborder des sujets où ça implique ma sexualité, là, j'en parlerai, mais au premier abord, non » ou dans le cas d'une dégradation de leur état de santé « sans raison médicale, je n'en parlerai pas » (Nasto). D'autres considèrent même qu'il invoque tout simplement au médecin de prendre l'initiative « premièrement, je n'oserais pas et deuxièmement, je le pense que c'est au médecin de venir chercher cette information » (Jacqueline).

---

## PARLER DE L'ORIENTATION SEXUELLE ET LA SEXUALITÉ ?

---

### COMMENT RÉAGIR ?

Lorsqu'une personne LGBT dévoile son orientation sexuelle et sa sexualité au médecin généraliste, il attend de ce dernier une réaction contenue : le médecin « devrait réagir sans réagir vraiment » (Jacqueline), voire « qu'il ne réagisse pas ». En effet, certains mettent en avant la banalité de ce genre de révélation pour justifier cette impassibilité « ça ne change rien, [...] que ça soit comme si je lui disais « j'ai mangé une pomme ce matin ou j'ai mal au ventre... » » (Nasto). Selon Jacqueline, le médecin se doit uniquement de prendre note « en validant cette information sans faire tout un plat [...], le médecin n'a pas besoin de creuser plus ». Néanmoins, si le diagnostic l'exige, le médecin doit poser des questions « par contre si je viens pour un problème qui pourrait être lié à un comportement sexuel à risque, là, j'attends que le médecin creuse plus ». D'autres attendent de la part de leur généraliste « une attitude de normalité ». L'homosexualité ne devrait même pas être divulguée car, par sa mention, le médecin établirait une distinction entre sexualité normale ou anormale. Bernard attend du médecin qu'il applique un schéma de pensée médicale non hétéro-normée qui inclut toutes les orientations sexuelles « il ne devrait pas y avoir une norme avec le médecin. Le médecin devrait considérer que chaque patient est normal dans son sens puisque chaque patient est différent. Dans ce sens-là, il ne devrait pas y avoir un besoin de dévoiler son homosexualité en tant que tel étant donné que ça fait partie des éventails de possibilité que le médecin a. Le médecin doit considérer que s'il n'y a pas eu d'homosexuels/lles, d'orientation sexuelle qui est mentionné, que chaque patient peut être homosexuel » (Bernard).

La suite de l'entretien devrait également se dérouler dans la normalité « il devrait se dérouler normalement parce que ça ne change pas grand-chose au problème de base » (Jacqueline). Le médecin doit éviter de se focaliser sur l'orientation sexuelle « après, il faut partir de la normalité et ne pas tout thématiser. [...] [éviter] si tôt qu'il y a la question des orientations sexuelles, en faire comme si c'est un problème potentiel nécessairement » (Bernard). Même si certain-e-s participant-e-s s'attendent à ce que le généraliste pose des questions sur leur orientation sexuelle « je pense qu'il va poser plutôt des questions différentes : si j'ai une relation stable ou un truc dans le genre, si je papillonne, si je suis en danger... » (Charles).

## COMMENT ABORDER LE SUJET ?

Le médecin doit-il interroger directement le patient ou la patiente sur sa sexualité et son orientation sexuelle ? Certain-e-s participant-e-s LGBT reconnaissent qu'il est plus facile de parler de sexualité et d'orientation sexuelle si le généraliste pose la question. Charles répond même avec imprécision aux questions du médecin pour induire des questions directes « *je fais des sous-entendus ou des trucs qui laissent comprendre sans que je dise moi mais qui peuvent faire comprendre et déclencher les questions* ». Néanmoins, d'autres personnes LGBT s'inquiètent des répercussions d'une confrontation directe « *qu'il aborde frontalement le sujet de l'homosexualité « est-ce que vous êtes homosexuel ? », non parce que ça peut être méga désagréable et ça peut être confrontant au possible. [...] Poser une question sur l'identité directement serait une très mauvaise idée* » (Bernard). En effet, la confrontation à sa sexualité peut être mal vécue « *je pense qu'avec les patients qui vivent mal leur homosexualité, c'est-à-dire ceux qui assument moins, mais même ceux qui sont complètement « out » d'une certaine manière, le regrette. Le fait qu'on puisse leur poser la question va faire les sentir mal parce qu'ils se diront « ah ça se voit » et du coup, ils vont surcompenser et se fermer. Donc, ça dépend quel type de question* » (Marcel). Un des conseils énoncé pour éviter la brutalité de la question directe est de rappeler l'utilité de la question, à savoir que cette dernière s'inscrit dans une démarche pour préserver la santé du patient ou de la patiente « *je pense que c'est bien quand ça rentre dans le rapport du soin sinon, non. [...] Tu vois ce que je veux dire comme quoi il n'y a pas de rapport?! Du coup, j'imagine qu'il faut poser des questions quand il y a un rapport* » (Marcel).

Les personnes LGBT énoncent différentes stratégies que peut employer le médecin pour encourager à aborder la sexualité et l'orientation sexuelle. Le médecin peut :

- Adapter l'anamnèse à l'individu et avoir une attitude personnalisée « *[j'espère] que l'on se base vraiment plus sur mon vécu que le vécu général d'une femme de 24 ans. Ça permettrait d'un peu mieux cibler.* » (Jacqueline). Le langage doit également être adapté « *en juin, j'ai dû aller aux urgences pour un problème de frein. J'ai dit au médecin « mon phallus ». Le médecin m'a répondu « mon zizi ». Ça m'a mis mal à l'aise* » (Marcel).
- Utiliser un langage inclusif et neutre qui intègre toutes les sexualités et toutes les orientations sexuelles, un « *langage épïcène, langage inclusif non-hétéronormé* ». Les questions doivent également être neutres : « *est-ce que vous êtes sexuellement actif ?* » (Bernard).
- Avoir une attitude d'écoute pour que l'individu puisse verbaliser son ressenti « *il ne m'a pas laissé la place d'exprimer mon mal-être. Je serais parti dans le mal-être et je serais gentiment revenu là-dessus. [...] Ce n'est pas le fait qu'elle n'était pas à l'écoute. C'est qu'elle ne voulait juste pas me laisser parler. Ce n'est pas qu'elle ne m'entendait pas. Elle ne m'a pas laissé la place pour lui expliquer* » (Jacqueline).
- Mettre à l'aise « *ben, en mettant la personne à l'aise. Comment? En la rassurant. [...] En disant à la personne que ça ne change rien. [...] En ne culpabilisant pas* » (Marcel).
- Créer un cadre sécurisant en rappelant le secret médical « *ça peut aider à juste pouvoir formuler des choses que l'on ne peut pas formuler en dehors de cabinet puisqu'il y a le contexte du secret médical. On est dans un lieu qui est censé être un peu protégé* » (Jacqueline).
- Se sensibiliser aux vécus des populations LGBT pour mieux comprendre leurs difficultés « *on est des populations qui sont plus à risque d'être mal dans notre peau et ça serait bien que dans la tête du médecin ça soit associé et être plus sensible à ce sujet avec les personnes LGBT* » (Jacqueline).



### LA PEUR DE DISCRIMINATION ET LE MÉDECIN

Face à la peur d'être discriminée, il est intéressant d'analyser la responsabilité que donnent les participant-e-s au médecin généraliste et notamment si elle est légitime. Pour certain-e-s, aborder l'orientation sexuelle avec « *un médecin, ça serait pire* » (Jacqueline). En effet, le/la généraliste « *ne se rend pas compte que son langage peut ne pas être inclusif et ne pas inclure certaines possibilités* » (Bernard).

Tous et toutes les participant-e-s LGB craignent la réaction du médecin à l'annonce de leur sexualité ou leur comportement sexuel « *tu ne sais pas trop ce que la personne pense en face. Du coup, tu vois que ce que la personne dégage par rapport à toi, ce qu'elle pense de toi au premier abord et tu te dis, lui il ne va pas trop apprécier s'il savait ou comme ça.* ». En effet, le regard du médecin inquiète. Il peut mettre la santé en danger « *par peur que le regard du médecin soit biaisé après* » (Nasto). Il peut également avoir un effet de confrontation par rapport à leur propre acceptation « *chez le généraliste, j'aurais voulu être confrontée à ça. Je n'étais pas assez prête pour franchir le pas* » (Jacqueline).

Le lien qu'entretient le médecin avec l'individu influence la propension de ce dernier à communiquer sur sa sexualité ou son orientation sexuelle « *si c'est un médecin avec lequel j'ai un bon feeling ou pas* » (Bernard). La confiance peut faciliter la discussion « *euh, je me sens en confiance parce que j'ai un rapport très sain avec mon médecin généraliste. Je me sens tout de suite bien et tout de suite à l'aise* » (Nasto).

---

### QUELLES REPRÉSENTATIONS ET RESSOURCES ?

La représentation du médecin généraliste varie entre chaque individu. Il peut être perçu comme une personne avec une attitude intrusive. Cette dernière peut être ressentie comme un danger pour sa santé « *parce que tu mets entre ses mains ta santé et tu es plus vulnérable par rapport à lui que par rapport à n'importe qui* » (Jacqueline) ou comme une source de stress « *même pour un truc anodin, pour moi, ça reste quelque chose de stressant, le médecin* » (Charles). En effet, le médecin méconnaîtrait les besoins des populations LGB « *un médecin généraliste ne connaît pas les besoins de ces populations* », ce qui peut conduire à une mauvaise prise en charge « *je suis allé vers lui pour faire des tests même s'il les faisait mal... Ça c'est parce que les médecins généralistes ne sont pas au courant sur la santé sexuelle. Il ne m'a jamais fait de frottis alors qu'il aurait dû me le faire* » (Bernard).

A l'opposé, le généraliste peut également être considéré comme une ressource, comme une personne de confiance « *le médecin est quelqu'un qui est censé être de confiance, de relation* » (Bernard), dont les conseils prodigués par les médecins sont remarqués et remerciés « *moi, j'aime beaucoup quand le médecin amène des idées, des conseils, des trucs* » (Nasto). Dans certains cas, le médecin revêt même une fonction paternaliste, il crée « *presqu'une esquisse de relation paternelle* » (Marcel). Finalement, le généraliste peut même représenter un fantasme sexuel « *si j'avais un très beau médecin, ce qui n'a jamais été le cas, je lui dirai pour l'inciter à passer sous le bureau* » (Marcel).

---

## LES SPÉCIALISTES

Il est surprenant d'observer le sentiment d'opposition que suscitent les médecins spécialistes. Jacqueline éprouvait, par exemple, une « *trouille profonde* » à l'idée de se rendre chez une gynécologue. Elle explique ce désarroi par une mauvaise prise en charge suite à la révélation de son homosexualité « *dès le moment que j'ai dit que j'avais une copine, elle m'a rétorqué, que je n'avais donc jamais eu de relation sexuelle. Elle était très peu informée sur la sexualité lesbienne et j'ai quand même l'impression d'avoir moins bien été soignée. Dans le sens, qu'elle n'a pas cherché les facteurs de risque, les relations à risque. Même lorsque je lui ai posé des questions pour comment me protéger dans une sexualité lesbienne, j'ai eu des réponses types « il n'y a aucun risque ; ce ne sont pas des relations à risque ». A la fin, normalement, c'est un contrôle par année pour le dépistage HPV. Là, elle m'a dit que vu que je n'étais pas à risque, que l'on pouvait se voir facilement dans deux ans. Alors que, je pense que je suis quand même, j'ai l'impression que je suis à risque et j'ai l'impression de ne pas avoir été prise au sérieux, que vraiment, elle est restée sur son idée très fixe de comment ça se passait sans poser les questions qui auraient permis des explications* ». Par ailleurs, certaines personnes LGB interviewées ont plus de facilité à parler de sexualité et d'orientation sexuelle avec un médecin généraliste qu'un médecin spécialiste, même spécialisé dans des organes impliqués dans l'acte sexuel ou la reproduction « *là on parle de mon généraliste mais je suis aussi suivi par un gastro-entérologue. Là, je suis un peu moins à l'aise par rapport à ma sexualité. On n'a jamais vraiment parlé. Enfin voilà, il y a toujours un petit malaise qui fait que...* » (Nasto).

---

## LES MÉDECINS

---

### LA PLACE DE LA SEXUALITÉ ET DE L'ORIENTATION SEXUELLE DANS L'ANAMNÈSE

Les médecins ne parlent pas systématiquement de sexualité et d'orientation sexuelle avec leurs patient-e-s « *je tâche d'être à l'écoute mais je ne vais pas systématiquement chercher* » (Médecin A). Ils invoquent plusieurs raisons. Un de médecin l'explique par un manque de temps « *la position du dépisteur compulsif, je ne l'ai pas. J'entends par là que si ce discours qui dit que le médecin généraliste devrait penser à demander l'orientation sexuelle, le médecin généraliste devrait penser à demander combien de gens boivent, le médecin généraliste devrait penser... Il y a une célèbre étude qui montre que si, en médecine générale, on répond à tous ces impératifs, on fait des consultations de vingt heures, parce qu'il y en a beaucoup* » (Médecin E). D'autres se préoccupent du ressenti du patient. Interroger le ou la patient-e sur sa sexualité peut être trop intrusif « *pas la première fois que je vois les gens parce que je ne veux pas, entre guillemets, violer leur intimité* » (Médecin B). Le médecin craint en effet de blesser le ou la patient-e « *j'ai toujours peur, parce que c'est vrai qu'il y a des gens qui sont très ouverts et d'autres pas. Peut-être si vous êtes avec quelqu'un qui n'est pas très ouvert, que vous allez lui suggérer que peut-être je pensais qu'il est homosexuel, il pourrait mal le prendre, par exemple. C'est un sujet sensible. En soi, après moi, ça ne me pose pas de soucis. Je trouve que c'est même plus facile lorsqu'on le sait parce que, ben voilà, il n'y a pas cette espèce de questionnement qui reste en suspens* » (Médecin C).

---

## LES CONDITIONS

Les médecins s'intéressent à la sexualité et l'orientation de leurs patient-e-s sous certaines conditions. Ces dernières peuvent dépendre des caractéristiques du patient ou de la patiente, à

savoir, son âge « *les patients jeunes qui ne mettent pas « je suis marié, grand-père et je ne sais pas trop quoi », je leur demande quand même* » (Médecin A), « *c'est vrai que je ne vais pas forcément directement demander comment ça se passe sexuellement à un patient à partir de septante ans* » (Médecin D), le nombre de consultations réalisées « *après la deuxième-troisième fois qu'il venait* » (Médecin B), « *je pense que c'est quand même quelque chose d'indispensable pour une première [consultation], euh, quant on ouvre un dossier.* » (Médecin D), lorsque le médecin pense que le ou la patiente est homosexuel-le « *quand j'ai l'impression qu'ils sont homosexuels que c'est un petit peu, soit avec le déni, soit que ce n'est pas avoué, je pose la question, carrément. Et puis, voilà, les choses sont claires, cartes sur table.* » ou lorsque le ou la patient-e le suggère « *moi je le fais lorsqu'on m'induit le problème, de façon directe ou indirecte, alors là, j'explore* » (Médecin B). L'intérêt médical est aussi une condition. La sexualité a des répercussions sur la santé « *mais même peut-être, c'est la même chose pour une personne qui est hétérosexuelle, s'il a une vie stable en couple ou s'il va butiner à droite et à gauche, on va avoir un contexte différent, on va avoir des potentielles maladies différentes* ». Le médecin interroge si c'est médicalement utile « *peut-être je pose si ça me semble avoir une utilité dans le diagnostic* » (Médecin C) ou lorsqu'il effectue un bilan de santé « *quand le patient vient faire un check-up* » (Médecin D).

---

## LES SUJETS DE DISCUSSION

La sexualité et l'orientation sexuelle sont abordées selon différents aspects. Le médecin s'intéresse à la sphère uro-génitale et son fonctionnement « *je leur pose la question s'il y a un problème particulier en ce qui concerne les rapports sexuels et puis on aborde souvent, de manière naturelle et aussi par rapport aux maladies vénériennes, s'ils se protègent et etc.* » (Médecin D). Il évalue le risque de transmission de maladies sexuellement transmissibles (IST) « *j'essaie de faire de la prévention, hein [...]. Avec toutes les maladies sexuellement transmissibles, il faut quand même faire attention* » (Médecin B). La manière de vivre sa sexualité ou son orientation sexuelle se répercute sur son rapport à l'autre « *donc, finalement, ce n'est pas tellement l'orientation, c'est le mode de vie qui changerait quelque chose* » (Médecin C). En conséquence, certains médecins s'intéressent à la manière dont les patiente-e-s vivent leurs relations pour identifier des troubles en lien avec la sexualité ou l'orientation sexuelle « *donc, je ne reviens pas sur leur homosexualité mais je reviens sur le fait qu'elle vit avec Martine et je lui demande comment va Martine* » (Médecin E). Ces troubles peuvent avoir des conséquences psychosociales que le médecin s'efforce de dépister « *je m'arrête souvent à la sphère psychique, le travail, la famille pour mieux connaître le patient, quel est son entourage, comment ça se passe à la maison, comment ça se passe au travail, etc.* » (Médecin A).

---

## COMMENT LES MÉDECINS ABORDENT-ILS LA SEXUALITÉ ET L'ORIENTATION SEXUELLE ?

---

### QUESTION DIRECTE OU INDIRECTE ?

Les médecins utilisent différentes stratégies pour parler de sexualité et d'orientation sexuelle avec ses patients. Interroger directement le ou la patient-e permet d'éviter des tabous « *quand j'ai l'impression qu'ils sont homosexuels que c'est un petit peu, soit avec le déni, soit que ce n'est pas avoué, je pose la question carrément. Et puis, voilà, les choses sont claires, cartes sur table. Ça m'est arrivé d'avoir des choses très émouvantes dans ce cabinet, des coming out. Un a pu enfin se libérer. Je pense que c'est une bonne chose* » (Médecin B). Cependant, la plupart des médecins évitent la

confrontation brutale et agissent précautionneusement « *poser comme ça la question, euh, de but en blanc, moi, je ne le sens pas. Ça ne veut pas dire que ça ne marche pas mais moi-même, je ne le sens pas vraiment. J'aurais peur de choquer le patient, certains patients qui ne sont pas prêts à que je leur pose la question comme ça* » (Médecin D).

---

## LE RESSENTI DES PATIENT-E-S

En effet, avant d'émettre toute question, il et elle s'intéressent au ressenti du ou de la patient-e. Pour éviter d'être intrusif, le médecin se doit d'expliquer sa démarche « *en médecine générale, on se centre sur la demande du patient. Et puis, si on pose des questions qui vont dans la sphère privée, il faut que ça ait une logique sinon on est intrusif. [...] Savoir pourquoi on pose la question. On est face à quelqu'un qui a un air un peu ceci et un peu cela. Poser la question par curiosité, ce n'est pas de la médecine. C'est du café du commerce. Donc, on pose la question à propos et même des fois, je vais jusqu'à justifier en disant « si je vous pose cette question, c'est parce que la fatigue que vous présentez, ça pourrait correspondre à une maladie virale. C'est normal que je vous pose cette question »* » (Médecin E). Il peut également rechercher si les motifs de consultation ont un lien avec la sexualité ou l'orientation sexuelle « *j'essaie de sonder, de voir pour quelles raisons, ils ont pris la peine de venir me voir et parfois d'attendre dans la salle d'attente [...]. Et après, des fois, pour y arriver, ce n'est pas toujours comme ça, évident. Ce n'est pas toujours énoncé clairement. Donc, c'est une question cachée. On fait petit peu tous les systèmes et si j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui se joue là, ben je poserai plus de questions* » (Médecin C). Une autre technique consiste à obtenir la confiance du patient « *quand on a la confiance du patient pour parler en fait de la sphère sexuelle, je trouve que ça sort assez facilement* ». La confiance permet de créer un cadre sécuritaire pour le ou la patient-e, une alliance thérapeutique « *moi, je pense que la chose la plus importante pour traiter un patient et pour être efficace au-delà de toute médication, au-delà de tout, c'est de créer l'alliance. Donc pour moi c'est très important au début de créer l'alliance. [...] Le patient se sent écouté, il se sent compris ; l'entretien motivationnel quoi. Je fais de l'écoute active. Donc, il peut se rendre compte que j'ai bien compris ce qu'il m'a dit. Il faut que ça soit vraiment réciproque et le patient, c'est lui-même son expert. Donc, il est expert de lui-même. Donc, je lui fais sentir. Je peux par exemple lui demander « quand est-ce que vous avez envie que je vous revoie ? », sans imposer un rythme particulier à moins que je doive vraiment le contrôler pour une raison X, Y et Z. Donc là, ça lui rend pas mal son autonomie et le fait qu'il décide qu'il soit partie prenante et qu'il décide pour une partie de son traitement ou de son suivi, généralement ça crée une alliance forte* » (Médecin D).

---

## ELABORER UNE QUESTION

Les questions sur la sexualité et l'orientation sexuelle ne doivent pas être ressenties comme oppressantes par le ou la patient-e « *je pense qu'il faut essayer de poser des questions qui n'ont pas l'air trop agressives ou incisives* ». Le médecin peut utiliser des questions neutres qui n'obligent pas le ou la patient-e à se positionner explicitement sur sa sexualité ou son orientation sexuelle mais qui lui permettent d'aborder le sujet s'il ou elle le souhaite « *vous dites des questions qui peuvent paraître neutres qui s'adresseraient à n'importe qui ?! Par exemple : « est-ce que vous avez un désir d'enfant ? » ou des choses comme ça...* » (Médecin A), « *alors, je pose souvent des questions ouvertes, hein, je veux dire « ... et votre ami ou votre amiE... » et puis, le patient à ce moment-là me corrige. [...] « Comment sentez-vous dans votre sexualité ? »* ». C'est très neutre et c'est ouvert. Donc, s'il veut, il

*prend la perche et il va plus loin. Et puis, il m'explique et peut-être à ce moment-là, je peux faire un reflet ou comme ça de ce qu'il me dit pour qu'il aille plus loin ou alors il ne prend pas et ce n'est peut-être pas le moment tout simplement quoi. [...] Comme ça, il n'est pas choqué, il peut prendre ou ne pas prendre et voilà. Il sait que moi je peux parler de ce sujet là et donc il peut revenir quand ça sera le moment s'il en a l'envie » (Médecin D). Le médecin peut également prétendre s'intéresser à d'éventuelles pathologies uro-génitales pour investiguer « je vais leur demander si elles ont une mycose vaginale et là, ça permet d'ouvrir le sujet et le faire par ce biais-là. Si elles prennent la pilule, voilà, etc. Ce sont deux biais chez les femmes. Enfin biais... Ce sont deux chemins que je prends pour aborder, pour entrer dans le sujet » (Médecin D). L'invention du viagra aurait d'ailleurs facilité les discussions sur la sexualité « il y a eu un grand changement, c'est l'apparition du viagra, hein, ce qui nous met très à l'aise. Alors, d'abord, les mâles se mettent à parler de leur sexualité ce qu'ils ne faisaient pas avant le viagra parce qu'on a parlé du viagra dans la presse. Je pense que tous les médecins généralistes vous diront que le viagra a clairement changé les choses. Les hommes n'osaient pas en parler » (Médecin E).*

Interroger le patient est une stratégie mais le silence l'est également. Il faut donner la possibilité au patient de répondre et de communiquer « *laisser la porte ouverte aux affirmations des gens. Il faut les laisser parler quoi; il ne faut pas, tout le temps, bombarder les gens avec des questions. Semble-t-il les médecins ne laissent pas parler les patients plus de vingt secondes avant de leur couper la parole. Je tâche de faire mieux » (Médecin A).*

L'installation d'affiches et de « flyers » signalant la tolérance et l'ouverture d'esprit du médecin sur la sexualité et l'orientation sexuelle, dans la salle d'attente, est accueilli positivement par les médecins « *je pense alors que l'histoire du « flyer » est une bonne idée » (Médecin D). L'incitation à communiquer qu'ils transmettent est reconnu « des « flyers » dans la salle d'attente, je peux très bien vivre avec ça, parce que ça peut donner l'envie au patient de se dire « tiens, il n'est pas obtus ; je peux lui en parler. » » (Médecin E). Néanmoins, certains expriment des réticences quand à leur qualité « le problème c'est la qualité des « flyers ». Vous avez pas mal de boîtes pharmaceutiques qui font des « flyers » ... » (Médecin C) ou à la surcharge de la salle d'attente « le problème, c'est que l'on est bombardé de trucs à mettre à la salle d'attente. S'il y a de la violence à la maison, parlez-en. Si vous avez des soucis au travail, parlez-en. Si vous avez des problèmes de sexualité, parlez-en. On ne sait pas où on s'arrête. C'est difficile de mettre une grande affiche, arc-en-ciel, en disant « ici, les gays sont accueillis sympa », parmi toutes les autres choses que l'on pourrait afficher » (Médecin A).*

---

## LA RÉTICENCE

Les médecins invoquent différentes raisons pour expliquer leur réticence, démontrée par des études, à parler de sexualité avec les patient-e-s. La consultation peut ne pas durer suffisamment « *je pense que c'est une question de temps, déjà »*. Le médecin craint également de ne pas être suffisamment préparé « *euh, c'est une question de non-formation, on ne nous a jamais appris à en parler » (Médecin A). Comme il n'a pas de réponses à donner, il évite le sujet « je suis allée à quelque chose sur la sexualité, parce que je me rends compte que c'est un sujet que je n'aborde pas souvent, d'une manière générale, pas forcément facilement [...]. On a tendance à éluder le sujet si on ne nous y amène pas, bien évidemment. [...] En fait, je me rends compte que je ne sais pas tellement comment prendre en charge ce problème » (Médecin C). Le ressenti du médecin est aussi un frein. La sexualité peut être considérée comme un sujet tabou « *ah, je pense que dans la tête de beaucoup de monde, il**

y a encore une sorte de tabou malgré qu'il y a des films pornos partout, que la pornographie même dans la publicité, il y a des appels dans tous les coins, etc. Que... L'on a une sexualité plus au moins libérée... Mais il reste toujours, quand même, cet aspect, un peu voilà, tabou de la sexualité » (Médecin D). La sexualité peut avoir un impact affectif pour le médecin « ce que je trouve le plus difficile, c'est lorsqu'un homme marié avec des enfants, tout d'un coup, part dans une autre orientation sexuelle. Je suis souvent le médecin traitant de toute la famille. Ça implique des changements. [...] Ou bien, j'ai une jeune femme aussi qui est venue un jour en me disant que voilà, maintenant elle vivait avec une femme alors qu'elle avait un copain. Elle a largué son copain et elle s'est mise avec cette femme. Elle y est toujours d'ailleurs. Et puis ça implique, pour le médecin de famille, la maman qui débarque, qui veut comprendre qui veut savoir. Ça, ça implique une charge » (Médecin E). Il est également intéressant de constater qu'un médecin ait reconnu parler moins de sexualité et d'orientation sexuelle avec les femmes « je me rends compte que finalement, avec les femmes, je parle très rarement de sexualité. Avec les hommes, oui, de temps en temps, à cinquante ans lorsqu'on fait des checkup, je pose la question » (Médecin C). Cette différence d'attitude face au genre du patient s'explique par une plus grande difficulté à en discuter « ouais, c'est plus difficile à dévoiler tout ça. Les femmes sont plus... J'ai l'impression que c'est beaucoup plus difficile, c'est plus caché » (Médecin B), qui pourrait être liée à la pudeur du praticien « on rigole pas mal mais parce que je suis un mec et puis parce que je fais ça avec des mecs. Avec les dames c'est plus délicat. Je pense que peut-être j'ai plus de pudeur qu'avec les garçons. Les garçons, je peux très bien aborder un type en lui disant : « la quéquette ça va ? », paf. Je n'oserais jamais faire ça avec une femme » (Médecin E) ou par le fait que le médecin pense que c'est à son collègue gynécologue de s'occuper de la sexualité des femmes « parce que je me dis c'est le gynécologue qui s'en occupe. Je ne suis pas sûre [rire]. Quand moi je vais au gynécologue, il ne me demande jamais. On se renvoie la balle à mon avis » (Médecin C).

---

#### LA RÉACTION DES PATIENT-E-S

Le médecins décrivent deux types de réaction en réponse aux questions sur la sexualité ou l'orientation sexuelle. Le patient peut soit en profiter pour révéler des aspects en lien avec ces thématiques soit négliger la discussion par manque d'intérêt « certains mettent la question de côté en disant qu'ils n'ont pas de problèmes, qu'ils ont un partenaire ou une partenaire et puis on n'arrive pas à savoir beaucoup plus. Puis, on a d'autres qui, justement, saisissent l'occasion pour dire « j'ai peut-être pris des risques. Est-ce que je devrais me tester pour les maladies sexuellement transmissibles ? » [...] Moi, je pense qu'en fait les patients sont moins choqués que ce que l'on pourrait penser si on leur en parle » (Médecin A). La réaction des patients peut également susciter une attitude que le médecin se doit d'adopter « vous savez, après ils reviennent parce qu'ils ont fait quelques petits « écarts ». Alors, je les engueule ; je deviens paternaliste. Je trouve ça très drôle. [...] Et puis alors, ils disent « oui, oui docteur ! », c'est assez marrant mais ils recommencent, ça ne fait rien » (Médecin B).



## DISCUSSION ET CONCLUSION

Ce dernier chapitre a pour but de donner du sens aux résultats. Dans un premier temps, dans la discussion, les résultats obtenus sont interprétés de manière à dégager des réponses aux objectifs de recherche ainsi que des problématiques nouvelles. Ils sont également comparés aux études scientifiques consultées. Ensuite, la discussion interprète les résultats et notamment les problématiques soulevées. Ces dernières sont enrichies par l'avis de deux experts et une autocritique. Finalement, les conséquences et les implications que le travail d'interprétation a permis d'identifier, sont résumées dans la conclusion avec un tableau récapitulatif des techniques pour aborder la sexualité et l'orientation sexuelle.

## DISCUSSION

Pour rappel, les objectifs de ce travail sont de déterminer la place de la sexualité et de l'orientation sexuelle, d'identifier les réactions que ces thématiques suscitent ainsi que les stratégies pour les aborder plus agréablement et finalement explorer la représentation du médecin généraliste et ses conséquences.

### LA PLACE DE LA SEXUALITÉ ET DE L'ORIENTATION SEXUELLE

Les résultats obtenus indiquent que la sexualité et l'orientation sexuelle ne sont pas systématiquement abordées par les médecins de premiers recours. Peut-on dès lors affirmer que les généralistes considèrent que parler de ces thématiques n'a pas d'utilité médicale ? Non, au contraire. L'intérêt que les praticiens portent à la manière dont vivent les patient-e-s leur sexualité dès qu'il et elle l'ont dévoilé ainsi que leur tendance à justifier cette insuffisance de questions sur la sexualité et l'orientation sexuelle par des causes internes (manque de préparation, mal-être personnel) et non externes, laissent penser l'inverse. D'ailleurs, les médecins expliquent cette absence par la peur du ressenti négatif que la sexualité et l'orientation peuvent induire et non par un manque de pertinence médicale. En effet, ils craignent qu'aborder ces thématiques provoquent un mal-être chez le patient ou la patiente et surtout que le lien thérapeutique puisse être affecté négativement. En ce qui concerne les individus LGB, parler de sexualité et d'orientation sexuelle est perçu positivement. Il et elle sont conscient-e-s de l'utilité. Cependant, certains ne considèrent pas ces thématiques indispensables à la consultation. Par refus de stigmatisation ou de confrontation inutiles, ils estiment que la sexualité et l'orientation sexuelle n'ont pas toujours leur place chez le généraliste.

Ces constats sont intéressants car ils ne sont pas totalement congruents avec la littérature scientifique consultée. En effet, les études scientifiques mettent en évidence un paradoxe : le médecin attendrait que le patient ou la patiente aborde le sujet de sa sexualité tandis que le patient ou la patiente, que le médecin pose des questions. Cependant, les résultats de ce travail démontrent que ce paradoxe est plus complexe. Premièrement, il est vrai que les médecins ne posent pas toujours des questions mais ce travail met en évidence qu'ils sont quand même conscients de la pertinence de ces thématiques. Deuxièmement, tous les individus LGB interviewés, loin de là, n'attendent pas du médecin qu'il parle de sexualité et d'orientation sexuelle.

Les résultats démontrent que, parmi les individus LGB et les médecins, il n'y a pas d'unanimité sur la place de la sexualité et de l'orientation sexuelle dans l'anamnèse. Il est intéressant de constater

néanmoins que tant les individus LGB que les médecins utilisent le même argument pour défendre leurs réticences. En effet, les deux se soucient des implications personnelles que susciteraient, chez le patient ou la patiente, une discussion sur la sexualité et l'orientation sexuelle. La confrontation à la sexualité et à l'orientation sexuelle peut être vécue douloureusement et nuire au lien thérapeutique. Il ne faudrait donc pas questionner le patient ou la patiente. Néanmoins, l'orientation sexuelle et la sexualité ont un impact sur la santé du patient ou de la patiente. De ce fait, ces thématiques ont un intérêt médical. Dès lors, il est pertinent de se demander, dans une approche bio-psycho-sociale, si éviter toute confrontation ne se répercute pas sur la santé ou bien préserve l'alliance thérapeutique.

---

## PARLER D'ORIENTATION SEXUELLE ET DE SEXUALITÉ

Les entretiens menés révèlent que chaque personne maintient un rapport différent avec la sexualité et l'orientation sexuelle. On constate en effet qu'aborder ces thématiques suscite des réactions distinctes tant chez les individus LGB que chez les médecins généralistes. En conséquence, face à des patient-e-s aux représentations multiples, il convient de s'interroger s'il est effectivement possible d'utiliser une approche universelle (applicable à tous les individus) pour aborder la sexualité et l'orientation sexuelle. Les résultats mettent en évidence une stratégie qui peut être envisagée pour parler de la sexualité et de l'orientation sexuelle, celle de l'approche inclusive. Être inclusif signifie tenir compte, dans la démarche anamnétique, de toutes les manières de vivre la sexualité et de toutes les formes d'orientation sexuelle. En intégrant toutes les possibilités, le généraliste s'assure que son schéma de réflexion est applicable à n'importe quel individu.

Les résultats énoncent certaines méthodes, déjà conseillées par la littérature scientifique, pour faciliter la discussion sur la sexualité et l'orientation sexuelle. L'utilisation d'un langage neutre et ouvert, la mise en place d'un cadre sécuritaire et de confiance, une attitude d'écoute, une sensibilisation aux problématiques des populations LGB et l'installation d'affiches informant de l'ouverture d'esprit du généraliste aident à parler de sexualité et de l'orientation sexuelle. Cependant, les résultats ne sont pas en accord avec la littérature consultée en ce qui concerne la manière d'aborder ces thématiques. En effet, les études scientifiques recommandent au médecin d'interroger directement le patient ou la patiente sur sa sexualité. Les résultats de ce travail mettent en évidence que, même si l'effet facilitateur de la question directe est reconnu par certains individus, d'autres ainsi que des médecins craignent que cette méthode soit trop intrusive et que la confrontation engendrée soit mal vécue. On peut donc se demander si une approche directe de la sexualité et de l'orientation sexuelle n'est pas nuisible pour le patient ou la patiente ainsi que pour l'alliance thérapeutique. Dans tous les cas, pour éviter un impact négatif, les individus LGB et les médecins recommandent d'expliquer la démarche et notamment de rappeler à l'individu, les bénéfices pour sa santé que procurent tout renseignement sur sa sexualité ou son orientation sexuelle. Par ailleurs, il est intéressant d'observer dans les entretiens, que de nombreux praticiens utilisent le dépistage des infections sexuellement transmissibles pour aborder ces thématiques. On peut également se demander si cette méthode qui n'intègre pas les dimensions sentimentales et relationnelles de la sexualité et de l'orientation sexuelle est suffisante pour garantir une investigation complète.

Il est également intéressant de constater que les individus LGB ne se contentent pas de la neutralité bienveillante du médecin. Leurs attentes vont au-delà. Les résultats attestent qu'il et elle attendent du généraliste, une attitude de normalité. Les individus LGB ne veulent pas que le médecin réagisse à

l'annonce de leur orientation sexuelle par une déclaration de non-stigmatisation ou de tolérance; il et elle souhaitent que le médecin ne réagisse tout simplement pas. Les individus LGB veulent pouvoir affirmer leur identité, c'est-à-dire faire reconnaître leur différence sans toutefois se sentir différent-e-s, c'est-à-dire sans que le médecin se focalise sur leur sexualité et leur orientation sexuelle. Le médecin doit donc parvenir à un équilibre fragile. Comment peut-il faire ? L'approche inclusive permet également d'atteindre cette attitude de normalité souhaitée par les individus LGB. En effet, si dès le départ le médecin envisage cette hétérogénéité de représentations, il ne risque pas d'être surpris par la sexualité et l'orientation sexuelle du patient ou de la patiente et ainsi évite de lui communiquer une éventuelle gêne. D'autre part, le patient ou la patiente ressent que la prise en charge qu'il ou elle reçoit, est équivalente à celle que reçoit n'importe quelle autre personne.

---

#### LA REPRÉSENTATION DU MÉDECIN

Les résultats indiquent que tous les individus LGB craignent la réaction du médecin à l'annonce de leur sexualité ou de leur orientation sexuelle. Au-delà de ce résultat qui est en accord avec les données de la littérature consultée, il est intéressant de constater que la représentation du médecin est très ambiguë. En effet, certains individus LGB perçoivent le médecin négativement; il peut représenter un danger pour leur santé. Mais, à l'inverse, le généraliste est également perçu comme une ressource voire un fantasme. Il est important de rappeler que le médecin entretient une relation asymétrique avec le patient ou la patiente. Le généraliste est un des premiers maillons de la prise en charge médicale d'un individu et ce, durant plusieurs années. Il dispose donc, indéniablement, d'une forte influence sur l'état de santé de cet individu. La confrontation du patient ou de la patiente à cette supposée figure d'autorité, surtout lorsqu'il ou elle doit partager leur intimité avec elle, peut provoquer des ressentis intenses qui expliquent ce clivage dans la représentation du médecin. En conséquence, le médecin doit tenir compte de la méfiance qu'il peut susciter. Les résultats démontrent qu'une approche inclusive et notamment un travail sur la confiance permettent de créer cette personne ressource que le médecin généraliste se doit d'être pour soigner son patient ou sa patiente. Mais quelles sont les autres méthodes pour y parvenir ?

Une des surprises des résultats obtenus est la perception que les individus LGB ont des médecins spécialistes. Les résultats indiquent que les médecins spécialistes sont davantage redoutés que les médecins généralistes. Intuitivement, on penserait qu'il est plus facile de discuter de sexualité et d'orientation sexuelle avec un médecin spécialisé dans l'appareil uro-génital ou la reproduction comme le gynécologue ou le gastro-entérologue mais c'est tout le contraire. Pour comprendre cette préférence pour les généralistes, il est nécessaire d'investiguer les causes du rejet du spécialiste. Dans tous les cas, interroger le patient ou la patiente sur la relation thérapeutique qu'il ou elle entretient avec le médecin spécialiste, par exemple en demandant la fréquence de consultation chez le gynécologue, peut être une méthode pour commencer à explorer l'état de la santé sexuelle du patient.

---

#### L'AVIS DES EXPERTS

L'interprétation des résultats soulève de nombreuses questions. Dans le but d'approfondir la réflexion, deux experts ont été consultés. Voici leurs avis sur les problématiques.

---

## FAUT-IL ÉVITER LA CONFRONTATION ?

Lorsque l'on demande aux experts si éviter toute confrontation à la sexualité ou à l'orientation sexuelle est bénéfique pour le patient ou la patiente, leurs réponses sont négatives. Le silence n'est pas la solution. Une des raisons invoquée dans les entretiens est la préservation de l'alliance thérapeutique. Dans une perspective à long terme - ce qui est totalement adéquate avec la relation de longue durée qu'entretient un généraliste avec son patient ou sa patiente - on peut craindre qu'en évitant d'aborder ces thématiques, le médecin généraliste, malgré lui, risque de ne pas être informé de certains enjeux de santé du patient ou de la patiente. Jouinot cite un exemple « *c'est le présumé hétérosexuel qui va rompre le lien thérapeutique ou qui va créer un biais. Tous les hommes mariés que l'on a ici [Checkpoint] qui ont des rapports avec des hommes ont tous un médecin de famille. Il n'y a aucun qui est au courant, parce que ces présumés* ». Éviter la confrontation ne préserve pas la santé d'après les experts. Il apparaît même que c'est justement parce que l'orientation sexuelle et la sexualité ont une incidence sur la santé, que leur place dans l'anamnèse est légitime. Comme le rappelle en définitive Jouinot « *[Le médecin généraliste] ne peut en aucun cas évaluer la santé générale d'un point de vue holistique de son patient ou de sa patiente s'il ne connaît pas son orientation sexuelle et/ou ses pratiques sexuelles* ».

---

## POURQUOI CHAQUE PERSONNE RÉAGIT DIFFÉREMMENT AUX QUESTIONS SUR LA SEXUALITÉ ET L'ORIENTATION SEXUELLE ?

Chaque personne a une représentation différente de la sexualité et de l'orientation sexuelle. Réfléchir à ces thématiques engendre des ressentis qui sont aussi uniques que divers. Selon les experts cette multiplicité de réactions qu'expérimentent tant celui ou celle qui aborde le sujet, à savoir le médecin, que celui qui y répond, à savoir le patient ou la patiente, peut s'expliquer par des références culturelles distinctes. Comme le rappelle d'ailleurs Singy « *dans certaines cultures, je pense que c'est plus difficile d'aborder la thématique que dans d'autres. [...] Si ça se voit que vous venez de pays où c'est même condamné à mort, je pense que c'est très difficile de l'aborder comme ça, frontalement alors que ça l'est moins, j'imagine, dans des pays où le mariage est autorisé. [...] Si vous avez des gens qu'ont soixante ans ou septante ans. Ce sont des gens qui ont connu [...] une période où jusqu'en quatre-vingts, par exemple, dans la constitution française, c'était un fléau social. Donc, il y a des stigmates qui sont portés que quelqu'un qui a vingt ans ou vingt-cinq ans ou trente ans n'a pas connus* ». Comprendre l'origine de cette hétérogénéité des réactions est nécessaire non seulement pour éviter tout mal-être lorsqu'une personne est amenée à parler de sexualité ou d'orientation sexuelle mais également, lorsqu'on souhaite élaborer une stratégie pour aborder ces thématiques qui convienne à tous les individus.

---

## COMMENT AMÉLIORER L'APPROCHE INCLUSIVE ?

Selon les experts, le médecin généraliste doit également travailler sur ses représentations pour réussir l'approche inclusive. Il est important qu'il prenne conscience qu'il est conditionné par des idéologies qui engendrent des préjugés (Jouinot). Il ne s'agit pas de nier ses propres représentations mais d'apprendre à les gérer pour maîtriser leurs impacts sur son attitude thérapeutique « *en raison, des idéologies et des préjugés que l'on ait conscience ou pas, notre attitude va varier. Donc, si on souhaite vraiment, que notre attitude ne varie pas, en tout cas que notre variation d'attitude n'ait pas*

*d'incidence, il faut reconnaître qu'elle varie et compenser » (Jouinot). A l'instar des médecins généralistes, les patient-e-s peuvent avoir des références différentes. Dans un deuxième temps, le médecin doit dans sa prise en charge médicale tenir compte de cette diversité « il me semble, que l'on ne peut pas aborder la thématique d'une façon unilatérale avec quelque soit le type de patient parce que, voilà, on est fait d'une pluralité identitaire » (Singy). Le médecin peut développer un langage inclusif en s'exerçant avec la technique de l'anti-égo « on peut [utiliser] l'anti-égo, c'est-à-dire prendre son opposé et construire son anamnèse comme si on s'adressait à son opposé. Si nous-mêmes et/ou notre opposé ne se reconnaît pas dans notre question [...], ça ne joue pas » (Jouinot). Une formation pour sensibiliser les médecins aux vécus des populations LGBT peut également s'avérer utile. L'association VoGay est d'ailleurs entrain de mettre en place un module de formation pour 2017.*

---

#### LA SEXUALITÉ ET L'ORIENTATION SEXUELLE DOIVENT-ELLES ÊTRE ABORDÉES PAR UNE APPROCHE DIRECTE ?

Singy recommande d'utiliser un langage indirect pour éviter de brusquer le patient ou la patiente. La question projective permet d'interroger sans impliquer directement le patient ou la patiente. Elle consiste à évoquer un fait et laisser l'individu le commenter, par exemple « Il y a beaucoup d'études qui montrent que les patient-e-s voudraient parler de sexualité avec leur médecin généraliste ». Si le langage direct est utilisé, il est possible d'adoucir les questions. Rendre les questions ouvertes, c'est-à-dire en intégrant toutes les possibilités de réponse évite au patient ou à la patiente de devoir nier qui est souvent, au niveau interne, plus difficile que choisir une option. De plus, le médecin indique que différentes options sont acceptables « pas [...] : « vous êtes accompagné-e ? » mais : « Est-ce que vous êtes seul-e ou est-ce que vous êtes accompagné-e ? », c'est-à-dire que vous ouvrez toujours en présentant les possibilités [...]. Vous donnez à voir au patient que quelque part le choix est possible et que le soignant peut entendre A, B, C ou D. Alors que « est-ce que vous êtes accompagné-e ? », « vous êtes marié-e ? », il faut pouvoir dire non. C'est déjà plus difficile » (Singy).

---

#### FAUT-IL UTILISER LE DÉPISTAGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?

Certains praticiens tirent parti des infections sexuellement transmissibles pour introduire des questions sur l'orientation sexuelle et la sexualité. Les experts émettent des réserves sur cette approche. Même si ce stratagème évite la confrontation, il risque d'induire une stigmatisation. Lier la sexualité ou l'orientation sexuelle à des maladies uro-génitales peut faire penser au patient ou à la patiente que son orientation sexuelle ou sa sexualité sont pathologiques (Singy).

---

#### POURQUOI LES INDIVIDUS LGB CRAIGNENT DAVANTAGE LES MÉDECINS SPÉCIALISTES ?

Les experts expliquent la crainte du spécialiste par une autre peur. Les individus LGB imaginent que consulter chez un spécialiste conduit à des situations de confrontation et de culpabilité. Il et elle anticipent la discussion sur leur sexualité et leur orientation sexuelle, ce qui est redouté. De plus, il et elle craignent que leurs comportements sexuels soient rendus responsables de la pathologie qui les amène à consulter « parce que quand on va chez le généraliste, vous n'allez pas, généralement (ça arrive aussi), spécifiquement pour une problématique sexuelle. [...] Mais quand on va voir un gynécologue, un dermatologue, un vénérologue, etc. Là, on va clairement parce qu'il y a un soucis

*généralement. Donc, on a fait une faute, on a fait une bêtise. Parce que si on n'en fait pas, on n'a pas à mettre les pieds là-bas. Ce n'est pas juste pour un contrôle, il n'y aura rien de tel mais on soupçonne qu'il y a quelque chose qui dysfonctionne et si ça dysfonctionne, ça sera peut-être parce qu'on aura mal agi ou alors on sera contraint à dire « et bien dans ma vie sexuelle, je pratique ceci, cela, pas ceci » et donc, ça met à nu et puis ça fait ressortir un peu l'idée d'une faute » (Singy).*

---

## LIMITES DE L'ÉTUDE

Une des critiques que l'on peut adresser à ce travail est la présence d'un biais de sélection, notamment concernant le choix des médecins généralistes. En effet, les médecins interviewés sont dit « gay-friendly », c'est-à-dire des généralistes conseillés par des associations LGBT à leurs membres pour leur tolérance vis-à-vis de sexualités et d'orientations sexuelles différentes. Ce critère de sélection est volontaire car il permet de s'assurer que les médecins choisis sont confrontés à la prise en charge d'individus LGB. Il est néanmoins évident que les entretiens et les réponses aux objectifs auraient été différents si les médecins n'avaient pas été choisis selon ce critère. Il est donc légitime de questionner la représentativité des résultats obtenus chez les médecins.



## CONCLUSION

Ce travail révèle qu'il n'y a pas d'unanimité sur la place de l'orientation sexuelle et de la sexualité dans la consultation du médecin généraliste. Les résultats démontrent que même si la pertinence médicale de ces thématiques est reconnue, la confrontation à ces dernières et le mal-être qui peut en découler chez le patient ou la patiente sont les principaux obstacles à leur investigation. Les individus LGB attendent une attitude de normalité de la part du généraliste lorsqu'ils parlent de sexualité et d'orientation sexuelle. Il et elle souhaitent pouvoir s'affirmer sans que les investigations du généraliste les fassent sentir stigmatisé-e-s. L'équilibre auquel doit parvenir le généraliste est donc fragile. Faut-il explorer ces thématiques ? Si oui, comment faire pour les aborder sans créer de mal-être ? Ce travail donne des pistes de réponse qu'il s'agit de compléter. Parce que la sexualité et l'orientation sexuelle affectent la santé, ces thématiques ont leur place dans l'anamnèse. Quand à la stratégie à utiliser, l'approche inclusive et indirecte permet d'intégrer toutes les formes de sexualité et d'orientation sexuelle sans brusquer le patient ou la patiente. Ces thématiques, d'ailleurs, ne devraient pas être abordées ni par une approche directe ni au travers du dépistage des infections sexuellement transmissibles. D'autre part, les résultats mettent en évidence que la réaction du médecin généraliste, lorsqu'il s'agit d'aborder ces thématiques, est crainte. Ils indiquent également que la représentation du généraliste est ambiguë. Lorsqu'il s'agit de sexualité et d'orientation sexuelle, le généraliste n'est pas toujours perçu comme une ressource initialement. Travailler sur ses représentations et sur la confiance semble indispensable pour préserver l'alliance thérapeutique. D'autres stratégies sont à élaborer.

Finalement, les populations transgenres, faute de participant-e-s, sont malheureusement les oubliées de ce travail. Compléter ce travail par des entretiens avec des individus trans est nécessaire pour être plus représentatif des diverses formes de sexualité et d'orientation sexuelle. D'autre part, il faudrait également s'intéresser à la place que les institutions médicales (FMH ou hôpitaux) concèdent à ces thématiques dans les recommandations de prise en charge du patient ou de la patiente.

---

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier la Dre Brenda Spencer pour sa supervision, ses recommandations et son soutien. Mes remerciements s'adressent également aux participant-e-s, aux médecins et aux experts et qui ont accepté de m'accorder des entretiens et répondre à mes questions. Sans leur collaboration bénévole, ce travail n'aurait pas pu être réalisé.

## RECOMMANDATIONS POUR ABORDER LA SEXUALITÉ ET L'ORIENTATION SEXUELLE

Avant d'aborder la sexualité et l'orientation sexuelle	Au moment d'aborder la sexualité et l'orientation sexuelle	Après avoir abordé la sexualité et l'orientation sexuelle
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler sur ses propres représentations : qu'est-ce qu'implique, pour moi, qu'un individu, ait telle ou telle sexualité et orientation sexuelle ?</li> <li>• Approfondir ses connaissances sur les besoins des populations LGB : quels sont les enjeux de santé pour les populations LGB ?</li> <li>• Créer un cadre de sécurité pour le patient ou la patiente LGB :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Placer une affiche incitant à la tolérance en salle d'attente ;</li> <li>- Rappeler la confidentialité découlant du secret médical.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser une approche inclusive, c'est-à-dire :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer, dans toute exploration ou réflexion médicale, toutes les possibilités de sexualité et d'orientation sexuelle ;</li> <li>- Utiliser un langage neutre, épïcène et non-oppressant.</li> </ul> </li> <li>• Investiguer en utilisant une approche indirecte à l'aide d'une question projective : <i>« Beaucoup de patients et de patientes souhaitent souvent parler de leur sexualité et de leur orientation sexuelle. Vous en pensez quoi ? »</i>.</li> <li>• En cas d'approche directe, utiliser des questions ouvertes qui intègrent toutes les possibilités.</li> <li>• S'intéresser à la relation thérapeutique avec le médecin spécialiste : <i>« Comment se passent les consultations chez le gynécologue ? »</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopter une attitude de normalité :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne pas émettre de jugement de valeur sur la sexualité et l'orientation sexuelle du patient ou de la patiente ;</li> <li>- Ne pas verbaliser tout positionnement qui pourrait faire penser à une justification inutile.</li> </ul> </li> <li>• Associer une attitude d'écoute :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attention bienveillante ;</li> <li>- Laisser le patient ou la patiente s'exprimer ;</li> <li>- Montrer de la curiosité pour le vécu du patient ou de la patiente ;</li> <li>- Verbaliser des remarques positives.</li> </ul> </li> <li>• Ne pas se focaliser uniquement sur la sexualité ou l'orientation sexuelle : toujours se demander en quoi ces investigations sont utiles pour la santé.</li> <li>• Expliquer sa démarche d'investigation au patient ou à la patiente : <i>« si je vous pose des questions sur votre sexualité ou votre orientation sexuelle, c'est parce que ces dernières peuvent affecter votre santé. Ces questions, je les pose à tout le monde »</i>.</li> </ul>

## BIBLIOGRAPHIE

1. Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bodenmann P, et al. [Access to quality primary care for LGBT people]. *Rev Med Suisse*. 7 sept 2011;7(307):1712-7.
2. Blais, Mireille, et Stéphane Martineau. « L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. » *Recherches qualitatives* 26, no 2 (2006): 1-18.
3. Buffat J. De la difficulté à trouver un médecin ouvert et compétent auquel on peut parler de son homosexualité sans craindre d'être moqué ou ridiculisé. *Med Hyg* 2002. 27 mars 2002;(2385):648-52.
4. Courtois, Robert. « Conceptions et définitions de la sexualité: les différentes approches ». *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, n° 156 (1998): 613-20.
5. Everett B. Sexual orientation identity change and depressive symptoms: a longitudinal analysis. *J Health Soc Behav*. mars 2015;56(1).
6. Everett BG, Mollborn S. Examining Sexual Orientation Disparities in Unmet Medical Needs among men and Women. *Popul Res Policy Rev*. août 2014;33(4).
7. Fondation Profa. « QUESTION D'IDENTITÉ SEXUELLE ». Consulté le 18 septembre 2016. <https://www.profa.ch/fr/themes/sexualite/question-d-identite-sexuelle-0-48>.
8. Formby E. Lesbian and bisexual women's human rights, sexual rights and sexual citizenship: negotiating sexual health in England. *Cult Health Sex*. nov 2011;13(10):1165-79.
9. Häusermann Mi. L'impact de l'hétérosexisme et de l'homophobie sur la santé et la qualité de vie des jeunes gays, lesbiennes et bisexuel-les en Suisse,. In Sion: IUKB; 2014.
10. Makadon HJ. Ending LGBT invisibility in health care: the first step in ensuring equitable care. *Cleve Clin J Med*. avr 2011;78(4):220-4.
11. Mayer KH, Bradford JB, Makadon HJ, Stall R, Goldhammer H, Landers S. Sexual and gender minority health: what we know and what needs to be done. *Am J Public Health*. juin 2008;98(6):989-95.
12. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pecoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly*. 2011;141.
13. Organisation des Nations Unies. Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948.
14. Perrin EC, Cohen KM, Gold M, Ryan C, Savin-Williams RC, Schorzman CM. Gay and lesbian issues in pediatric health care. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. déc 2004;34(10):355-98.
15. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.
16. PREOS (Association), éditeur. Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: le rôle du système de santé: état des lieux et recommandations = Gleiche Chancen für LGBT-

Personen hinsichtlich ihrer Gesundheit: die Rolle des Gesundheitssystems: Bestandsaufnahme und Empfehlungen. Lausanne: PREOS; 2012. 74 p.

17. Singy P, Cochand P, Dennler G, Weber O. Discours médical et jeunes hommes homosexuels: présentation d'une recherche en cours. Bulletin suisse de linguistique appliquée. 2001;(74):261-76.

18. Wang J, Dey M, Soldati L, Weiss MG, Gmel G, Mohler-Kuo M. Psychiatric disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation. Eur Psychiatry. oct 2014;29(8):514-22.

19. Wang J, Hausermann M, Ajdacic-Gross V, Aggleton P, Weiss MG. High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men's Health Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. mai 2007;42(5):414-20.

20. Wang J, Hausermann M, Berrut S, Weiss MG. The impact of a depression awareness campaign on mental health literacy and mental morbidity among gay men. J Affect Disord. 5 sept 2013;150(2):306-12.

21. Wang J, Hausermann M, Vounatsou P, Aggleton P, Weiss MG. Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey. Prev Med. janv 2007;44(1):70-5.

22. Wang J, Hausermann M, Weiss MG. Mental health literacy and the experience of depression in a community sample of gay men. J Affect Disord. févr 2014;155:200-7.

23. World Health Organization. *Developing sexual health programmes*. WHO publications. Action framework. WHO Press, 2010.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PATIENT-E-S

Juillet 2016

Auteur : Tomas Jara

**Formulaire de consentement**Travail de Master: *Comment améliorer l'anamnèse sexuelle des patients LGB?*

A l'intention du/de la participant•e,

*But de l'entretien*

Ce travail de Master a pour but d'étudier la relation entre un•e patient•e gay, lesbienne ou bi et son médecin de premier recours. Il cherche à identifier les éléments de la prise en charge médicale qui favorisent la discussion autour de la sexualité et l'orientation sexuelle. L'entretien auquel vous participez permettra de récolter des informations sur ces éléments de prise en charge.

*Ressources*

L'entretien peut éventuellement faire ressurgir des moments douloureux. Si le/la participant•e désire recevoir du soutien et de l'écoute, les ressources suivantes sont à sa disposition :

- Checkpoint Vaud : Rue du Pont 22 - 1003 Lausanne, [vaud@mycheckpoint.ch](mailto:vaud@mycheckpoint.ch), tél. +4121 631 01 76 ;
- Accueil et Écoute de VoGay : [ecoute@vogay.ch](mailto:ecoute@vogay.ch), tél. +4179 310 31 78 (répondant) et +4178 685 31 41 (répondante).

**Par sa signature, le ou la participant•e à l'entretien :**

- **affirme avoir compris le but de cet entretien ;**
- **assure que sa participation à l'entretien est libre et soumise à aucune pression de la part d'autrui ;**
- **atteste qu'elle/il a le droit de refuser de répondre à une question et a la possibilité d'interrompre l'entretien sans conséquences pour elle-même ou lui-même ;**
- **accepte que l'entretien soit enregistré, puis, retranscrit dans le but de l'analyser ;**
- **certifie avoir été informé•e des ressources à disposition ;**
- **certifie avoir été informé•e qu'elle/il n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à cet entretien.**

Lieu, date :

Le ou la participant•e :

---

---

## GRILLE D'ENTRETIEN POUR LE PATIENT LGBTQ

### MISE EN SITUATION

#### DESCRIPTION

*Vous consultez votre médecin de premier recours (ou médecin généraliste) pour un problème de santé. Vous êtes donc dans la salle de consultation entrain de parler avec votre médecin.*

#### QUESTIONS

- **Comment vous sentez-vous lorsque vous imaginez cette situation? Quel est votre état d'esprit ?**
  - Est-ce que vous êtes à l'aise, apeuré-e, stressé-e ? Pourquoi ?
  - Pour quelles raisons, une personne gay, lesbienne ou bi se sentirait-elle différemment d'une personne hétérosexuelle ?
- **Est-ce que vous informerez votre médecin de votre orientation sexuelle ou de votre comportement sexuel ?**
  - **Pour quelles raisons / dans quel contexte ?**
    - Si oui : selon vous, quelles sont les raisons/les contextes qui conduisent un patient ou une patiente à ne pas parler de son orientation sexuelle?
    - Si non : selon vous, quelles sont les raisons/les contextes qui conduisent un patient ou à une patiente à parler de son orientation sexuelle?
  - Des études indiquent que les patients et les patientes craignent de dévoiler leur orientation sexuelle par peur d'être jugées ou moins bien soignées. Qu'est-ce que vous en pensez ?
  - Comment souhaiteriez-vous que votre médecin de premier recours réagisse ?
- **Que pourrait faire le médecin pour encourager le patient ou la patiente à parler de sa sexualité ?**
  - Quel comportement/quelle attitude devrait-il adopter ?
  - Quel langage serait-il plus approprié ? Quelles phrases, quels mots devrait-il énoncer ?
  - Des études indiquent que :
    - l'installation d'un panneau informant que le médecin est tolérant à l'égard des minorités sexuelles
    - ou le fait que le médecin questionne directement son patient ou sa patiente au sujet de son orientation sexuelle
    - ou le fait que le médecin utilise un langage neutre, c'est-à-dire sans parti pris en ce qui concerne l'identité de genre et l'orientation sexuelle des patients stimulent le patient ou la patiente à dévoiler son orientation sexuelle ou son identité de genre. Qu'en pensez-vous ?
- **Comment se déroulerait la suite de la consultation, une fois que vous avez informé votre médecin que vous êtes une personne, gay, bi ou lesbienne ?**
  - Est-ce que vous pensez que le comportement de votre médecin changerait ? Comment ?



- Est-ce que vous pensez que votre médecin vous poserait davantage de questions sur votre sexualité ou plutôt qu'il éviterait le sujet ?
- **Selon vous, quelle est l'utilité de parler de sa sexualité ou de son orientation sexuelle à son médecin ?**
  - Quel est l'impact de dévoiler son orientation sexuelle ou ses pratiques sexuelles sur la bonne prise en charge médicale ?
- **Si vous souffrez d'une maladie que vous considérez comme liée à votre orientation sexuelle ou votre sexualité (une infection sexuelle transmissible, une maladie psychique ou une addiction), comment se modifierait votre propension/intention/volonté à dévoiler votre orientation sexuelle ou à parler de votre sexualité ?**
  - Est-ce que vous seriez plus enclin à dévoiler votre orientation sexuelle et à parler de votre sexualité ?

---

## VÉCU AVEC SON GÉNÉRALISTE

- **Comment décrivez-vous la relation que vous avez avec votre médecin de premier recours/généraliste ?**
  - Est-ce que vous lui faites confiance ?
  - Le considérez-vous comme une ressource ?
- **Avez-vous déjà parlé de sexualité avec votre médecin ?**
  - Si oui :
    - Comment le sujet de la sexualité a été abordé ?
    - De quoi/ de quel sujet avez-vous parlé ?
    - Qui a abordé le sujet de la sexualité ?
  - Si non :
    - Pour quelle raison ?
    - Quels sont les éléments qui vous rendent réticent-e ?
- **Est-ce que votre médecin est au courant de votre orientation sexuelle et de vos préférences sexuelles ?**
  - Si oui : **Pour quelles raisons ?**
    - Comment ça s'est passé ?
    - Quels sont les éléments qui vous ont motivé à en parler ?
    - Comment a-t'il réagi ?
    - Avez-vous noté un comportement différent ?
  - Si non : **Pour quelles raisons ?**
    - Quels sont les éléments qui vous rendent réticent-e ?

- **Quel est l'impact de l'orientation sexuelle et de la sexualité sur la bonne prise en charge médicale ?**
  - Quelle est l'utilité de connaître la sexualité et l'orientation sexuelle du patient ou de la patiente ?
  - Quelles sont les situations ou les critères médicaux qui vous incitent à parler de l'orientation sexuelle ?
  - Est-ce que c'est nécessaire de connaître l'orientation sexuelle et les comportements sexuels des patients ou des patientes pour réaliser une bonne prise en charge ?
- **Quelle est la place de l'orientation sexuelle et de la sexualité dans l'anamnèse ?**
  - Quels sont les éléments anamnestiques qui changent ?
- **Comment abordez-vous la sexualité et l'orientation sexuelle avec vos patients ?**
  - Comment faites-vous pour parler de l'orientation sexuelle ou de la sexualité à vos patients ?
  - Comment orientez-vous l'anamnèse ?
  - Quel langage ou termes utilisez-vous ?
- **Quelles approches, attitudes ou techniques facilitent la discussion autour de la sexualité et l'orientation sexuelle ?**
  - Quelles sont les techniques qui rendent la discussion plus facile et agréable ?
  - Des études indiquent que :
    - l'installation d'un panneau informant que le médecin est tolérant à l'égard des minorités sexuelles
    - ou le fait que le médecin questionne directement son patient ou sa patiente au sujet de son orientation sexuelle
    - ou le fait que le médecin utilise un langage neutre, c'est-à-dire sans parti pris en ce qui concerne l'identité de genre et l'orientation sexuelle des patients stimulent le patient ou la patiente à dévoiler son orientation sexuelle ou son identité de genre. Qu'en pensez-vous ?
  - Quelles autres techniques pourraient faciliter la discussion ?
- **Comment réagissent les patient-e-s lorsque vous parlez de sexualité et d'orientation sexuelle ?**
  - Sont-ils surpris, heureux ou gênés ?
  - A ce moment-là, comment réagissez-vous ?
- **Comment se déroule la suite de l'entretien, une fois que le patient ou la patiente vous a dévoilé son orientation sexuelle ou sa sexualité ?**
  - Comment envisagez-vous la suite de l'entretien ou de la prise en charge ? Quelle serait votre priorité ?
  - Y a-t-il des informations anamnestiques ou sur l'état de santé que vous exploreriez davantage ? Si oui, lesquelles ?
  - **Comment évoluerait votre manière de vous adresser au patient ou à la patiente ?**
    - Quelle serait votre attitude ?
- **Durant les entretiens que j'ai réalisés avec des patients et des patientes, ces derniers et ces dernières ont considéré important que le médecin reconnaisse leur différence sans les faire sentir différent-e-s. Comment faire ?**

- Comment s'intéresser au vécu du patient ou de la patiente et aux particularités découlant de son orientation sexuelle et sa sexualité sans lui faire ressentir qu'il ou elle est différent ou différente ?
- Jusqu'où faut-il poser des questions ? Quelle est la limite ?
- **Des études montrent que la majorité des patient-e-s souhaite parler de leur sexualité. Cependant, les médecins abordent ce sujet rarement. Qu'en pensez-vous ?**
  - Qu'est-ce qui peut expliquer cette contradiction ?
  - Considérez-vous être suffisamment préparé-e pour prendre en charge des patient-e-s lesbienne, gay et bi?
  - **Dans quelles situations, le patient ou la patiente vous parle de sa sexualité ou de son orientation sexuelle ?**

---

## GRILLE D'ENTRETIEN POUR FLORENT JOUINOT

---

### LA PLACE DE L'ORIENTATION SEXUELLE ET LA SEXUALITÉ DANS L'ANAMNÈSE

- Pourquoi le médecin généraliste devrait parler d'orientation sexuelle et de sexualité avec son ou sa patient-e ?
- Quels sont les « guidelines » existants qui recommandent aux médecins de parler de sexualité et d'orientation sexuelle avec leurs patient-e-s ?
- Si être homosexuel-le est normal-e, pourquoi un patient ou une patiente devrait justifier son orientation sexuelle ? Quel est l'intérêt de dire que l'on est homo ou hétéro ?

---

### PARLER D'ORIENTATION SEXUELLE ET DE SEXUALITÉ

- Les patient-e-s que j'ai interviewé-e-s souhaitent que leur orientation sexuelle soit connue par leur généraliste mais il et elle ne veulent pas que ce dernier les fasse sentir différent-e-s. Comment faire ?
- Quel est l'impact sur le lien thérapeutique lorsque le médecin questionne le patient ou la patiente sur sa sexualité ou son orientation sexuelle ?
- Comment faciliter la discussion sur l'orientation sexuelle la sexualité ?
  - Environnement
  - Langage
  - Questions-types
- Est-ce qu'il existe en Suisse des affiches ou des « flyers » informant que le médecin qui reçoit le ou la patient-e est tolérant-e et ouvert-e d'esprit sur les questions d'orientation sexuelle ou de sexualité ?

---

### LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

- Quelle attitude doit adopter le médecin lorsqu'il parle de sexualité et d'orientation sexuelle avec le ou la patient-e?
- Les entretiens ont montré que les patients préfèrent parler de sexualité avec leur généraliste qu'avec des médecins spécialistes pourtant spécialisés dans des systèmes et des organes liés à la sexualité, comme le gynécologue ou le gastroentérologue. Comment expliquer cela ?

COMMENT PARLER

- **Comment parler d'orientation sexuelle et de sexualité avec le patient ou la patiente ?**
- **Que pourrait faire** le médecin **pour encourager** le patient ou la patiente à parler de sa sexualité ?
  - Quel comportement/quelle attitude devrait-il adopter ?
  - Quel **langage** serait-il plus approprié? Quelles phrases, quels mots devrait-il énoncer ?
  - Des études indiquent que :
    - l'installation d'un panneau informant que le médecin est tolérant à l'égard des minorités sexuelles
    - ou le fait que le médecin questionne directement son patient ou sa patiente au sujet de son orientation sexuelle
    - ou le fait que le médecin utilise un langage neutre, c'est-à-dire sans parti pris en ce qui concerne l'identité de genre et l'orientation sexuelle des patients stimulent le patient ou la patiente à dévoiler son orientation sexuelle ou son identité de genre. Qu'en pensez-vous ?
- Beaucoup de médecins abordent la question de la sexualité et l'orientation sexuelle à travers des questions sur les **IST**. Vous en pensez quoi ?
- Les patient-e-s que j'ai interviewé souhaitent que leur orientation sexuelle soit **connu** par leur généraliste **mais** ils et elles ne veulent **pas** que ce dernier les fasse sentir **différent-e-s**. Comment faire ?
- Certain-e-s patient-e-s font **exprès** d'être lacunaire et **imprécis** dans leurs réponses de manière à **induire des questions** sur l'orientation sexuelle et la sexualité de la part du généraliste. Vous en pensez quoi ?

---

IMPACT

- Pourquoi il est **si difficile** de parler de sexualité ?
- Quel est **l'impact** sur le lien thérapeutique lorsque le médecin questionne le patient ou la patiente sur sa sexualité ou son orientation sexuelle ?

---

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

- Est-ce qu'il y a des « **guidelines** » qui indiquent comment le médecin doit aborder la sexualité et l'orientation sexuelle avec le patient ou la patiente ?
- Les entretiens ont montré que les patients préfèrent parler de sexualité avec leur généraliste qu'avec des médecins **spécialistes** pourtant spécialisés dans des systèmes et des organes liés à la sexualité, comme le gynécologue ou le gastroentérologue. Comment expliquer cela ?

JACQUELINE

*Tu es une personne lesbienne et tu consultes ton médecin de premier recours pour un problème de santé. Tu es en pleine consultation, entrain de parler avec lui. Je veux savoir, déjà, comment tu te sentiras dans cette situation.*

Ça dépend du cadre de la consultation, de pourquoi je consulte. Si c'est pour un problème en lien avec mon orientation sexuelle, je serais très mal à l'aise. Sinon, je ne serais pas spécialement mal à l'aise.

*C'est-à-dire gêné ?*

Oui.

*Si tu as une consultation comme ça, est-ce que tu penses que tu aurais tendance à informer ton médecin de ton orientation sexuelle ou de ton comportement sexuel ?*

Pas spontanément.

*Pour quelles raisons ?*

Premièrement, je n'oserais pas et deuxièmement, je pense que c'est au médecin de venir chercher cette information.

*Tu dis que tu n'oserais pas mais tu aurais peur, peur qu'il te juge, peur que tu sois moins bien pris en charge ou de juste te confronter à ça ?*

Juste l'idée de me confronter à ça et c'est quelques choses que j'aurais de la peine à verbaliser et j'aurais peur de sa réaction.

*Tu n'arriverais pas à trouver une manière de le dire donc ?*

Ouais.

*Tu aurais peur qu'il te juge mal et que tu sois moins bien soignée ?*

Ouais, c'est plus une réaction humaine plus qu'une réaction médecin-patient, une réaction de surprise, quelque chose que je pourrais mal prendre, une phrase mal prise. C'est plus le côté humain que le côté médecin-patient.

*Qu'est-ce qui pousseraient les gens à ne pas vouloir en parler ?*

Le fait d'avoir peur d'être moins bien pris en charge parce qu'il y a plein de préjugés qui peuvent du coup entrer dans la consultation, la peur d'être identifié à certains préjugés. Ça va au niveau de la société, il y a la peur de la réaction de la personne plus que la relation médecin patient. Être confronté à un humain et devoir le verbaliser est vachement confrontant peu importe qui tu as en face. Bon peut-être, un médecin ça serait pire.

*Pourquoi un médecin ça serait pire ?*

Parce que tu mets entre ses mains ta santé et tu es plus vulnérable par rapport à lui que par rapport à n'importe qui.

*Beaucoup d'études disent, que les patient-e-s craignent de dévoiler leur orientation sexuelle par peur d'être jugé-e-s et moins bien soigné-e-s. Toi qu'est-ce que tu en penses ? Ça te paraît logique ?*

Peur d'être jugée clairement, moins bien soigné je pense aussi que si le médecin n'est pas bien informé, il peut avoir un biais dans la pratique, dans l'exercice de son activité. Je comprends que l'on puisse avoir peur d'être moins bien soigné si on dévoile son orientation sexuelle.

*Tu as l'air de plus douté de la prise en charge ?*

Ce n'est pas ma peur principale mais je peux comprendre pour d'autres personnes, mais ça reste explicable.

*Si on se replonge dans cette situation, tu es en consultation avec ton généraliste et tu lui parles de ton orientation sexuelle, de ton comportement sexuel. Comment tu voudrais que le médecin réagissent ? Comment devrais réagir le médecin ?*

Je pense qu'il devrait réagir sans réagir vraiment, juste en acceptant le fait que le patient, en validant cette information sans faire tout un plat. Si ce n'est pas lié à la consultation, dans le sens que si je viens parce que je tousse ou quelque chose qui y a rien à avoir et que mon orientation sexuelle sort durant la consultation, le médecin n'a pas besoin de creuser plus. Par contre, si je viens pour un problème qui pourrait être lié à un comportement sexuel à risque, là, j'attends que le médecin creuse plus.

*Dans cette même situation, que pourrait faire le médecin pour encourager le patient ou la patiente pour plus parler, justement, de son orientation sexuelle ou de sa sexualité ?*

Poser des questions déjà. Des questions neutres surtout. Moi surtout, ce qui m'embête le plus, c'est lorsqu'on me demande si j'ai un copain, si un homme m'intéresse. Ça je pense que juste le fait de devoir dire « non mais j'ai une copine » c'est une énorme barrière que si on me demandait, si le médecin posait la question de manière neutre « est-ce que tu as quelqu'un ? ». Ça serait beaucoup plus facile. Un autre truc, je pense, qui pourrait aider à passer le pas, c'est bête mais c'est une affiche dans le cabinet, dans la salle d'attente qui montre l'ouverture d'esprit, un magazine ou quelque chose de négligemment posé pour montrer l'ouverture d'esprit. Moi, je sais que je recherche ce genre de signes.

*Tu m'as dit d'être neutre au niveau du langage et au niveau de l'attitude ?*

Ah, clairement d'être aussi neutre.

*Comment pourrait se dérouler la suite de l'entretien ? Comment devrait se dérouler la suite de l'entretien finalement ?*

Mieux qu'au début en tout cas [rire]! Il devrait se dérouler normalement parce que ça ne change pas grand-chose au problème de base. Mais je pense que le fait d'avoir partagé ça avec le médecin permet d'avoir une relation plus forte.

*D'une certaine manière, si je comprends bien, ça permettrait d'améliorer la relation que vous avez avec le médecin en partageant ça?*

Oui, au long terme clairement.

*Vous aurez plus confiance ?*

J'aurais l'impression d'être plus prise dans mon entier.

*Plus reconnu d'une certaine manière ?*

Oui.

*Est-ce que vous pensez que le comportement du médecin changerait ?*

Il pourrait changer en bien ou il pourrait changer en mal. Moi j'espère qu'il pourrait changer en bien et que l'on ne me demande pas si typiquement je prends une pilule contraceptive ou qu'on me dise que l'on me pose la question parce qu'il faut exclure quelque chose (on a bien entendu que je ne la prenais pas). [Moi j'espère] que l'on se base vraiment plus sur mon vécu que le vécu général d'une femme de 24 ans. Ça permettrait d'un peu mieux cibler ou bien mal si le préjugé l'emporte.

*Ok, l'important serait qu'il prenne une prise en charge spécifique ?*

Personnalisée.

*Moi, je me posais la question de savoir si le médecin aurait plus tendance à poser des questions sur la sexualité ou plutôt s'il éviterait ? Est-ce qu'il aurait tendance à creuser le sujet ou pas du tout ?*

Ah, je pense qu'il aurait tendance à plus creuser le sujet.

*Ok. Ça serait utile ou pas ?*

Je pense que jusqu'à un certain point oui par ce qu'on peut acquérir des informations. En tant que patient, on a besoin d'informations et ces informations, on peut difficilement les trouver ailleurs. C'est chez le médecin que l'on peut poser ce genre de question. Le fait de pouvoir creuser un peu la sexualité, ça pourrait permettre de trouver des réponses ou juste de pouvoir formuler des questions. Pas trop non plus ; il ne faut que ça devienne envahissant.

*Il y a toujours une crainte que l'on se concentre que dans ça, lorsque tu dis envahissant ?*

Ouais, ouais.

*C'est un peu une question similaire mais de manière générale, quel est l'impact sur la bonne prise en charge médicale de dévoiler son orientation sexuelle, ses pratiques sexuelles? Est-ce qu'il y a une utilité ?*

Je pense que oui. Au début, je pensais que non. Je pense que oui, parce que ça peut renforcer le lien thérapeutique, ça ne peut que renforcer la confiance. Ça peut aider à juste pouvoir formuler des choses que l'on ne peut pas formuler en dehors de cabinet puisqu'il y a le contexte du secret médical. On est dans un lieu qui est censé être un peu protégé. Ça permet aussi, je pense, au médecin de faire plus de dépistages niveau, euh, la santé mentale et tout ça. On est des populations qui sont plus à risque d'être mal dans notre peau et ça serait bien que dans la tête du médecin ça soit associé et être plus sensible à ce sujet avec les personnes LGBT.

*Si je comprends bien. vous pensez, que dans ce genre de situation il parlerait beaucoup de sexualité mais peu de psychopathologie ?*

Oui.

*Et, ça serait quelque chose qu'il ne faudrait pas qu'il oublie ?*

Ça serait vraiment bien que ça soit lié dans son cerveau.

*D'une manière générale, en imaginant que vous êtes dans une situation où vous souffrez d'une maladie que vous pensez qui est liée à votre sexualité ou votre comportement sexuel, comment se modifierait votre volonté, voire votre intention, de parler de votre orientation sexuelle, de votre sexualité. Est-ce que ça changerait quelque chose ?*

Oui, je pense que j'aurais une intention plus grande ou une peur plus grande aussi. Au final, j'en parlerai moins, moins facilement spontanément.

*Pourquoi une peur plus grande ?*

Parce que si je pense que ma pathologie est liée à mon orientation sexuelle, je ne culpabiliserais pas... Mais c'est plus facilement de ma faute que si c'est lié à un virus ou je ne sais pas, une gastrite.

*Il y aurait toujours une gêne de devoir être confrontée à sa propre responsabilité, le fait que ça soit repensé, le fait que ça puisse être lié à vous-même ?*

Ouais.

*OK. Maintenant, j'aurais d'autres questions qui concernent plutôt ce que vous avez vécu avec un généraliste, un médecin de premier recours ou un médecin que vous avez considéré important dans votre santé habituelle. Comment pouvez-vous décrire la relation que vous avez avec votre médecin ?*

Avec mon médecin traitant, j'ai peu de relation car je le vois peu souvent car je suis en bonne santé. Je l'ai beaucoup vu lorsque j'étais petite, moins pendant l'adolescence et quelques fois au début de la vie adulte. Je sais qu'il suit toute ma famille et tout. Il oublie un peu dans sa tête que j'ai grandi. La dernière fois que je suis allée le voir, c'était infantilisant.

*C'est votre pédiatre ? Votre médecin généraliste ?*

Mon médecin généraliste. Il me suivait déjà lorsque j'étais enfant. Je n'avais pas de pédiatre.

*L'orientation sexuelle, la sexualité, c'est quelque chose que vous avez abordé avec lui ?*

Non, c'est quelque chose que je n'ai pas abordée avec lui. C'est quelque chose que j'aurais voulu aborder avec lui lors d'une de mes dernières consultations que je n'ai pas fait.

*Pour quelles raisons ?*

J'y étais parce que ça me brûlait lorsque je respirais. J'avais vraiment une sensation d'étouffement. Un truc typiquement psychosomatique. Je pensais que ça pouvait être lié au mal être. Enfin, je n'étais pas très bien dans ma peau. Peu de gens savaient au sujet de mon orientation sexuelle. Je n'étais pas très bien. Je me suis dit qu'aller le voir - je savais qu'il n'allait pas trouver de traitement miracle pour ma peine à respirer ou quoi que ce soit mais le fait d'en parler - ça pouvait aider. En fait, il n'a pas vraiment abordé le sujet. Il m'a demandé les trucs purement somatiques pour les exclure, c'est son boulot en même temps. Il m'a examiné. Puis, ensuite, on a eu une petite période de



discussion un peu plus libre où il m'a demandé comment se passaient mes études parce qu'il sait que je suis en médecine, comme ça allait avec la famille et si j'avais un copain.

Du coup, je lui ai juste dit non. Franchir ce pas était trop difficile. Et il ne m'a pas laissé la place pour exprimer mon mal être. Je serais parti dans le mal être et je serais gentiment revenu là-dessus.

*Ce que vous avez planifié finalement ?*

Ce que j'avais envie mais je n'ai pas eu la fenêtre pour le faire.

*Vous aujourd'hui, est-ce que vous le considérez comme une ressource, votre médecin ?*

Mon médecin traitant ?! Non.

*Ok. Est-ce que vous avez d'autres médecins à qui vous avez parlé ?*

Oui, une gynécologue... Charmante...

*Comment, ça s'est passé ?*

Pas extrêmement bien. Ben, durant la consultation gynécologique, elle m'a demandé si j'avais un copain. Je lui ai répondu que non et j'ai rajouté que j'avais quand même une copine.

*Qu'est-ce qui a changé pour vous pousser à parler de ça ?*

3 ans... Un peu le temps.

*C'était plus quelque chose de personnel. Ça n'avait rien à avoir avec l'attitude du médecin ? Il n'y avait rien dans la salle d'attente ?*

Non, il n'y avait rien dans la salle d'attente et j'étais très préparée au fait que l'on allait me poser cette question chez le gynécologue. Je savais que j'allais être confrontée à ça. Chez le généraliste, j'aurais voulu être confrontée à ça. Je n'étais pas assez prête pour franchir le pas.

*Est-ce que c'est un élément déterminant dans le fait d'aller voir un médecin de premier recours, un gynécologue ? Le fait de savoir que chez un gynécologue, vous allez avoir plus de question sur l'orientation sexuelle vous rendez plus réticente ?*

Première consultation à 24 ans. C'est clairement un frein pour moi. Clairement, vraiment, une trouille profonde.

*Le problème de devoir être confronté, devoir se justifier ?*

Confronter... Les préjugés...

*Ça c'est passé comment ?*

Dès le moment que j'ai dit que j'avais une copine, elle m'a rétorqué, que je n'avais donc jamais eu de relation sexuelle. Elle était très peu informée sur la sexualité lesbienne et j'ai quand même l'impression d'avoir moins bien été soignée. Dans le sens, qu'elle n'a pas cherché les facteurs de risque, les relations à risque. Même lorsque je lui ai posé des questions pour comment me protéger dans une sexualité lesbienne, j'ai eu des réponses types « il n'y a aucun risque ; ce ne sont pas des relations à risque ». A la fin, normalement, c'est un contrôle par année pour le dépistage HPV. Là, elle m'a dit que vu que je n'étais pas à risque, que l'on pouvait se voir facilement dans deux ans. Alors

que, je pense que je suis quand même, j'ai l'impression que je suis à risque et j'ai l'impression de ne pas avoir été prise au sérieux, que vraiment, elle est restée sur son idée très fixe de comment ça se passait sans poser les questions qui auraient permis des explications.

*Son attitude était comment ? Comment vous définirez son attitude ?*

Très basée sur ce qu'elle savait.

*Elle se retranchait sur ses connaissances ? Vous aviez l'impression que ses connaissances étaient utiles ou réelles ?*

Non clairement pas. Non clairement pas. On peut très bien ne pas connaître un domaine. Les patients qui viennent, je ne connais pas leurs médicaments, leurs pathologies mais il suffit de demander. Enfin, moi en tant que patiente, je lui aurais volontiers expliqué ce qu'elle avait besoin de savoir pour faire son travail. J'avais vraiment besoin de dire pour qu'elle puisse me prendre au sérieux.

*Vous n'avez pas pu parler suffisamment ?*

Non.

*Vous la considérez comme quelqu'un auprès de qui vous pourriez retourner pour la voir ?*

Non, clairement pas.

*Vous pensez retourner un jour chez un gynécologue ?*

Oui, il faudra bien. Tard, très tard...

*Si vous deviez changer quelque chose, qu'est-ce que vous auriez demandé de faire ?*

De poser des questions au lieu de penser les réponses.

*Elle n'était pas à l'écoute d'après ce que j'entends ?*

Ce n'est pas le fait qu'elle n'était pas à l'écoute. C'est qu'elle ne voulait juste pas me laisser parler. Ce n'est pas qu'elle ne m'entendait pas. Elle ne m'a pas laissé la place pour lui expliquer.

*Ben voilà. Je ne sais pas si vous avez d'autres commentaires, d'autres questions ?*

A part, que tu as commencé à me vouvoyer au milieu du truc.

*A oui, excuse-moi.*

---

BERNARD

*Tu es une personne gay qui consulte chez ton médecin de premier recours ou ton médecin généraliste pour un problème de santé. Tu es dans la salle de consultation entrain de parler avec ton médecin, en pleine consultation. Tu te sens comment ?*

Ça dépend du médecin.

*C'est-à-dire ?*

Si c'est un médecin avec lequel j'ai un bon feeling ou pas.

*Ok. Tu ne vois rien d'autre au niveau de ton attitude, une joie immense, une peur ?*

Pas nécessairement, ça dépend du contact que j'ai avec lui.

*Toi, tu verrais des raisons pourquoi une personne gay, bi ou lesbienne, pourrait se sentir différemment d'une personne hétérosexuelle, dans ce genre de situation ?*

Oui, bien sûr. Après tout dépend du professionnel avec lequel tu es en face.

*Ok. Dans ce genre de situations, est-ce que tu informerais ton médecin de ton orientation sexuelle ?*

Très probablement, oui.

*Pour quelles raisons ?*

Parce qu'il y a beaucoup de thématiques de santé qui sont liées aux relations.

*Il y a beaucoup d'études qui indiquent que beaucoup de patients et de patientes craignent justement de parler de leur orientation sexuelle ou de leur sexualité avec le médecin. Toi, tu verrais quoi comme raisons ?*

L'homophobie, la mauvaise compréhension, les préjugés, les mauvaises formations du corps médical, etc, etc.

*Souvent, ils ont peur d'être moins bien soigné-e-s, ça te paraît légitime ?*

Oui, ça me paraît légitime. Dans le cadre de la santé sexuelle - parce que je connais ça - on se rend bien compte qu'un médecin généraliste ne connaît pas les besoins de ces populations. Il ne se rend pas compte que son langage peut ne pas être inclusif et ne pas inclure certaines possibilités.

*Toi, comment tu voudrais que le médecin réagisse ?*

Qu'il ait un langage inclusif dès le départ.

*Mais par langage inclusif, tu entends quoi ?*

Langage épïcène, langage inclusif non-hétéronormé, c'est-à-dire un partenaire au lieu de copine/copain.

*Ça c'est pour la réaction mais comment devrait faire un médecin pour inciter le patient ou encourager le patient à parler de sa sexualité ?*

Un langage inclusif. Tout simplement, parce qu'en tant que tel, tu te rends compte, du fait que tu dis, vos partenaires plutôt. Si tu dis en début de consultation « ah, vous avez une copine », tu ne vas pas te sentir inclus. Si tu dis « ah, vous avez un partenaire, quelqu'un dans votre vie ou une relation », c'est déjà différent.

*Quelle attitude particulière il devrait adopter ?*

Un attitude de normalité.

*Donc, il n'y a pas besoin qu'il aille à la recherche d'informations ou au contraire qu'il prenne beaucoup de distance ? Est-ce qu'il doit finalement lui-même poser la question ?*

Qu'il aborde frontalement le sujet de l'homosexualité « est-ce que vous êtes homosexuel ? », non parce que ça peut être méga désagréable et ça peut être confrontant au possible. A la limite qu'il dise s'il y a vraiment besoin « est-ce que vous avez des relations sexuelles avec des gens du même genre que vous ? », éventuellement. Poser une question sur l'identité directement serait une très mauvaise idée.

*Finally, quel langage, quelle phrase est-ce qu'il pourrait dire pour inciter la personne à parler de sa sexualité ?*

« Est-ce que vous êtes sexuellement actif ? » Après quand on fait des discussions, quand on a fait de la théorie, que l'on donne de l'information, il faut faire bien attention à dire « vos partenaires », qu'ils soient homme ou femme, etc, etc...

*Donc, qu'il soit toujours neutre au niveau du sexe et de l'orientation sexuelle lorsqu'il donne des informations ?*

Ouais.

*On sait qu'il y a des études qui indiquent que s'il y a un panneau dans le cabinet, si on dit que le médecin est tolérant ou bien si le médecin questionne directement son patient au sujet de son orientation sexuelle, le fait que le médecin utilise un langage neutre stimule le patient à parler de son orientation sexuelle. Toi tu en penses quoi ?*

Moi, je pense qu'effectivement, que c'est assez important de se sentir inclus directement dans la salle d'attente, par exemple. Il y a des publications, enfin ce qui est marqué, au niveau des « flyers », ça peut être un bon signe d'être inclusif. Après au niveau confrontation, « vous avez des partenaires hommes, des partenaires femmes », ça peut être bien. Après, il faut partir de la normalité et ne pas tout thématiser. C'est là-dessus que l'on voit beaucoup.

*Thématiser, c'est-à-dire ?*

C'est-à-dire « ah, vous avez des relations avec des hommes [ton méprisant] ?! Vous le vivez bien? » En fait, si tôt qu'il y a la question des orientations sexuelles, en faire comme si c'est un problème potentiel nécessairement.

Ok.

Alors que ce n'est pas nécessairement le cas.

*Si on reprend la situation, dès le moment que tu informes le médecin en question, que tu es gay ou que tu as une orientation sexuelle ou une sexualité différente, à ton avis comment évoluerait le comportement du médecin ?*

Ben, il doit prendre cette information en compte mais il ne doit pas en faire, il ne doit pas « tilter ». Oui, voilà, j'ai cette sexualité, ok.

*Donc, finalement, il n'y aura pas de changements de comportement ?*

Non, absolument pas.

*On aurait tendance à penser que le médecin aurait tendance justement à poser davantage de questions. Il ne faut pas du tout ?*

Pas nécessairement mais plus cibler. C'est toujours la question des besoins. Si on se retrouve face à une jeune fille hétéro, on va faire très attention, se faire dépister relativement souvent pour la chlamydia. Tandis qu'un homme qui a des relations avec un homme, il faudra peut-être éventuellement proposer autre chose.

*Selon toi, quelle est l'utilité de parler de sa sexualité ou de son orientation sexuelle avec son médecin ?*

Ben, elle est énorme. On sait très bien qu'il y a des besoins différents selon les populations. Quand on sait que l'Afrique sub-saharienne ça peut être un cas pour le VIH, autant parler de sexualité dans ce cas-là et comment on gère les risques, etc.

*En imaginant que tu es dans cette situation et que, en plus, tu souffres d'une maladie, d'un problème de santé que tu penses être lié à ta sexualité ou ton orientation sexuelle. Est-ce que tu penses que tu aurais plus envie de parler de ça que si ce n'était pas le cas ? De parler, de dévoiler ton orientation sexuelle, que si tu n'étais pas atteint de cette maladie ?*

Moi je suis cash dès de le départ. Dans le sens que je ne veux pas me retrouver face à quelqu'un que je découvre homophobe plus tard. Je dévoilerai, enfin je n'aime pas ce terme, je mentionnerai. Ouais disons qu'en fait, que la simple question c'est qu'un médecin ne devrait pas partir, enfin, il ne devrait pas y avoir une norme avec le médecin. Le médecin devrait considérer que chaque patient est normal dans son sens puisque chaque patient est différent. Dans ce sens-là, il ne devrait pas y avoir un besoin de dévoiler son homosexualité en tant que tel étant donné que ça fait partie des éventails de possibilité que le médecin a. Le médecin doit considérer que s'il n'y a pas eu d'homosexuels/lles, d'orientation sexuelle qui est mentionnée, que chaque patient peut être homosexuel.

*Donc, il n'y a pas besoin de sortir du placard étant donné qu'il n'y pas de placard ?*

Après tout dépend de la subjectivité de la personne qui est devant le médecin. Le médecin est quelqu'un qui est censé être de confiance, de relation, ça peut être une étape du coming out importante pour la personne subjectivement. Donc oui, il y a un placard subjectif. C'est le rôle du médecin de ne pas créer un placard d'orientation sexuelle et de ne pas créer une norme médicale. Il ne doit pas créer une normativité au travers de ses patients. Il ne doit pas y avoir un processus comme ça et si jamais un patient est homosexuel, le processus dévie. Le processus de base doit déjà inclure l'homosexualité ou l'orientation sexuelle dedans.

*Ok. J'aurais des questions par rapport au vécu avec ton médecin généraliste, tes médecins. Je voudrais savoir comment tu décris ta relation avec ton médecin de premier recours ou ton médecin généraliste, le médecin que tu consultes lorsque tu ne vas pas bien.*

Celui que je ne consulte jamais? Je l'aime beaucoup. Il est très sympa. Je n'ai jamais eu aucun problème avec. Justement, je pense qu'il a eu exactement l'attitude que j'attendais de lui.

*C'est-à-dire ?*

C'est-à-dire que je suis allé et j'ai fait ben oui, ben... La première fois que je suis allé le voir, c'est quand je rentrais du Royaume-Uni et je sortais d'une PEP. Et puis, je lui ai fait, oui, j'ai eu des relations avec des hommes et j'ai pris une PEP et il m'a dit ok.

*Ok.*

Il s'enfout.

*Tu ne t'ai pas senti jugé ?*

Non absolument pas.

*Donc tu le considères vraiment comme une ressource ?*

Ah oui, je le considère vraiment comme une ressource et pour tout parce que je ne me sens pas jugé par lui dans le sens que je n'ai jamais ressenti. Je lui ai dit que je fumais et il a dit « ah ok, pas de problème ». A la limite, je sais qu'il pourrait me donner des informations. Le jour où j'ai envie d'arrêter de fumer il pourra me donner des informations mais il ne va pas me faire la morale parce que je fume, ce que je trouve assez insupportable.

*Donc avec lui tu as déjà parlé de manière courante de sexualité ?*

Oui, oui. Je suis allé vers lui pour lui parler de mon HPV. Je suis allé vers lui pour faire des tests même s'il les faisait mal... Ça c'est parce que les médecins généralistes ne sont pas au courant sur la santé sexuelle. Il ne m'a jamais fait de frottis alors qu'il aurait dû me le faire. Ça ce sont des discussions que je dois faire avec lui.

*Si tu as besoin quelqu'un pour des ressources sur la santé sexuelle, tu t'adresses à qui ?*

Au check-point.

*Du coup, les services spécialisés ?*

Oui et en plus j'y travaille. Du coup, j'ai une relation bizarre.

*C'est tout. Est-ce que tu as d'autres questions, d'autres choses à dire ?*

Non, non. Je pense que j'aurais encore d'autres choses à dire justement par rapport au fait de problématiser l'homosexualité. Je me rappelle encore avoir eu un psy qui avait eu un comportement que je considère homophobe, c'est-à-dire qu'il avait remis en doute mon orientation sexuelle.

*Directement ? Mais, c'était toi qui était allé le consulter ?*

J'étais allé moi le consulter et on avait parlé de mes relations, etc, etc. Je me souviens que j'avais embrassé des filles lorsque j'étais ivre et il m'a dit « vous êtes sûr que vous êtes homosexuel, vous avez fait des choses avec des filles ». C'est juste mon taux d'alcoolémie, connard.

*Pour toi, c'est très important qu'il n'y ait pas de jugement de la part du médecin dans la manière dont tu gères ton orientation sexuelle, si je comprends bien ce que tu dis ?*

Oui et surtout que le médecin, c'est aussi le rôle du médecin, de faire confiance au patient, de ne pas remettre en cause ce qu'il dit notamment en ce qui concerne l'identité, c'est important puisqu'on sait très bien, que par exemple, les jeunes qui font un coming out à 15 ans auprès de l'infirmière scolaire et que l'infirmière scolaire leur dit « tu ne peux pas savoir, tu es trop jeune ». Ça , ça peut être d'une violence énorme envers le jeune. Ce genre de chose, je trouve important.

*Donc c'est important de rester neutre. Merci beaucoup.*

MARCEL

*Tu es une personne gay et tu imagines que tu es chez ton médecin de premier recours. Tu es en consultation. Si tu t'imagines cette situation, qu'est-ce que tu ressens à ce moment-là ?*

Le médecin généraliste que je connais ?

Oui.

Alors, je me sens parfaitement à l'aise. Après, ça me gênera un peu de lui parler de pénétration et tout. Ça fait partie de ma personnalité. Ça me gênerait avec n'importe qui, même avec mes amis les plus proches. S'il le faut vraiment je le ferai. Par exemple, en juin, j'ai dû aller aux urgences pour un problème de frein. J'ai dit au médecin « mon phallus ». Le médecin m'a répondu mon zizi. Ça m'a mis mal à l'aise.

*D'accord, à cause des termes utilisés ?*

Oui.

*Ok, est-ce que tu verrais pourquoi une personne gay ou bi ou lesbienne se sentirait différemment d'une personne hétérosexuelle dans ce genre de situation ?*

Oui, oui. Ça ne serait pas flagrant.

*Pourquoi ?*

J'imagine très bien que les médecins ne sont pas formés à ça, qu'ils ne sont pas toujours au courant. Après, ils peuvent toujours avoir peur d'être discriminés, etc. ou d'avoir une mauvaise réaction du médecin. Après quand même dans la société d'aujourd'hui, c'est assez mitigé. Dans la société d'aujourd'hui, je pense qu'il ne faut pas avoir peur des médecins. Après je comprends qu'il y ait quelques réticences.

*Tu m'as dit que toi tu informerais ton médecin de ton orientation sexuelle ?*

Oui, je le fais à chaque fois. Parfois, j'informe indirectement.

*Pour quelles raisons ?*

Parce que c'est beaucoup plus simple. J'ai récemment été consulté un urologue, je lui ai dit que j'avais eu des rapports avec un homme, etc.

*Des études disent que les patient-e-s craignent de dévoiler leur orientation par peur d'être jugé ou moins bien soigné. Toi qu'est-ce que tu en penses ?*

Je n'ai jamais vécu ça. Déjà ça ne concerne que les médecins chez lesquels l'orientation entre en ligne de compte. Pas le dermatologue. Le vénérologue, oui mais pas le dermatologue lorsque tu vas pour un problème d'acné. Pas chez l'ORL. Du coup, j'imagine que l'on dit que lorsque ça entre en ligne de compte. C'est important le médecin saura quoi faire.

*Pour toi, il y a certains médecins qui sont plus concernés par ces thématiques que d'autres ?*

Oui.



*Ça serait lesquels ?*

Comme spécialisations ?

*Oui.*

Ceux dont les spécialisations concernent les problèmes médicaux qui sont les plus récurrents au sein de la communauté homosexuelle... J'imagine vénérologue, etc.

*Et le généraliste ?*

Oui, le généraliste entre en ligne de compte. Etant donné que le généraliste est généraliste, j'imagine que ce n'est pas un médecin spécialement formé pour ça.

*Tu le regrettes ?*

Non, parce que j'en un de génial mais ça aurait pu être le cas avec un autre médecin.

*Qu'est-ce que pourrait faire un médecin pour encourager un patient ou une patiente pour parler de sa sexualité ?*

Ben, déjà la mettre à l'aise.

*Comment ?*

Ben pour moi c'est une question de feeling. Tu as des gens qui te mettent à l'aise. C'est une des caractéristiques des médecins de pouvoir mettre à l'aise.

*Il y a quelque chose au niveau du comportement de l'attitude, du langage ?*

Oui, essayer d'avoir un langage le plus rassurant possible. Tu vas me dire comment ? Ben, en mettant la personne à l'aise. Comment ? En la rassurant. Du coup, on tourne dans un cercle. En disant à la personne que ça ne change rien. Finalement, le médecin doit soigner. Dans le sens que ça ne change rien et que, par exemple, en ne culpabilisant pas. Par exemple, c'est vrai que mon généraliste est génial mais je suis allé chez lui pour un *Molluscum Contagiosum* en janvier et puis avant qu'il voit mon *Molluscum*, je pensais que j'avais la syphilis. Je lui ai dit « monsieur, je voudrais faire un dépistage syphilis, etc, etc. » Et lui m'a répondu: « ah, mais vous avez eu un rapport sexuel avec quelqu'un que vous ne connaissiez pas ? » C'était un peu culpabilisant dans le sens que pour lui, c'était quelque chose qui ne devrait jamais arriver alors qu'au sein de la communauté c'est presque plus rare que l'on connaisse la personne. Bon, ça dépend chez qui. Du coup, là, après il m'a fait les tests sanguins et c'est très bien et il a sauté de joie avec moi lorsqu'il m'a dit que je n'avais rien, lorsqu'il m'a lu les résultats. Mais c'était quelqu'un qui n'était pas au courant de comment ça se passait.

*Ok. Des études montrent que l'installation d'un panneau dans la salle d'attente disant que le médecin est ouvert ou le fait que le médecin pose des questions directement au patient ou à la patiente ou le fait qu'il utilise un langage neutre concernant l'orientation sexuelle ou la sexualité ont tendance à stimuler le patient ou la patiente à parler de son orientation sexuelle.*

Alors, des panneaux oui. Après poser des questions aux patients, si ce sont des questions directes oui. Ensuite, je pense qu'avec les patients qui vivent mal leur homosexualité, c'est-à-dire ceux qui assument moins, mais même ceux qui sont complètement « out » d'une certaine manière, le

regrette. Le fait qu'on puisse leur poser la question va faire les sentir mal parce qu'ils se diront « ah ça se voit » et du coup, ils vont surcompenser et se fermer. Donc, ça dépend de quel type de question.

*C'est quelque chose que j'ai vu dans beaucoup d'entretiens finalement. Est-ce que c'est une bonne chose de poser la question ou pas ? Est-ce que c'est une bonne chose de passer beaucoup de temps sur l'orientation sexuelle, montrer d'une certaine manière un intérêt et en même temps que le patient récite que le médecin s'intéresse qu'à ça. Finalement où est la limite ? Quand est-ce que c'est bien de poser une question ? Quand est-ce que ça vaut la peine de continuer dans le sujet ? Quand est-ce qu'il faut s'arrêter ?*

Je pense que c'est bien quand ça rentre dans le rapport du soin, sinon non. Parce que euh. Voilà, j'imagine que le radiologue ne demande pas à un patient hétérosexuel s'il pratique de VD-SM. Tu vois ce que je veux dire comme quoi il n'y a pas de rapport?! Du coup, j'imagine qu'il faut poser des questions quand il y a un rapport.

*Du coup, une bonne idée serait de rappeler le bénéfice pour la santé du patient ou de la patiente du fait de parler de la sexualité ?*

Oui.

*Ok. Dès le moment que tu as informé ton médecin que tu es homosexuel ou que ton orientation ou ta sexualité sont différentes, comment est-ce que se déroulerait la suite de la consultation ?*

Alors, je l'ai déjà fait auprès de mon pédiatre; j'ai été chez le pédiatre jusqu'à 19 ans. Il m'a dit : « ah bon, ben ok. » Et puis il m'a rappelé comme règle essentielle qu'il fallait toujours se protéger. Après, il m'a fait un petit cours qui était hyper intéressant parce que je lui ai posé des questions sur le fait que, par exemple, le VIH rentrait par la muqueuse du gland et non pas par l'urètre. Du coup, c'est pour ça qu'il fallait se protéger, pas juste se retirer avant l'éjaculation et des trucs dans le genre.

*Le fait qu'il te donne un cours et qu'il t'informe, ça t'a aidé ?*

Oui.

*De l'avoir comme une certaine ressource ?*

Oui. Après, c'était mon pédiatre. C'est la personne qui m'a vu naître, qui m'a fait naître du coup, j'avais toute ma confiance en lui.

*Est-ce que tu penses que le médecin va te poser plus de questions ou que son comportement va changer ?*

Non, non. Mais peut-être si j'avais un très beau médecin, ce qui n'a jamais été le cas, je lui dirai pour l'inciter à passer sous le bureau. Mais, ça n'a jamais été le cas, du coup, je ne sais pas.

*Tu lui dirais pour l'inciter « à passer sous le bureau » ?*

Oui, non, pour que moi je sois sous le bureau. Que du coup, ça soit comme dans les films, les films un peu érotiques et que la consultations tourne... Tu vois ce que je veux dire ?

*Non!*

D'accord, clair.

*Ah, tu voudrais avoir une histoire avec ton médecin ?*

Oui, voilà. Enfin, pas une histoire... Un coup !

*Ouais. Selon toi quelle est l'utilité de parler de sa sexualité ou de son orientation sexuelle à son médecin ?*

Déjà répondu...

*Oui, c'est vrai. Hum. Si tu souffres d'une maladie que tu considères comme liée à ton orientation sexuelle ou à ta sexualité, est-ce que tu aurais plus tendance ou pas à parler de ton orientation sexuelle ou ta sexualité à ton médecin ?*

Attends, si je souffre d'une maladie liée... Comme quoi ?

*Que ça soit une maladie liée à des rapports sexuels ou bien au questionnement que tu te poses sur ton identité.*

Parce qu'il y a des IST qui ne concernent que les homosexuels ?

*Non mais que tu penses que tu les as acquises lors de rapports sexuels avec une personne du même sexe.*

Ouais.

*Est-ce que tu penses que ça t'inciterait à plus parler de ta sexualité avec ton médecin ?*

Euh, non sauf si ça rentre en ligne de compte. Par exemple, en juin, toujours lors de mon problème de frein, je suis allé aux urgences et je suis tombé sur deux jeunes internes assez marrants et lorsque je suis parti, bon il y en avait un qui était vraiment très sympa et très professionnel et l'autre qui l'était un peu moins et quand je suis parti, celui qui était un peu moins professionnel m'a dit « vous irez mollo avec votre copine la prochaine fois » et ça m'a juste fait marrer.

*Ok. Ça t'a fait marrer mais tu ne t'es pas senti blessé ni rien ?*

Non.

*J'aurais des questions après sur le vécu avec ton généraliste.*

Oui, vas-y. Euh, je vais chez le généraliste depuis 1 ans. Avant, j'allais chez le pédiatre. Je peux dire pour les deux.

*Oui. Comment est-ce que tu pourrais décrire la relation que tu as avec lui ?*

Comme mon pédiatre m'a fait naître, du coup, j'allais déjà chez lui avant de me rappeler que j'allais chez lui et c'est un ami à mes parents. J'ai diné avec lui, j'ai toute confiance en lui. Je pense que c'est quelqu'un qui m'a, quand j'étais plus jeune et que je voulais devenir médecin, il m'a dit qu'il fallait le faire, il m'a encourager à le faire. Après, non vraiment, presque une esquisse de relation paternelle, père-fils.

*C'est vraiment une ressource ?*

Maintenant, je ne le vois plus. Mais, ça l'a été. Et c'est vrai que parfois, je peux être assez anxieux et du coup, chaque fois que j'allais chez lui. Hum et que je pensais que j'allais mourir, il m'a toujours soigné. Une fois, je suis allé chez lui parce que j'avais des morpions et il m'a dit que c'était tout bon.

*Du coup, tu as déjà parlé de ta sexualité ?*

Oui, par contre une fois, j'avais eu des morpions et j'étais allé chez lui pour un dépistage puisque je n'allais pas au Check-Point pour des raisons personnelles. Après, je suis allé chez lui pour un deuxième dépistage et puis, il m'a un peu fait la leçon. Je l'ai bien pris. Enfin, pour le coup, ça m'a saoulé et après je l'avais bien pris parce que je m'étais dit qu'il me parlait plus comme un parent parlerait à son enfant. Donc ce n'était pas son rôle mais je trouvais ça touchant.

*D'accord. Comment as-tu abordé le sujet de la sexualité avec lui ?*

Euh, ben je crois que je lui ai dit la première fois que j'ai été chez lui pour une raison sexuelle. Donc, ça devait être quand j'ai eu des morpions.

*C'était toujours lié à un problème des organes sexuels ou autre ?*

Oui, oui. Mais aussi parce que quand j'ai eu les morpions, c'est quand j'ai commencé à vivre pleinement ma sexualité et du coup que j'ai commencé à l'assumer.

*Ok. Est-ce que tu as d'autres éléments que tu as vécu avec ton médecin généraliste qui t'ont marqué ?*

Euh... En rapport avec la sexualité ?

*Oui en rapport avec ton orientation sexuelle.*

Euh.. non.

*Donc, jamais rencontré de problèmes ?*

Non

*Ok, très bien. Je ne sais pas si tu veux dire quelque chose d'autre ?*

Non, c'est tout.

*Parfait. merci bien.*

Merci à toi.

---

CHARLES

*Tu es une personne gay. Imagine-toi que tu consultes chez ton médecin de premier recours ou chez ton généraliste pour un problème de santé. Tu es dans la salle de consultation entrain de parler avec lui. A ce moment là, comment est-ce que tu te sens ?*

Par rapport à n'importe quel problème ou juste une visite comme ça ?

*N'importe quel problème ou une visite comme ça.*

Dans la salle d'attente ?

*Non, non, dans la salle de consultation. Tu es en face de ton médecin et tu parles avec lui.*

Je lui expose les problèmes ?

*Voilà.*

Je ne sais pas. J'ai toujours un peu... Ça me paraît difficile pour moi de parler de problèmes médicaux en général ou juste que j'ai, je ne sais pas, toujours un peu anxieux. J'ai toujours un peu de mal à expliquer ce que j'ai, je ne sais pas.

*Est-ce que tu verrais des raisons pourquoi une personne gay, lesbienne ou bi se sentirait différemment dans ce genre de situation ?*

Je pense que oui... Peut-être, on pourrait s'attendre à ce qu'il y ait un préjugé par rapport à notre hygiène de vie ou je ne sais pas quoi. On dit, à ben c'est normal qu'il vous arrive tant de chose. On pourrait se dire... Enfin, moi je ne sais pas. Moi, c'est ce qui me passait par la tête à certains moments.

*Ok. Est-ce que tu penses que dans cette situation tu parlerais à ton médecin de ton orientation sexuelle, de ta sexualité ?*

Euh.

*Quels seraient les pours, quels seraient les contres ?*

Je ne sais pas, ça dépend. Euh... Je veux dire que si j'ai des problèmes anodins, je ne verrais peut-être pas l'utilité mais si ça commence à être plus lié aux problèmes liés à la sexualité, le « Safe Sex » ou des trucs comme ça, peut-être. Enfin s'il me demande.

*S'il te demande, tu répondrais ?*

Oui, je crois. Mais par moi-même peut-être pas.

*Par toi même, c'est-à-dire ?*

Moi lui dire, comme ça, peut-être pas.

*Ça serait plus simple si lui te posait la question ?*

Oui.

*Justement j'avais lu des études qui disaient que les personnes ont peur de dévoiler leur orientation sexuelle par peur d'être jugée voire mal soignée. Toi tu en penses quoi ?*

Je ne pense pas que l'on serait mal soigné mais jugé peut-être.

*Donc, ça serait désagréable d'une certaine manière ?*

Tout dépend si le médecin est discret sur sa façon de juger ou non.

*Est-ce que ça serait important qu'une consultation reste agréable ?*

Ah oui, oui. Même pour un truc anodin, pour moi, ça reste quelque chose de stressant, le médecin.

*Dans cette situation, en imaginant que tu informes ton médecin de ton orientation sexuelle, comment le médecin devrait réagir ? Comment tu voudrais qu'il réagisse ?*

Ben, je voudrais qu'il réagisse de façon, en disant, enfin, pas qu'il s'inquiète mais qu'il commence à, enfin je ne sais pas, qu'il commence à poser des questions par rapport, justement, comment dire.

*Qu'il s'intéresse ?*

Voilà, qu'il s'intéresse, exactement, à comment dire...

*A ta sexualité ?*

Ouais. Oui, oui, tout simplement.

*A ta vie sexuelle ? A ton orientation ?*

Ouais.

*Si je comprends bien pour toi, c'est plus facile qu'il te pose directement les questions que toi tu en doives en parler.*

Ouais, pour moi.

*C'est un peu mon autre question mais qu'est-ce que pourrait faire un médecin pour encourager un patient ou une patiente à parler de son orientation, à dévoiler sa sexualité ?*

Qu'est-ce qui pourrait vraiment changer ?! Bonne question. Euh...

*Tu m'as déjà dit, poser la question directement.*

Oui, il y a « poser la question directement ». Euh mais bon, je ne sais pas s'il poserait la question à tout le monde ou c'est juste parce qu'il aurait des doutes ou je ne sais pas. Oui, poser la question directement ou tout dépend pourquoi on va le voir qui pourrait lui faire titiller qu'on est gay et qu'il pourrait poser la question à ce moment-là pour X et Y raisons. Mais...

*Est-ce qu'il y a quelque chose au niveau du comportement, de l'attitude, voir son langage qu'il pourrait faire ?*

Le médecin ?

*Oui ou le patient finalement.*

Pour déclencher cet... ?

*Oui.*

Euh...

*C'est compliqué ?*

Oui.

*[Rire] tu m'as dit que si le médecin se poserait des doutes, est-ce qu'il y aurait un comportement que pourrait prendre le patient ou bien une attitude pour susciter une réaction ?*

Oui, il peut y avoir ça.

*Est-ce que toi tu le ferais, si tu n'as pas envie de parler directement mais de rester vague de manière pour susciter l'intérêt ?*

Oui, moi c'est souvent ce que je fais. Je fais des sous-entendus ou des trucs qui laissent comprendre sans que je dise moi mais qui peuvent faire comprendre et déclencher les questions des autres.

*C'est une manière pour toi de mieux communiquer avec ?*

Oui.

*Moi, j'avais lu. Enfin, dans des études, il parlait de mettre une affiche, par exemple, dans la salle de consultation ou bien dans la salle d'attente où il disait que le médecin était tolérant ou ouvert. Justement, le fait que le médecin pose directement les questions ou bien que le médecin utilise un langage neutre, c'est-à-dire qu'il ne parle pas de copain, copine mais de relations. Toi, tu en penses quoi de ça ?*

De parler de langage neutre ?

*Oui et une affiche.*

Langage neutre, oui. Je suis assez d'accord. Mais ça, j'ai souvent eu le cas même des vieux médecins ont toujours parlé très neutre à propos des relations. Les affiches ?! Pourquoi pas. Ouais... En gros l'affiche qui dirait que le médecin est ouvert ?

*Qu'il est tolérant à l'égard des minorités sexuelles. Ou bien voire même un petit journal ou des « flyers » qui sont destinés aux personnes avec une orientation sexuelle différente.*

Des « flyers » oui, des choses comme ça. Mais l'affiche, je ne sais pas.

*Tu as l'air plus réservé.*

Mmh, j'essaie de trouver une raison mais... Ça fait comme si... Non. Pas comme s'il voudrait parler explicitement de ça, enfin exclusivement de ça.

*Ça manquerait de naturel ?*

Ouais peut-être. Oui. Exactement je pense. Après ce n'est pas grave.

*Non. On est dans cette situation. On imagine que tu as parlé de ton orientation sexuelle. Comment se déroulerait la suite de l'entretien avec le médecin ? Qu'est-ce qui se passerait après ?*

C'est-à-dire genre les prochaines consultations ?

*Non, durant... Tu dis que tu as une orientation homosexuelle ou bisexuelle ou autre. Comment va réagir le médecin ? Est-ce qu'il va plutôt essayer de changer de comportement ? Est-ce qu'il va poser des questions différentes ?*

Je pense qu'il va poser plutôt des questions différentes : si j'ai une relation stable ou un truc dans le genre, si je papillonne, si je suis en danger...

*Donc, il va s'intéresser à comment tu vis finalement ta sexualité ?*

Oui, exactement.



Ok.

Si ça peut plus au moins présenter des risques. Ouais, il va s'intéresser.

*Toi qu'est-ce que tu préférerais ? Qu'il n'en parle pas ou au contraire qu'il explore un peu ce domaine dès le moment que tu lui as dit ?*

Moi, je... Ouais, je pense que oui. Je préférerais qu'il explore, ouais.

*Qu'il pose des questions à ce sujet ?*

Ouais.

*Ok. Finalement quelle est l'utilité de parler de sa sexualité ou de son orientation sexuelle au médecin ?*

L'utilité, je me dis que... Mmh.

*Est-ce que finalement, dévoiler son orientation sexuelle et sa sexualité améliore la prise en charge ou pas ?*

Mmh. Je ne suis pas intimement sûr de ça, de ce que ça améliorerait.

*Pour toi, ce n'est pas indispensable pour être bien soigné ?*

Non, je ne pense pas. Je n'ai pas l'impression en tout cas que ça soit indispensable. Ça peut être utile je pense mais indispensable je ne pense pas. Enfin, oui, tout dépend de ce que tu vas faire chez le médecin ou pas quoi mais pas indispensable.

*Ok. En imaginant que tu souffres d'une maladie qui peut être liée à ton orientation sexuelle ou à ta sexualité, ça peut être une maladie psy, une addiction ou autre. A ton avis, comment se modifierait ton intention, ta volonté de parler justement de ta sexualité ou de ton orientation sexuelle au médecin ? Est-ce qu'elle sera augmentée ou diminuée ?*

Elle sera augmentée oui parce que si c'est liée, elle posera la question ou posera des questions pour comprendre mieux d'où vient le problème et là, je serai peut-être amené à lui dire. Mais oui, enfin pour qu'il comprenne mieux le problème.

*Moi, j'aurais des questions par rapport à ton vécu personnel. Je voudrais que tu me décrives mieux ta relation avec ton généraliste ou un médecin avec lequel tu as eu plus de suivi.*

Ben, je trouve que j'ai une bonne relation, je suis même assez content d'y aller. Je ne sais pas, c'est... Euh, comment dire... Je ne sais pas, je le vois un peu près tous les trois mois et euh, il est très amical ce médecin. Enfin, on discute, il vérifie mon état de santé et après, il discute un peu plus de ma vie personnelle, si je vais bien et tout. J'ai un bon vécu avec ce médecin.

*Tu le considères comme une ressource ?*

Ressource peut-être pas, mais...

*Est-ce que tu as confiance en lui ?*

Oui.

*Tu me dis que tu parles de ta vie personnelle mais est-ce que tu as déjà parlé de ta sexualité à ton médecin ?*

Oui, oui. Ouais.

*C'était dans quel contexte ?*

Ben, par rapport au fait que... Le médecin que je vais voir, c'est le médecin qui fait une étude pour le VIH. Il m'a parlé justement, il m'a demandé, enfin je lui ai parlé de ma vie sexuelle, si j'ai une relation stable ou non, si j'ai eu plusieurs partenaires ces dernières années, enfin des trucs comme ça.

*Et puis, c'est lui qui a abordé le sujet ou bien c'est toi ?*

C'est lui.

*De manière générale, est-ce que tu as un autre vécu avec ton médecin qui t'ait choqué en ce qui concerne ta sexualité ou bien ton orientation sexuelle ? Pas qui t'ai choqué mais celui que tu te souviens, un épisode ?*

Un petit épisode qui m'a... Ouais, mais c'était un autre médecin du même, comment dire ?

*Service ?*

Ouais, service. Il me demandait si je ne trainais pas dans les lieux gays de débauche et de, où ça consomme de la drogue et du pop op et des trucs comme ça. J'étais là... Et là, c'était un peu trop d'un coup, j'étais là... Oulla... Ah oui, il pose des questions pas forcément trash mais... Enfin, si je lui dis oui, ça se trouve, ça va aller plus loin. Ça ne m'avait pas choqué dans le sens... Je ne m'y attendais pas mais ouais, c'était, oui. Il a commencé à poser des questions qui étaient un peu trop, je ne m'y attendais pas. C'est tout. Ça m'a choqué de le sens...

*Pourquoi, est-ce qu'il t'a posé ce genre de questions ?*

Justement, c'était le jour où je venais d'apprendre que j'avais le VIH et il m'a posé plein de questions comme ça.

*Tu avais l'impression d'être jugé ?*

Non mais il avait un ton très solennel et très comme s'il voulait faire en sorte, je ne sais pas, on dirait qu'il voulait... Comme si, soit il s'attendait soit il attendait que, enfin, je craque devant lui et que je tombe devant lui. J'étais là non mais, c'est bon, c'est bien.

*A ce moment-là tu ne t'es pas senti respecté ?*

Pas respecté, mais j'ai eu l'impression qu'il s'attendait à que je me montre, pas faible mais un peu comme si...

*C'est un peu comme si lui, il te disait comment tu devais réagir ?*

Ouais, j'avais un peu l'impression de ça, ouais.

*Ce n'était pas toi qui conduisait le fil de la discussion, c'est lui qui t'imposait un peu...*

Ouais. Après je pense qu'il tenait ce ton solennel puisqu'il y a plein de gens qui craquent à ce moment-là. Moi, j'ai eu l'impression que c'était assez oppressant.

*Pourquoi, aurait-il voulu te faire craquer ?*

Je ne sais pas trop.

*Toi tu t'es senti mal ?*

Non ouais. Je n'avais pas envie, enfin. Il aurait compris. J'imagine que c'est un médecin préparé, que vous êtes préparés pour ça. Je ne sais pas, je ne me sentais pas de craquer devant lui. Pourquoi... Je trouvais ça assez oppressant. C'était désagréable d'être avec lui.

*Tu avais juste envie de partir de là ?*

Ouais, exactement.

*Ok, est-ce qu'il y a autre chose ?*

Non, ça va je crois.

---

NASTO

*Tu es une personne gay, imagine-toi que tu es chez ton médecin généraliste de premier recours. Tu es en pleine consultation, je voudrais que tu me dises comment tu te sens, qu'est-ce que tu ressens à ce moment-là ?*

Euh, je me sens en confiance parce que j'ai un rapport très sain avec mon médecin généraliste. Je me sens tout de suite bien et tout de suite à l'aise.

*Est-ce que tu vois des raisons pourquoi une personne qui a une orientation sexuelle ou une sexualité différente se sentirait différemment ?*

Par rapport à ce médecin ou de manière générale ?

*De manière générale.*

Ouais, je pense, ouais. Ouais. Ben typiquement, là on parle de mon généraliste mais je suis aussi suivi par un gastro-entérologue. Là, je suis un peu moins à l'aise par rapport à ma sexualité. On n'a jamais vraiment parlé. Enfin voilà, il y a toujours un petit malaise qui fait que...

*Une sorte de tabou ?*

Ouais, disons que les choses ne se disent pas clairement. Du coup, tu ne sais pas trop ce que la personne pense en face. Du coup, tu vois que ce que la personne dégage par rapport à toi, ce qu'elle pense de toi au premier abord et tu te dis, lui il ne va pas trop apprécier s'il savait ou comme ça. C'est vrai que, voilà, moi j'ai des problèmes gastriques au niveau du colon et euh, la sodomie est un sujet...

*Que tu dois aborder ?*

Ouais, voilà. Ben si tu veux, moi ma généraliste c'est à elle que je dis tout. Elle est un peu bien calé sur tout mais c'est vrai que mon gastro-entérologue, je ne vais pas lui parler de trucs sexuels ou comme ça.

*Donc lui, il ne pose jamais des questions si je comprends bien ?*

Jamais il ne m'a posé des questions sur mon orientation.

*Ok, tu m'as dit que dans cette situation que tu informerais ton médecin de ta sexualité. Pas ton propre médecin généraliste mais si tu devais te retrouver face à un médecin généraliste ou un autre médecin, est-ce que tu l'informerais ?*

Pas au premier abord. Si ou bien si on doit aborder des sujets où ça implique ma sexualité, là, j'en parlerai mais au premier abord, non.

*Beaucoup d'études montrent que les patients parlent rarement de leur sexualité et de leur orientation sexuelle alors qu'ils voudraient, par peur d'être jugé voire d'être moins bien pris en charge et moins bien soigné.*

Ça ne m'étonne pas.

*Ça ne t'étonne pas. C'est plus la peur d'être mal jugé ou bien d'être moins bien pris en charge ?*

Moi c'était... Ça fait 15 ans que je suis suivi pour des problèmes de santé et c'est vrai que ça a été tout une démarche psychologique d'accepter d'en parler à ces médecins qui sont extérieurs à ma vie mais que j'accepte que ça soit une nécessité, ça n'a pas été facile pour moi. Ce n'est pas une évidence pour moi de me dire « je vais en parler, ils vont bien le prendre ». Non, il a fallu que je flippe. J'ai pas mal flippé « est-ce que j'ai envie d'en parler, est-ce que je n'ai pas envie d'en parler ? » pour finalement arriver à la conclusion qu'il fallait que j'en parle.

*Donc, il y a toujours ce besoin d'avoir une raison médicale qui te pousse à en parler ?*

Voilà exactement. Sans raison médicale, je n'en parlerai pas et par peur que le regard du médecin soit biaisé après.

*Parce qu'imaginons que tu en parles, comment voudrais-tu que ton médecin réagisse, le médecin que tu as en face de toi ?*

Qu'il ne réagisse pas.

*Ok.*

Que... Je ne sais pas. Qu'est-ce que je pourrais imaginer? Qu'il dise que euh... que ça ne change rien, en fait... Que ça soit comme si je lui disais « j'ai mangé une pomme ce matin ou j'ai mal au ventre... »

*Que tu ne te sentes pas différent ?*

Voilà, exactement.

*Mais, est-ce que pour toi, ça serait important qu'il explore avec toi, qu'il te pose des questions ou plutôt, tu voudrais qu'il passe à autre chose ?*

Euh, qu'on approfondisse le sujet si ça implique comme avant mes problèmes de santé sinon ce n'est pas une nécessité pour moi.

*Ok, juste lui dire c'est suffisant et approfondir s'il y a une raison derrière.*

Valable.

*Ok. Qu'est-ce que pourrait faire le médecin pour t'encourager ou pour encourager de manière générale un patient ou une patiente à parler de sa sexualité ?*

Bonne question.

*Ce que toi tu aurais voulu que le médecin fasse qui t'aurait peut-être plus aidé ?*

Ben, je reviens encore à mes problèmes de santé personnel parce que c'est ce que je connais. Moi, c'est une peur que j'ai eu longtemps, la sodomie par rapport et ça me bloque encore aujourd'hui. J'ai la peur de me laisser aller complètement sachant ce que j'ai... Ben voilà, j'ai des ulcères sur une partie du gros intestin et du colon. Et puis, ça peut avoir des conséquences un peu moches. Donc, ouais, effectivement. Du moment que je suis diagnostiqué et que l'on vienne sur le sujet de la sexualité et qu'après... Ouais, j'aurais peut-être bien aimé qu'il me rassure ou qu'il me dise qu'il faut faire attention à ça, comme ça au premier abord, ce qui n'a jamais été fait.

*Pour toi, toi qui a une maladie chronique des intestins, est-ce que le fait d'avoir cette maladie ça t'a facilité la discussion ou plutôt ça t'a compliqué la discussion ?*

Alors, euh, spécifiquement avec les médecins ça a quand même facilité mais sans jamais venir sur la sexualité. Enfin, j'ai toujours été très à l'aise de parler de mes problèmes de santé comme ça mais c'est vrai qu'avec mes médecins, on a jamais parlé de sexe ou de ma sexualité.

*D'après ce que j'entends, tu m'as dit « rassuré » dans le sens que tu aurais voulu recevoir des informations que tu n'as pas eu ?*

Ouais au début, oui. En étant plus jeune parce que j'ai été diagnostiqué à quinze ans. Donc voilà, lorsque tu as quinze ans, tu découvres ta sexualité, tu as envie de te laisser aller mais moi je n'osais pas trop parce que j'avais peur... Que voilà...

*C'était une charge en plus ?*

Psychologiquement, c'était assez lourd. Il m'a vraiment fallu des années pour accepter l'idée de devoir en parler à mes médecins. Ça n'a pas été du tout une évidence dès le début en fait alors que je trouve en fait que ça devrait l'être.

*Les médecins sont une ressource ?*

Voilà, exactement.

*Est-ce qu'au niveau du comportement, du langage, tu vois des choses que pourraient faire le médecin pour à nouveau, inciter, pour rendre une discussion sur la sexualité beaucoup plus agréable, en tout cas moins désagréable ?*

Euh, je n'ai rien qui me vient spécifiquement en tête là mais je suis sûr qu'il y aurait des choses.

*Dans des études ils parlaient... Déjà le fait que le médecin pose la question.*

Oui, c'est vrai que si ça vient de lui.

*Il paraît que c'est plus facile. Je ne sais pas ce que tu en penses ?*

Ou alors. Ouais, effectivement, je pense.

*Ou bien le fait qu'il ait un langage très neutre, qui ne parle pas de copain, copine mais plutôt de relation, de rester neutre sur la forme de relation.*

Ouais, je pense que c'est une bonne chose.

*Le fait de mettre des affiches pour montrer une certaine tolérance voire des petits « flyers » à la consultation ?*

Effectivement, d'être dans un environnement dans lequel tu te sens tout de suite plus à l'aise pour parler de ça, peut aider.

Ok.

Le langage neutre est aussi une bonne chose. Ouais et pas étiqueter.

*Pas juger ?*

Ouais.

*Est-ce qu'en donnant des informations, tu te sentirais plus rassuré ou plus différencié ? C'est toujours un grand débat de savoir à quel moment il faut poser des questions pour comprendre le patient et puis en même temps ne pas poser trop de question pour ne pas lui donner l'impression qu'il est étiqueté et jugé.*

Ça, c'est délicat. Ouais, bien sûr. Moi je pense que c'est un truc que j'ai aussi réglé avec moi même mais je pense que c'est vrai que je me suis souvent senti différencié par rapport à ma sexualité mais je pense que le truc vient de dans ma tête. Enfin, je ne sais pas comment dire. Ce n'est pas une volonté de la personne en face, du médecin. C'est vrai que du moment que l'on vient sur le sujet, qu'on parle de ça, tu es différent dans un sens.

*Tu es plus susceptible à ce genre de sujet ?*

Ouais, voilà.

*Tu es plus en alerte ?*

Voilà.

*J'ai encore d'autres questions. Imaginons que tu as dévoilé ton orientation sexuelle ou ta sexualité différente, enfin que tu trouves toi-même différentes, comment le comportement du médecin évoluerait ?*

Euh. Donc mon médecin ?

*Non, n'importe quel médecin. Le médecin que toi tu te représentes.*

J'aurais besoin que ça ne change pas du tout sa manière de faire mais que, en même temps, dans ses conseils, ses avis, ses informations, il y ait des choses concernant mon orientation sexuelle sans que ce soit trop appuyé. Je pense que c'est un équilibre assez dure à trouver : que ça rentre quand même dans la discussion de nos rendez-vous, de nos entretiens, machins mais sans que ça soit trop appuyé, enfin, que ça soit normal, que ça a l'air fluide.

*Une prise en charge normale mais en même temps personnalisée?*

Ouais, voilà ouais.

*Est-ce que tu penses que le médecin aurait tendance à poser plus de questions sur ta sexualité ?*

Je ne pense pas non.

*Est-ce que tu trouves une utilité à parler de ta sexualité avec ton médecin ? Est-ce que c'est utile ?*

Encore une fois, je peux que parler de mon cas. Effectivement, dans mon cas, je trouve que c'est utile. Je pense que ça a vraiment une importance, une crédibilité. Après, si je ne devais pas, avoir ce que j'ai, euh. Oui, si quand même, je pense que ça serait quand même utile d'aborder le sujet. Ça fait partie de notre vie, partie de notre santé, des trucs auxquels on doit faire attention. Enfin, je pense que oui.

*Moi, j'ai encore des questions par rapport à ton vécu.*

Oui.

*Comment est-ce que tu décrirais ta relation avec ton propre médecin généraliste ?*

J'en ai eu tout plein.

*Celui qui t'a plus marqué à ce moment-là.*

Euh, relation de confiance, euh, avec... Euh, c'est le médecin qui me suit en ce moment, pas Felay mais une autre. Je me sens en confiance, je me sens écouté, je me sens conseillé. Moi, j'aime beaucoup quand le médecin amène des idées, des conseils, des trucs. C'est ce qu'elle fait avec moi. Euh, ouais, c'est un ensemble de choses. Un peu comme si ce n'était pas un membre de ma famille parce que c'est trop loin mais quelqu'un qui te connaît quand même intimement et avec qui tu n'as pas peur de parler de ce qui te tracasse au niveau psychologique, physique, voilà. C'est effectivement ce que je ressens avec mon médecin actuel.

*Ok. Donc tu le considères vraiment comme une ressource ?*

Oui, oui.

*Tu as déjà parlé de la sexualité avec lui ?*

Oui.

*Ça, c'est passé comment ?*

Ça, c'est pas passé... En fait, je suis arrivé avec mon copain en entretien et puis dans la discussion, ben j'ai juste dit « ah, ben avec mon copain, on mange ça, ça, ça » et puis c'est tout.

*C'était très naturel ?*

Oui, ça c'est fait complètement naturellement.

*Il n'y a pas eu de réaction de sa part, particulière ?*

Non, rien du tout. Après je pense qu'elle est assez particulière et je pense que ça ne serait pas le cas de tout le monde.

*Puis, je voulais encore te demander : est-ce que tu as un élément marquant que tu as passé avec un médecin ou autre qui t'a choqué par rapport à ton homosexualité ?*

Euh, non.



Non ?

Non, non, rien de choquant.

*Est-ce que tu as des questions ?*

Non.

## ENTRETIENS AVEC LES MÉDECINS

### MÉDECIN A

*Ma première question est de savoir un peu quel est l'impact de l'orientation sexuelle et de la sexualité dans l'anamnèse et puis dans la prise en charge.*

Alors, l'impact, c'est assez divers si c'est quelqu'un qui vient, par exemple, un patient, je dirais tout venant qui vient, un nouveau patient qui demande un contrôle, check-up ou autre. Là, c'est clair que je prends plus de temps, que je tâche d'avoir une anamnèse complète y compris une anamnèse sexuelle, c'est-à-dire au moins leur poser la question s'ils ont un compagnon ou une compagne, des enfants, dans quel milieu social ils vivent, quelles sont leurs relations. A partir de là, on peut demander aux gens s'ils ont des problèmes ou pas des problèmes avec leur vie sexuelle. C'est évidemment différent avec ces patients qui me sont adressés directement par les instances qui s'occupent des patients homosexuels et qui viennent parfois avec des demandes très précises, j'entends, savoir si oui ou non telle ou telle lésion serait une maladie transmissible ou qu'ils désirent faire les tests. Ils peuvent aussi faire les tests, en général, à l'endroit où ils s'adressent en première ligne. Le CheckPoint fait beaucoup de prises en charges et de traitements. Ils sont d'ailleurs même mieux équipés que moi. Il m'est arrivé de diagnostiquer une syphilis et il était difficile d'avoir la « Pénis » injectable sous la main au cabinet. Du coup, je renvoie soit au CHUV soit au CheckPoint pour le traitement.

*Moi ce qui m'intéresserait finalement, c'est la place qu'a l'orientation sexuelle dans l'anamnèse. Si je comprends bien vous m'avez dit que c'est quelque chose d'utile et important. Parfois, vous avez des patients qui sont spécifiques, qui vous sont adressés spécifiquement mais comment est-ce que vous abordez la sexualité et l'orientation sexuelle ? Concrètement ?*

Il faut peut-être mettre à part ces patients et c'est là que c'est un peu biaisé parce que ceux qui vous ont donné mon adresse sont plutôt ceux qui disent : « si vous avez tel ou tel type de relation sexuelle et que vous ne voulez pas un médecin trop jugeant, allez voir machin plutôt qu'un autre ». C'est comme ça que ça se passe. Si je mets à part cette catégorie de patients et que je prends les patients qui viennent comme nouveau patient, je tâche de vraiment faire une anamnèse systématique, d'essayer de comprendre peut-être quel est l'agenda caché qu'il y a derrière la demande de contrôle et puis pour les patients jeunes qui ne mettent pas « je suis marié, grand-père et je ne sais pas trop quoi », je leur demande quand même. Comme je vous ai dit, est-ce qu'ils ont un partenaire de vie, est-ce que c'est un partenariat stable, est-ce qu'ils sont mariés, est-ce qu'ils ont des enfants. Les gens me disent assez volontiers : « j'ai un compagnon ». Parfois, ils noient un petit peu le poisson en disant « j'ai un partenaire » sans que l'on comprenne bien si c'est un partenaire ou une partenaire. Là, je tâche d'être à l'écoute mais je ne vais pas systématiquement chercher.

*C'est quelque chose qui revient assez fréquemment avec les patients. Certains utilisaient la technique de noyer le patient, le poisson pardon, pour que le médecin puisse ensuite explorer un tout petit peu. D'autres considéraient que c'était important que le médecin reconnaisse leur différence mais ne pose pas trop de questions, n'explore pas trop sa vie personnelle par peur de se sentir trop différent. Le but, c'est de reconnaître sa différence sans trop le faire sentir différent. Où est la limite ? Dès le moment qu'il ne précise pas, est-ce que vous considérez qu'il faut encore explorer ? Quelle est la bonne manière ?*

Comme je vous dis, les gens qui viennent pour un contrôle et les nouveaux patients ont une demande plus au moins explicite et puis il y a souvent par derrière un agenda caché, une demande qu'ils font sur le seuil de porte en partant. L'éthique fait qu'on les retient et que l'on parte sur la discussion un moment mais... Non, moi je pense qu'il faut essayer de poser des questions qui n'ont pas l'air trop agressives ou incisives mais... Vous dites des questions qui peuvent paraître neutres qui s'adresseraient à n'importe qui ?! Par exemple : « est-ce que vous avez un désir d'enfant ? » ou des choses comme ça... Ça permet quand même d'en savoir plus assez souvent. Mais... Je n'essaie pas de faire une anamnèse systématique allant jusqu'à savoir leur comportement sexuel, leur nombre de partenaire, etc. Ça c'est réservé à des cas où je me pose sérieusement la question « qu'est-ce qu'il pourrait avoir derrière ? ». Des gens qui viennent des... On nous bassine qu'il faut se méfier de tous les symptômes grippaux et se demander si ce n'est pas une primo-infection au VIH par exemple. Là, ça vaut la peine quand même. De même, comme on demandera à quelqu'un qui a quarante de fièvre et qui revient des Tropiques s'il ne pense pas avoir pris des risques sur le plan, relation sexuelle.

*Donc, en fonction toujours du cas clinique, vous explorez plus ou moins, la sexualité, l'orientation sexuelle ?*

Oui, je pense.

*Ok, j'avais lu des études qui indiquaient que justement, le fait d'avoir un langage neutre, de poser directement la question, enfin d'explorer directement la sexualité ou bien de mettre une sorte de petite affiche disant que le médecin est tolérant facilitait la discussion sur l'orientation sexuelle et la sexualité. Vous en pensez-quoi, vous ?*

Mettre une petite affiche, je ne vois pas très bien. Mais probablement soit par les institutions soit par le bouche-à-oreille. J'ai certainement un nombre d'hommes homosexuels plus grand que d'autres confrères. Et puis... Après, il en y a peut-être que j'ignore. Je vois un certain nombre comme étant soit ouvertement soit comme ayant spontanément dit... Ou en creusant un tout petit peu l'anamnèse, j'ai appris qu'ils avaient des relations avec d'autres hommes avec un éventail assez grand. Il y a des gens qui sont en couple stable depuis fort longtemps et puis, il y a en d'autres, ceux-là qui sont plutôt facilement dans les instances de dépistage : Profa, Checkpoint et compagnies et qui ont des relations assez variables et fréquentes. Ceux-là savent qu'il faut se préserver. Il y a même que je renvoie chez le spécialiste pour savoir s'il faut faire une prophylaxie pré-exposition s'il prend des risques à l'occasion d'un voyage ou je ne sais pas quoi... Mais voilà, avoir un langage... Oui, alors, je pense que poser des questions pas trop agressives et puis de laisser la porte ouverte aux affirmations des gens. Il faut les laisser parler quoi; il ne faut pas, tout le temps, bombarder les gens avec des questions. Semble-t-il les médecins ne laissent pas parler les patients plus de vingt secondes avant de leur couper la parole. Je tâche de faire mieux.

*Mais vous m'avez dit que le « flyer » et l'affiche; vous ne voyez pas ça très utile. Ça sort de la neutralité du médecin ?*

Non mais alors, pouf. Le problème, c'est que l'on est bombardé de trucs à mettre à la salle d'attente. S'il y a de la violence à la maison, parlez-en. Si vous avez des soucis au travail, parlez-en. Si vous avez des problèmes de sexualité, parlez-en. On ne sait pas où on s'arrête. C'est difficile de mettre une grande affiche, arc-en-ciel, en disant « ici, les gays sont accueillis sympa », parmi toutes les autres choses que l'on pourrait afficher.

*J'ai beaucoup d'études qui montrent que les patients souhaitent parler de leur sexualité, aborder leur sexualité mais que souvent les médecins abordent ce sujet rarement.*

Alors, c'est probablement vrai.

*Pour quelles raisons ?*

Je pense que c'est une question de temps, déjà. Euh, c'est une question de non-formation, on ne nous a jamais appris à en parler. C'est une question de peur, éventuellement de choquer ou d'être ressenti comme intrusif, agressif ou jugeant. Je pense qu'il y a pas mal de freins à parler de sexualité avec n'importe lequel des patients que ça soit hétéro, homo... Ça pause... Ce n'est pas forcément facile.

*Ok. Comment réagissent les patients dès le moment que vous parlez de sexualité et d'orientation sexuelle ?*

Comme je vous dis, certains mettent la question de côté en disant qu'ils n'ont pas de problèmes, qu'ils ont un partenaire ou une partenaire et puis on n'arrive pas à savoir beaucoup plus. Puis, on a d'autres qui, justement, saisissent l'occasion pour dire « j'ai peut-être pris des risques. Est-ce que je devrais me tester pour les maladies sexuellement transmissibles ? » ou des choses comme ça. Euh... Moi, je pense qu'en fait les patients sont moins choqués que ce que l'on pourrait penser si on leur en parle.

*Ok, je me répète peut-être un petit peu. Mais pour vous, c'est toujours important de garder cette distance si le patient ne veut pas en dire plus ? Vous vous arrêtez là ?*

Ouais, sauf si on a des doutes très sérieux. J'entends que c'est clair que le type qui vient avec une éruption bizarre, on aimerait bien savoir dans le diagnostic différentiel si vraiment ils ont une vie sexuelle à risque ou pas.

*C'est un peu ma dernière question. Hum, dès le moment que le patient a dévoilé son orientation sexuelle ou sa sexualité, est-ce que vous prenez une attitude différente ?*

J'espère que non. [Appel téléphonique] Alors, c'est clair que les hommes qui ont des relations avec d'autres hommes, j'essaie de savoir un peu dans quel contexte, ils vivent. Est-ce que c'est un couple stable ? Dans ce cas, ça ne pose pas plus de problèmes pour des patients hétérosexuels. Ou est-ce que ce sont des gens qui ont une consommation de relations effrénées et vraiment plus à risque ? Mais en général, ils le savent très bien. C'est ceux-là là, qui m'arrivent par CheckPoint et puis qui vont se faire tester spontanément assez souvent. Le problème, c'est que certains ont beau savoir mais ils continuent à prendre des risques, à ne pas utiliser le préservatif et des choses comme ça. Là, je peux aller avec un certain bout dans la discussion et souvent je les renvoie quand même au spécialiste

pour savoir comment faire au mieux en particulier pour ces histoires de prophylaxie pré-exposition, chimio-prophylaxie, des choses comme ça. Après, bon, je n'oublie pas forcément qu'ils m'ont dit qu'ils étaient homosexuels mais il faut voir. Il y a des patients que je suis au long court pour lesquels l'orientation sexuelle ne joue aucun rôle parce qu'ils ont pas mal d'autres problèmes, pas mal de problèmes de santé qui sont en premier plan. La particularité de leur sexualité ne joue aucun rôle dans leur prise en charge. Il y en a d'autres pour qui, c'est peut-être le motif principal de rencontre médicale, à cause des maladies transmissibles essentiellement. Bon, il y a des côtés parfois, aussi, c'est quand même assez important, psychologiques ou voir psychopathologique, c'est-à-dire qu'il y a quand même une incidence assez grande de dépressifs et de problèmes psychosociaux. Quand je les vois, je les vois pour ça mais discuter de leur situation familiale ou partenariale, c'est important. Certains sont en difficulté au moment où justement un certain nombre d'étayage tombent; ils n'ont plus de ressources dans leur relation.

*Est-ce que vous avez eu un patient ou bien, un vécu avec un patient homosexuel ou qui a une sexualité différente qui vous a marqué?*

Bah, il y en a où je suis un petit peu désespéré parce que, justement, ce sont ceux qui prennent des risques. Je ne sais pas comment faire. Il y en a sur qui j'ai diagnostiqué la syphilis, que j'ai traité pour ça. On a discuté des risques, de comment se préserver. C'est lui qui a justement dit « je pars en vacances à Berlin, je discute de prophylaxie et chimio-prophylaxie pré-exposition ». Ouais, mais il y a peut-être autre chose à faire quand même [à Berlin] ?! Mais bon, j'entends, des gens qui ont des comportements à risque, il y en a dans tous les domaines. Au contraire, j'entends, je soigne les deux partenaires, d'un, si j'ose dire, d'un vieux couple d'hommes qui étaient très discrets et en même temps ne cachait pas qu'ils vivaient ensemble. Mais, ils ressemblaient à un vieux couple hétéro sans que l'on puisse trouver une particularité.

*Ben, voilà. Je ne sais pas si vous avez des questions pour moi?*

Non. Mais quel va être le titre de votre mémoire?

*« Comment améliorer l'anamnèse chez les patients LGB? »*

D'accord. Comment améliorer!? Il faut former les médecins, leur dire que ça fait partie des choses à demander à ses patients.

---

## MÉDECIN B

*Pour vous, quel est l'impact de l'orientation sexuelle et de la sexualité dans la prise en charge médicale?*

Bon, l'impact, je ne sais pas si on peut parler d'impact mais j'aime bien que les choses soient claires dans mon cabinet. Chez moi, les choses sont toujours très claires. Donc, pas la première fois que je vois les gens parce que je ne veux pas, entre guillemets, violer leur intimité mais quand j'ai l'impression qu'ils sont homosexuels que c'est un petit peu, soit avec le déni, soit que ce n'est pas avoué, je pose la question carrément. Et puis, voilà, les choses sont claires, cartes sur table. Ça m'est arrivé d'avoir des choses très émouvantes dans ce cabinet, des coming out. Un a pu enfin se libérer. Je pense que c'est une bonne chose.

*Hum, est-ce que c'est quelque chose que vous posez fréquemment? Quels sont finalement les éléments que vous utilisez pour savoir?*

C'est mon feeling. C'est mon feeling de vieux docteur, mon radar [rire]. Voilà.

*Comment est-ce que vous abordez la sexualité et l'orientation sexuelle, concrètement ?*

Ben, je pose des questions, tout simplement.

*Une question directe ou...*

Non, non.

*Vous explorez la relation ?*

Une relation totalement directe.

*Ok.*

A un certain moment, je leur demande s'ils sont homosexuels, oui ou non, voilà.

*J'avais lu des études qui disaient que le fait d'avoir un langage neutre en terme de relation ou bien le fait comme vous dites de poser la question directement ou à la limite d'avoir des affiches, des « flyers » dans le cabinet montrant une certaine tolérance incitaient davantage les patients à parler ?*

Ça c'est sûr, ça c'est sûr parce que ça doit se savoir d'ailleurs à mon cabinet... Parce que j'ai dû certainement, j'ai toute une série d'homosexuels hommes ou femmes. Ça a dû se savoir dans le milieu parce que, forcément, ils parlent que je suis, un, comment est-ce que l'on dit, un gentil docteur [rire], un gentil docteur qui a plaisir à voir les homosexuels, qui ne les jugent pas. Je dû, je pense, soigner le président des gays lausannois, comme ça. Alors voilà... Pour les femmes, c'est plus difficile. C'est plus caché.

*Vous voyez ça comment ? Le fait qu'elles prennent plus de temps à en parler ?*

Ouais, c'est plus difficile à dévoiler tout ça. Les femmes sont plus... J'ai l'impression que c'est beaucoup plus difficile, c'est plus caché.

*Ok. Mise à part poser la question directement, est-ce qu'il y a d'autres techniques que vous utilisez ?*

Non, non, chacun sa technique vous voyez.

*Ok, dès le moment que vous leur posez la question, comment réagissent vos patients ?*

Très bien, extrêmement bien. Ouais, il y a des moments assez incroyables, ouais, dans la confiance, après ils reviennent, on peut en parler, en rigoler, on peut... Vous savez, après ils reviennent parce qu'ils ont fait quelques petits « écarts ». Alors, je les engueule ; je deviens paternaliste. Je trouve ça très drôle. Je me retiens des fois de ne pas me « poinsser » pour rire parce que je les engueule vraiment comme un... Et puis alors, ils disent « Oui, oui docteur! », c'est assez marrant mais ils recommencent, ça ne fait rien. J'essaie de faire de la prévention, hein, il faut faire de la prévention quand même. Il y a quand même... Avec toutes les maladies sexuellement transmissibles, il faut quand même faire attention.

*Vous m'avez dit qu'ils viennent une fois, ils consultent puis ils reviennent. Du coup, vous abordez un premier temps ou bien vous ré-abordez la question ?*

Une fois que ça a été dit, on peut en sourire. On peut en parler indirectement : « est-ce que vous êtes allé à la « Gay Pride » à Zurich ou à Lausanne? ». J'ai une relation ouverte avec mes patients, totalement naturelle. Alors, voilà. Alors, j'ai un souvenir, d'une personnalité dans ce canton qui fait son coming-out ici et qui est très bien placée. Je savais qu'il y avait la « Gay Pride » à Lausanne. Donc, je lui ai demandé s'il allait à la « Gay Pride » à Lausanne. « Mais non, docteur, je ne vais pas à Lausanne mais à Zurich! », [rire]. On a pu en rigoler, voilà, on en rigole, on en fait pas un tabou. On parle naturellement.

*Et puis, est-ce que vous posez d'autres questions plus spécifiques dès le moment que la personne a fait son coming out ?*

Ah oui, j'essaie quand même de dire que, voilà, n'importe quelle sexualité, l'important est d'être heureux dans la vie mais après il faut se protéger, là-dedans il y a quand même de la prévention.

*Vous faites toujours de la prévention ?*

Ah ouais, ça c'est important. Ça c'est hyper important.

*Durant mes autres entretiens avec les patients, il y avait quelque chose d'assez intéressant qui revenait assez souvent. Chez beaucoup de patients, pour eux c'était important que l'on reconnaisse leur homosexualité et leur sexualité différente sans qu'ils se sentent différents, sans que l'on n'explore pas trop. J'allais vous demander quand est la limite de poser beaucoup de questions sur la sexualité.*

Une fois que c'est clair, c'est bon. Je ne vais pas commencer... Après dans les détails, ça ne me regarde pas. Chacun fait ce qu'il veut.

*Donc, qu'il en parle et faire de la prévention ?*

Voilà, exactement.

*Ok. Et puis, il y avait encore une autre chose qui était intéressante par rapport à la littérature, c'est que beaucoup de patients souhaitent parler de leur sexualité avec les médecins mais très peu de médecins en parlent.*

Ouais, c'est vrai, surtout notre génération. Notre génération des babies boomers. On est bientôt sur la fin. Hum, c'est vrai que lorsqu'on lit la littérature médicale, vous avez raison, on devrait faire beaucoup plus d'anamnèse sexuelle. De manière générale, c'est vrai que l'on ne le fait pas toujours. Moi je le fais lorsqu'on m'induit le problème, de façon directe ou indirecte, alors là, j'explore. C'est vrai que l'on est soufflé de voir le vide émotionnel des gens même des jeunes. C'est incroyable!

*Vous dites que les personnes vous induisent mais comment est-ce que vous le remarquez, ça ?*

Ben qu'ils m'induisent, qu'ils ont, qu'ils viennent, ils sont déprimés, ils ont un problème et que c'est un problème sexuel ou relationnel ou en relation avec la sexualité.

*Ça peut être pour eux une technique...*

Ça peut être pour eux, ça peut être pour leur partenaire, voilà quoi.

*Ma dernière question, est-ce que vous avez eu un patient ou bien une consultation dont vous vous souvenez qui vous a beaucoup choqué? Enfin, dont vous vous souvenez plutôt ?*

Souvenir oui. C'est le coming out de ce fameux patient qui est une personnalité dans ce canton et qui en avait jamais parlé. C'est vrai que c'était très émouvant. Quand j'en pense encore maintenant, ça me donne de l'émotion parce que c'était un grand moment d'intimité.

*C'est vous qui avez exploré ?*

Oui, c'est moi, après la deuxième - troisième fois qu'il venait. Et puis après, voilà... Peut-être est-ce que je le sens, peut-être, voilà, avec l'expérience, la possibilité de chacun, on sent les choses. Des fois on peut se tromper j'imagine mais là, ça avait été quelque chose d'extraordinaire, ça c'est sûr, un grand moment, d'ailleurs il vient de loin maintenant et il vient toujours chez moi.

*Je ne sais pas si vous avez une question pour moi?*

Non. Vous même vous êtes homosexuel ?

*Oui [rire].*

J'ai pensé, comme le sujet vous intéresse...

---

## MÉDECIN C

*Ma première question est pour vous de savoir quel est l'impact de la sexualité et de l'orientation sexuelle dans l'anamnèse ?*

Alors, j'ai accepté de vous voir parce que c'est un sujet qui n'est pas forcément facile. Quand on fait de la médecine, il est vrai qu'il y a des sujets qui nous paraissent plus importants et tout. Puis, plus on avance, plus on est à l'aise avec certains sujets, plus on va vers des sujets qui nous posent problème. Alors, tout d'un coup, on s'intéresse à l'alcool, après, l'arrêt du tabac et puis, là, au congrès auquel je suis allée, à quelque chose sur la sexualité, parce que je me rends compte que c'est un sujet que je n'aborde pas souvent, d'une manière générale, pas forcément facilement. Alors maintenant, j'essaie de poser la question. Après, c'est vraiment, par exemple, bon ben là on parle plus d'orientation sexuelle, mais c'est vraiment, quand quelqu'un vous dit « les hommes qui ont des problèmes d'impuissance et quelque chose comme ça », c'est d'y répondre. C'est toujours le problème quand on ne se sent pas très à l'aise pour y répondre ou qu'on n'a pas de solutions à proposer. On a tendance à éluder le sujet si on ne nous y amène pas, bien évidemment. Pour ce qui est de l'orientation sexuelle, je ne la pose pas toujours. Parfois je demande s'ils vivent plutôt avec une compagne ou un homme selon si je me pose la question ou en fonction des pathologies mais c'est vrai que ce n'est pas systématique. Aussi toujours, avec le questionnement de comment c'est perçu. Si vous demandez... Mais après... Peut-être je pose si ça me semble avoir une utilité dans le diagnostic, dans les choses comme ça.

*Une utilité médicale ?*

Une utilité médicale, je pense que c'est actuellement ce que je fais. Après, je pense... Ça n'empêche que je pourrai élargir et poser systématiquement.

*Ça va être ma question. Qu'est-ce qui...*

Me retient ?

*Non, qu'est-ce qui vous motive au contraire ? Qu'est-ce qui vous motive ? Il n'y a que le critère médical ou il y a d'autres éléments qui peuvent vous inciter à poser ce genre de questions ? Souvent j'avais le cas de beaucoup de patients qui essayaient d'être peu spécifiques sur leur vie personnelle pour essayer d'induire leur médecin qui leur questionne. Je ne sais pas si vous avez remarqué de stratégie comme ça ?*

Ils essaient de pas trop dire pour voir si on s'intéresse ?

*Pas trop dire ou essayer de rester très...*

Vague ?

*Ouais. Je ne sais pas si vous avez remarqué des stratégies ?*

Je n'ai pas fait attention.

*Ok [rire].*

Mais c'est intéressant; je ferai attention. Non, je n'ai pas fait attention à ça. Peut-être... Mais, c'est probablement ma gêne à moi, parfois je me dis comment... Si je pose la question à quelqu'un « est-ce que vous êtes hétéro? Est-ce que vous êtes homo? Est-ce que vous êtes... Euh... Voilà... Un peu... », je me dis comment la personne perçoit ça « pourquoi il pense que je pourrais être ou pas? ». Donc, c'est toujours un peu le... Une espèce d'inconnu, une peur d'être mal comprise dans mes questions alors que d'autres je ne me pose même pas la question. C'est probablement ma gêne à moi qui me limite.

*Parce que quand vous abordez ce genre de thématiques, vous posez vous directement des questions ou bien vous avez d'autres stratégies ?*

Alors, des fois, on essaie d'être un peu indirect, justement, enfin, de ne pas être... « Vous vivez en couple? Oui... Vous êtes un couple marié, pas marié? Plutôt du même sexe ou pas? ». Mais c'est quand même toujours assez direct.

*Pour vous ça marcherait mieux si c'était, comment dire, moins direct et moins brusque ou bien c'est mieux confronter une personne ?*

Ben, c'est mon questionnement, en fait. Je n'ai pas la réponse. Je ne sais pas ce qui est mieux. J'ai toujours peur, parce que c'est vrai qu'il y a des gens qui sont très ouverts et d'autres pas. Peut-être si vous êtes avec quelqu'un qui n'est pas très ouvert, que vous allez lui suggérer que peut-être je pensais qu'il est homosexuel, il pourrait mal le prendre, par exemple. C'est un sujet sensible. En soi, après moi, ça ne me pose pas de soucis. Je trouve que c'est même plus facile lorsqu'on le sait parce que, ben voilà, il n'y a pas cette espèce de questionnement qui reste en suspens du patient qui dit « je reste un peu vague pour voir s'il me posera la question ou pas ».

*Pour vous c'est utile de connaître l'orientation sexuelle? Pour la prise en charge, est-ce que c'est important?*

Je pense quand même. Déjà par rapport aux ressources. Par rapport, ben déjà, c'est plus si c'est un couple stable, si c'est... Mais même peut-être, c'est la même chose pour une personne qui est



hétérosexuelle, s'il a une vie stable en couple ou s'il va butiner à droite et à gauche, on va avoir un contexte différent, on va avoir des potentielles maladies différentes. Donc, finalement, ce n'est pas tellement l'orientation, c'est le mode de vie qui changerait quelque chose.

*Qui est important pour la prévention?*

Voilà. Ça peut être des homosexuelles qui vivent en couple et qui ont une vie très fidèle, tandis que d'autres beaucoup moins. Dans les hétéros, c'est la même chose. C'est plus la façon de fonctionner.

*J'ai encore une question un peu difficile. Quand j'ai fait des entretiens avec les patients, tout le monde me disait qu'il était important que le médecin reconnaisse leur différence, dans le sens qu'il soit en courant de leur homosexualité mais pour eux, c'était important de ne pas se sentir différent, c'est-à-dire qu'il fallait qu'ils posent la question sans poser trop de questions pour qu'ils ne se sentent pas à part. Ma question est de savoir où se situe la limite?*

Vous dites par rapport à l'orientation du médecin?

*Non par rapport à l'orientation du patient. Si vous voulez pour le patient, il est important de communiquer au médecin qu'il a une orientation sexuelle différente mais en même temps il ne veut pas se sentir différent par rapport à un autre patient.*

Oui, c'est là que c'est difficile. Dans les deux cas, je ne sais pas comment résoudre ça. J'y ai pensé d'autant plus... J'y ai réfléchi. Il faudrait être soi mais en même temps ce n'est pas un sujet un peu chaud. Dans les journaux, on voit, la présidentielle... Enfin, ça sort... Ce n'est pas... Tout ce qui est de l'ordre de la sexualité, c'est quand même quelque chose qui est un peu chaud. Après, d'être complètement naturel, ce n'est pas facile. Je pense que si on est très à l'aise soi-même, peut-être, on est plus à l'aise dans ces questionnements. Mais ce n'est pas hyper facile. Mais comme vous dites, poser la question... Mais je pense quand même, que si soi-même, on a une grande ouverture d'esprit et que l'on est non jugeant, on peut poser la question de manière moins non-jugeante. Si on a un a priori, en étant homophobe, ça va être difficile de poser la question très naturellement, j'imagine.

*D'ailleurs, c'est quelque chose qui m'avait aussi un peu perturbé. J'ai lu dans beaucoup d'études que les patients souhaitaient de manière générale, parler de leur sexualité mais les médecins avaient plus de peine. Vous m'avez parlé de cette gêne. Qu'est-ce qu'on pourrait faire finalement pour que les médecins aient plus de facilité à en parler ? C'est un problème de formation ou bien ?*

C'est pour ça que je suis allé au colloq, il y a l'autre jour. C'était à Montreux et puis, ils parlaient de l'impuissance. Et c'est un problème vraiment fréquent chez les hommes à partir de 50 ans. Il y a vraiment une nette baisse de la puissance et tout sorte de trouble, du au stress, à la fatigue, à l'âge. Et... En fait, je me rends compte que je ne sais pas tellement comment prendre en charge ce problème. Si un homme de 50 ans me dit « écoutez, j'ai de la peine », il nous a bien expliqué que le viagra n'était pas la panacée, il faudrait plutôt proposer une thérapie, ben oui, avec un psychologue ou s'impliquer dans la thérapie. Alors, moi je ne sais pas... Ben... Comment s'impliquer personnellement... [Rire]. Mais euh, voilà, proposer des exercices, voilà. Il faudrait référer. Dans les urologues, à Lausanne que je sache il n'y a que Dr Wizard qui s'occupe des troubles sexuels mais d'une manière, à mon avis, très, justement, injections, pilules. Je pense que c'est souvent des problèmes de confiance, des problèmes de couple. On rentre dans des choses qu'il faut après pouvoir assumer. Puis, peut-être comme vous dites, des fois, je ne me sens pas assez formée ou

assez à l'aise pour donner une réponse au patient et ne pas lui dire « ah bon, bon c'est embêtant. Prenez du viagra! » [rire] alors que je sais que ça ne va probablement rien changer. Ça dépend du contexte. J'avais un de mes patients qui m'a raconté ça, j'ai bien vu qu'il y avait une perte de confiance et puis que c'était juste une question... Voilà, il en a pris et puis ça a suffi. Mais souvent ça ne suffit pas. Mais, c'est vrai qu'il faut savoir ce qu'il faut faire après. Après, il y en a certains qui prennent au long court et puis ça marche. J'ai deux trois patients qui ont fait ça et ça peut marcher mais quand il y a des problèmes plus difficiles, c'est des fois... On rentre sur des sujets qu'il faut après gérer derrière.

*Hum, il y a aussi des études qui disaient comme vous faites, que poser la question directement ça peut aider à parler de la sexualité, le fait aussi d'avoir aussi un langage neutre concernant l'orientation ou bien le fait de mettre des affiches, des « flyers » dans la salle de consultation qui permettaient, qui montrent que le médecin est un peu tolérant aiderait justement aux patients à parler de leur sexualité et de leur orientation sexuelle. Vous en pensez quoi vous ? C'est une bonne chose ? Il y a d'autres choses ?*

Non, je pense que ça peut être une idée, effectivement, le fait... Le problème c'est la qualité des « flyers ». Vous avez pas mal de boîtes pharmaceutiques qui font des « flyers » ... Pour l'orientation, je ne sais pas, si les associations proposent des « flyers » d'information que l'on puisse mettre dans la salle d'attente. Je ne me suis jamais renseigné mais ça ne m'a jamais été proposé non plus.

*C'est quelque chose que vous pourriez mettre ?*

Oui mais on en a en salle d'attente. De temps en temps, je vais triller, parce qu'il y a tout le temps des choses dessus mais on pourrait tout à fait mettre que voilà... Je pense que s'il y a des « flyers », ça signifie que l'on peut plus facilement en parler et puis que c'est un sujet, voilà, effectivement. Après, je ne sais pas s'il y en a.

*Je voulais encore vous demander. Lorsque vous parlez de sexualité avec vos patients, ils réagissent comment ? Est-ce qu'ils se ferment ou bien ils sont plutôt contents ? Ça change ?*

Ça dépend. Mais, c'est marrant parce que, quand je réfléchis, je me rends compte que finalement, avec les femmes, je parle très rarement de sexualité. Avec les hommes, oui, de temps en temps, à cinquante ans lorsqu'on fait des checkups, je pose la question et puis... Euh... Ou à partir de cinquante ans... Euh, lorsqu'on fait l'anamnèse systématique : « puis au niveau sexuel, ça joue ? Vous avez toujours des rapports ? Êtes-vous satisfait ? », puis je pose, voilà. Donc de temps en temps, ça se soulève. Mais c'est vrai que je ne pose pas cette question aux femmes.

*Vous n'êtes pas la première personne à me dire ça.*

Parce que je me dis c'est le gynécologue qui s'en occupe. Je ne suis pas sûre [rire]. Quand moi je vais au gynécologue, il ne me demande jamais. On se renvoie la balle à mon avis. Et puis, les hommes, on se dit que c'est l'urologue. Puis, l'urologue, c'est un pose tube et puis, il fait... C'est vraiment... C'est une spécialité. Donc, c'est très...

*C'est fréquent que les hommes aillent voir les urologues, par pure curiosité ?*

Oui pour la prostate. A partir de 50 ans pour la prostate. Donc là, ils vont presque tous une fois chez l'urologue parce que souvent la prostate embête et puis c'est vrai que le toucher rectal est bien

gentil mais ce n'est pas suffisant parce qu'on a que le bout de la prostate. Le PSA est un mauvais test. Moi, j'ai tendance à les envoyer, s'il y a des symptômes chez l'urologue. On fait une échographie, une débimétrie s'il le faut et puis, des examens techniques, puis on voit où on est. Maintenant que l'on a tous ça, c'est un peu difficile de dire, je fais juste un toucher rectal, je trouve.

*Ok, euh. Dès le moment qu'un patient vous parle de son orientation sexuelle ou bien de sa sexualité, vous vous passez à autre chose ou bien vous approfondissez le sujet ? Comment est-ce que vous réagissez, à ça, à cette situation ?*

Euh, je pense que ça dépend le contexte. C'est toujours, si on a l'impression que ça fait partie du problème pour lequel il vient nous consulter, on pose deux ou trois questions : « vous êtes en couples ? » ou bien « vous avez des relations multiples ? ». Si ça ne semble pas être le nœud du problème ou la question pour laquelle il vient, bah pas forcément.

*Il faut vraiment qu'il y ait des signes médicaux qui vous permettent de vous orienter ?*

Pas forcément médical. Mais, c'est vrai que l'impression que j'ai dans toute consultation. On se donne la peine de prendre rendez-vous parce qu'on a une question ou deux ou trois, et puis on voudrait des réponses à ces questions. J'essaie de sonder, de voir pour quelles raisons, ils ont pris la peine de venir me voir et parfois d'attendre dans la salle d'attente et de répondre à ces questions. Et après, des fois, pour y arriver, ce n'est pas toujours comme ça, évident. Ce n'est pas toujours énoncé clairement. Donc, c'est une question cachée. On fait petit peu tous les systèmes et si j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui se joue là, ben je poserai plus de questions. Puis, si ça n'apparaît pas, ben non.

*Vous revenez à la fin, après, avec ce thème, dès le moment que vous avez sondé une fois ou bien ?*

Quand je fais mon résumé de consultation, je... En général, quand je fais ma consultation, moi je commence et puis j'essaie de faire sortir toutes les questions. J'ai des questions ouvertes : « vous êtes venus pour quoi ? Il y a peut-être quelque chose ? Est-ce que vous voudriez rajouter encore quelque chose ? ». Je fais ressortir comme ça tout pour qu'à la fin, j'arrive et on ne me dise pas sur le pas de porte : « en fait docteur, je voulais vous dire... » et c'est le sujet principal. Donc, je dirai que ça m'arrive quasi jamais en pratiquant comme ça. Donc, si en faisant comme ça, j'ai l'impression qu'il se joue quelque chose au niveau de... Je ne sais pas mais j'ai une de mes patientes qui était une jeune fille et qui maintenant est un jeune homme transsexuel et le malaise était là. Ben, c'est vrai que l'on avait parlé quoi, parce qu'elle se faisait des soucis au moment de la puberté et là, elle s'est transformée. Donc voilà, on va creuser le sujet. Autrement si je n'ai pas l'impression c'est vrai que souvent il y a déjà bien assez de sujet. Donc, je ne vais pas forcément. Puis, je ne le ramène pas dans le résumé à la fin. Dans le résumé, je dis : « bon, ben, vous m'avez dit que vous avez ce soucis numéro un, on a pris cette décision ensemble de faire ça, ça et ça ; ça joue. Le deux, ok... » puis à la fin « est-ce que c'est ok pour vous ? Vous avez des questions ? ». Ok, d'accord. Ben, c'est parfait.

*Est-ce que vous avez des questions pour moi ?*

Non. Mais je serais intéressée d'avoir un retour de votre travail.

*Je voulais savoir comment faisait un peu les médecins généralistes pour aborder ce sujet. J'ai fait des entretiens avec des patients et je voulais compléter un petit peu avec.*

Alors ! Ça dépend déjà de l'âge du patient ; ça c'est clair. Pour une personne très âgée, ça sera peut-être plus focalisé sur la sphère urinaire ou s'il y a une demande. C'est vrai que pour le patient, à partir de 70 ans, c'est parfois eux qui demandent, c'est eux qui viennent sur le sujet et qui demandent tout d'un coup « est-ce que vous n'auriez pas un viagra ou quelque chose parce que j'ai des baisses de l'érection? », des choses comme ça. C'est vrai que je ne vais pas forcément directement demander comment ça se passe sexuellement à un patient à partir de septante ans. Avant, ben c'est clair que dans l'anamnèse, au sein de l'anamnèse, cardiovasculaire, respiratoire, digestive, ensuite orthopédique puis on arrive sur l'urogénitale et puis là, généralement, je leur pose la question s'il y a un problème particulier en ce qui concerne les rapports sexuels et puis on aborde souvent, de manière naturelle et aussi par rapport aux maladies vénériennes, s'ils se protègent et etc. Je pense que ça fait vraiment partie en fait de l'anamnèse en fait ; c'est quelque chose d'important.

*Mais vous le faites... Donc, ça c'est plutôt des questions qui seraient plutôt discutées avec des personnes plus jeunes ou des personnes âgées. Vous faites une différence si je comprends bien ?*

Oui, à partir de septante ans, c'est vrai que j'y pense même pas en fait quoi. Aborder ce problème sexuel à part si j'ai un appel particulier du patient lui-même, en fait.

*Est-ce que vous diriez que c'est utile de le faire dans chaque anamnèse ? Est-ce que l'utilité est justifiée ?*

Je pense que c'est, à mon avis, indispensable dans, par exemple, le check-up ou quand je vois pour la première fois un patient. Ça fait partie vraiment intégrante, à mon avis, rien déjà s'il faut ré-aborder quand même le fait de se protéger quand on a des rapports ou voilà. Donc je pense que c'est quand même quelque chose d'indispensable pour une première [consultation], euh, quand on ouvre un dossier, euh peut-être ou quand le patient vient faire un check-up.

*Vous m'avez dit que vous parliez de sexualité en vous intéressant aux maladies vénériennes et à la sphère urogénitale, est-ce qu'il y a d'autres techniques que vous utilisez pour aborder la sexualité et l'orientation sexuelle ?*

Oui, par exemple, chez les femmes, je vais leur demander si elles ont une mycose vaginale et là, ça permet d'ouvrir le sujet et le faire par ce biais-là. Si elles prennent la pilule, voilà, etc. Ce sont deux biais chez les femmes. Enfin biais... Ce sont deux chemins que je prends pour aborder, pour entrer dans le sujet.

*Et par rapport à l'orientation sexuelle ? C'est à partir de là ?*

Alors, c'est à partir de là et là, ça sort généralement assez facilement où le patient me parle, si c'est un homme, va me parler de son ami ou une femme de son ami. Donc, là, quand on a la confiance du patient pour parler en fait de la sphère sexuelle, je trouve que ça sort assez facilement. Ou alors, par exemple, j'ai des patients que je suis depuis assez jeunes - je ne sais pas depuis l'adolescence ou comme ça - qui, tout d'un coup à un moment donné, ont besoin d'en parler et puis ça sort à ce moment-là.

*Vous identifiez comment ce moment d'en parler ? Est-ce qu'il y a des signes ? Est-ce qu'ils font quelque chose ?*

Ça peut être. Oui, ça peut être un état dépressif qui est dû à un problème conflictuel dans la famille. Ça peut être un problème avec l'ami lui-même, par exemple, qui met en fait ça sur la table.

*J'ai différent-e-s patient-e-s qui me disait justement qu'ils essaient de, qu'ils élaboraient une stratégie dans laquelle ils restaient très nuancé-e-s pour essayer d'inciter le médecin à poser la question. C'était beaucoup plus agréable que le médecin pose la question. Alors, je ne sais pas si vous avez des situations.*

Alors, je pose souvent des questions ouvertes, hein, je veux dire « ... et votre ami ou votre amiE... » et puis, le patient à ce moment-là me corrige.

*Vous parliez un moment donné de confiance. Vous faites comment pour créer cette confiance ?*

Moi, je pense que la chose la plus importante pour traiter un patient et pour être efficace au-delà de toute médication, au-delà de tout, c'est de créer l'alliance. Donc pour moi c'est très important au début de créer l'alliance en posant des questions ouvertes, en ayant une attitude, une approche empathique, en laissant le patient parler. Donc le patient, vraiment, en l'écoutant. C'est clair que lorsqu'on fait une anamnèse, on pose des questions fermées mais si on voit qu'il y a un problème et moi je m'arrête souvent à la sphère psychique, le travail, la famille pour mieux connaître le patient, quel est son entourage, comment ça se passe à la maison, comment ça se passe au travail, etc. Donc, euh, là, ça crée souvent... Le patient se sent écouté, il se sent compris ; l'entretien motivationnel quoi. Je fais de l'écoute active. Donc, il peut se rendre compte que j'ai bien compris ce qu'il m'a dit. Il faut que ça soit vraiment réciproque et le patient, c'est lui-même son expert. Donc, il est expert de lui-même. Donc, je lui fais sentir. Je peux par exemple lui demander « quand est-ce que vous avez envie que je vous revoie ? », sans imposer un rythme particulier à moins que je doive vraiment le contrôler pour une raison X, Y et Z. Donc là, ça lui rend pas mal son autonomie et le fait qu'il décide qu'il soit partie prenante et qu'il décide pour une partie de son traitement ou de son suivi, généralement ça crée une alliance forte.

*Hum, j'avais lu dans des études. Enfin, vous m'avez déjà dit que le fait d'avoir un langage neutre par rapport aux relations, mais aussi de poser directement la question voir même d'avoir de petits « flyers » dans la salle d'attente qui montrent une certaine tolérance du médecin par rapport à l'orientation sexuelle facilitait la discussion sur la sexualité et l'orientation sexuelle, vous en pensez quoi ?*

Moi, je pense alors que l'histoire du « flyer » est une bonne idée mais je n'ai pas connaissance de ce « flyer ». Je trouve que c'est une bonne idée parce que, pourquoi pas, justement. C'est vrai que ça pourrait permettre... Enfin, l'idée pourrait émerger qu'en fait il y a une grande ouverture et que justement on peut en parler, euh, facilement. Poser comme ça la question, euh, de but en blanc, moi, je ne le sens pas. Ça ne veut pas dire que ça ne marche pas mais moi-même, je ne le sens pas vraiment. J'aurais peur de choquer le patient, certains patients qui ne sont pas prêts à que je leur pose la question comme ça. En faisant, quand même la question, j'ai certains patients qui sont très féminins, mais vraiment très féminins ou même certaines autre personnes disent « oh voilà, il est sûrement homosexuel » et qui sont vraiment très hétérosexuels et d'autres patients qui sont très masculins, très virils et qui sont homosexuels. Donc, c'est... Je me sentirais mal de poser cette

question à un homme qui a une part féminine et qui en fait est hétérosexuel ou bien alors, voilà, si je lui dis « mais quelle est votre orientation sexuelle ? », je ne saurais pas comment poser cette question quoi. Je serais assez empruntée quoi.

*C'est vrai que c'est aussi quelque chose que je retrouvais souvent chez les patients, qui étaient assez difficile parce qu'ils souhaitaient qu'ils puissent communiquer leurs comportements sexuels, leurs orientations sexuels à leur médecin - donc qu'ils puissent le dire - et que en même temps, le médecin fasse ne les fasse pas sentir différent en explorant trop. Je me demande qu'elle est la limite entre poser des questions sans trop poser des questions ?*

Une des manières que j'ai, c'est « comment sentez-vous dans votre sexualité ? ». C'est très neutre et c'est ouvert. Donc, s'il veut, il prend la perche et il va plus loin. Et puis, il m'explique et peut-être à ce moment-là, je peux faire un reflet ou comme ça de ce qu'il me dit pour qu'il aille plus loin ou alors il ne prend pas et ce n'est peut-être pas le moment tout simplement quoi.

*Donc l'idée, c'est d'avoir une question ouverte et que ensuite le patient...*

Prend ou pas. Comme ça, il n'est pas choqué, il peut prendre ou ne pas prendre et voilà. Il sait que moi je peux parler de ce sujet là et donc il peut revenir quand ça sera le moment s'il en a l'envie.

*De manière générale, comment est-ce qu'ils réagissent les patients lorsque vous parlez de sexualité ou bien d'orientation sexuelle ?*

Bien, généralement, ils sont très contents de pouvoir en parler. Certains, juste l'effleure parce que ce n'est pas quelque chose qu'ils ont envie de partager. Mais simplement voilà, ils viennent pour un autre problème mais ils parlent « mon ami, etc. ». C'est clair, ils veulent que je sache qu'ils sont homosexuels mais, il n'y a pas de problèmes ou disons qu'ils n'ont pas envie de parler forcément de ça. Et puis, il y a des fois où justement, on parle de problèmes posés par l'homosexualité parce que ça leur pose un problème dans leur vie.

*Une fois que vous savez qu'un patient a une orientation sexuelle différente ou bien des comportements sexuels différents, est-ce que la consultation change au niveau de l'anamnèse? Est-ce que vous explorez plus de choses ? Moins de choses ?*

Non, je pense que c'est identique. Je laisse toujours dans un coin de ma tête que peut-être ce patient aura plus de problèmes au niveau de l'intégration ou est-ce qu'il aurait peut-être des problèmes avec la famille ou je ne sais pas. Si on n'en a pas discuté, euuuuuh, je me dis que peut-être une fois, s'il y a des problèmes (des fois, il n'y a pas du tout de problèmes), euh. Mais encore, je dis ça, mais c'est un peu comme les autres.

Ok.

Je vais faire une anamnèse sur les maladies sexuelles transmissibles comme avec quelqu'un d'autre.

*Ma dernière question, hum, il y a beaucoup d'études qui montrent que les patients souhaitent parler de sexualité mais les médecins abordent rarement, enfin peu souvent ce sujet. Comment pourrait-on expliquer ça ? Est-ce qu'il y a un problème de formation ?*

Ah, je pense que dans la tête de beaucoup de monde, il y a encore une sorte de tabou malgré qu'il y a des films pornos partout, que la pornographie même dans la publicité, il y a des appels dans tous

les coins, etc. Que... L'on a une sexualité plus au moins libérée... Mais il reste toujours, quand même, cet aspect, un peu voilà, tabou de la sexualité et puis je pense qu'il y a beaucoup de médecins qui ont peur justement de choquer le patient si on va parler de la sexualité, c'est vraiment la sphère la plus intime du patient et puis « Mon dieu, quelle horreur ! » si voilà. Je pense que si on l'aborde de manière, voilée, dans l'anamnèse de manière générale, que ça suit une autre question, euh, ben voilà, moi je pense que... J'ai même des patients qui m'ont dit « oh lalala, bon, moi ça fait vingt ans que je n'ai plus eu de rapports, voila, mais ça ne me manque pas ». Je veux dire, c'est quelque chose, c'est une question qui pour moi fait partie de l'anamnèse. Mais, je pense qu'il y a pas mal de médecins qui l'éluent parce que, voilà...

*Ça ne peut pas être toujours facile. Voilà, je ne sais pas si vous avez une question pour moi.*

Oui, qu'est-ce qui vous a fait choisir ce sujet que je trouve intéressant par ailleurs?

*Euh, je voulais faire un travail de Master qui soit un peu en psychosocial et dans beaucoup de cours, c'était écrit qu'il fallait poser des questions sur l'orientation sexuelle et la sexualité. Je me suis dit que ça serait important de voir comment les médecins font.*

Je trouve que c'est très bien.

---

## MÉDECIN E

*Une question un peu général, quel est l'impact de l'orientation sexuelle et de la sexualité dans la prise en charge médicale ?*

Orientation sexuelle, ça veut dire homosexuelle, hétérosexuelle, c'est ça ?

*Oui des préférences au niveau de comportements sexuels et puis une attirance sentimentale pour des gens différents.*

« Quel est l'impact », donc une question très général et très ouverte. Quel est l'impact dans la consultation. Bon, je dirais, on parle beaucoup de sexualité dans une consultation de médecine générale. C'est quand même un thème fréquent. Je veux dire, dès que vous avez une infection urinaire ou quelqu'un... J'ai un monsieur tout à l'heure qui a des brûlures urinaires on lui demande ce qui s'est passé, il y a eu... Je veux dire, ça fait partie vraiment de l'anamnèse. Donc maintenant, c'est l'anamnèse générale l'impact de l'orientation sexuelle. Evidemment je pose toujours une question très générale au départ parce que la question « j'ai une brûlure en urinant », « bon qu'est-ce qui s'est passé ? Est-ce que vous avez eu des relations sexuelles non protégées ? » et puis... Euh... Après, dans certain nombre de cas, on focalise. Moi je connais assez bien mes patients donc je sais en général s'ils sont homosexuels ou hétérosexuels. J'ai des changements d'orientation aussi. Donc, ça aussi un impact assez important. Je dirais, par rapport à l'impact affectif, qui est le mien, ce que je trouve le plus difficile, c'est lorsqu'un homme marié avec des enfants, tout d'un coup, part dans une autre orientation sexuelle. Je suis souvent le médecin traitant de toute la famille. Ça implique des changements qui sont... Je vis ça avec le patient. Pour moi, ça... Là, ça a un impact, si vous parlez en termes d'impact. Impact, ça ne veut rien dire, c'est un terme général. C'est plutôt l'impact affectif pour moi qui suis toute une famille et puis tout d'un coup. Ou bien, j'ai une jeune femme aussi qui est venue un jour en me disant que voilà, maintenant elle vivait avec une femme alors qu'elle avait un copain. Elle a largué son copain et elle s'est mise avec cette femme. Elle y est toujours d'ailleurs.

Et puis ça implique, pour le médecin de famille, la maman qui débarque, qui veut comprendre qui veut savoir. Ça, ça implique une charge. Pour l'anamnèse classique des pertes ou de dysurie, je dirai que ce n'est pas tellement là qu'il y a un impact important parce que finalement, on peut attraper une chaude pisse avec une femme. Donc l'orientation sexuelle n'est pas si importante que ça. Mais l'orientation sexuelle, l'impact, je le vois plutôt là. C'est dans les moments ou bien chez l'adolescent, avec les parents chez le médecin traitant.

*C'est toujours la famille, puis les proches qui ont plus d'impact pour vous ?*

Directement ou indirectement ! Oui, en terme d'impact, c'est-à-dire de ce que ça va mobiliser comme énergie et comme activité chez moi. Par exemple, il y a l'incertitude d'un choix sexuel « est-ce que je suis homosexuel ou hétérosexuel », « je suis attiré par les hommes mais pour l'instant je suis marié », c'est ce genre de chose. Ça, ça veut dire que l'on fait un arrêt sur image et puis on dit voilà, un truc important, je pense que ça vaut la peine que l'on en discute. On donne un rendez-vous d'une heure demain soir ou je ne sais pas quoi. Ça implique que...

*Donc vous programmez une consultation, justement pour pouvoir discuter ?*

Ouais, ouais, pour comprendre, je veux dire, qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce que ça veut dire. Mais je veux dire, pour les gens et ça vaut la peine de les écouter. Je pense à cette jeune femme par exemple qui tout d'un coup à changer d'orientation sexuelle, ce qui, pour elle c'était une évidence qu'elle aimait maintenant les femmes ou qu'elle aimait cette femme mais maintenant par exemple elle me dit toujours « je ne veux pas ». Disons, elle l'a dit à sa mère, elle l'a dit à sa famille etc. mais elle ne l'a pas dit à ses collègues de travail. Donc, elle conserve une certaine honte. On a discuté de ça lors de la dernière consultation, qu'est-ce que ça veut dire cette honte, pourquoi, comment vous vivez ça, expliquez-moi. C'est ça que ça mobilise.

*Donc, il y a un besoin justement de comprendre ce qui s'est passé ? Vous m'avez dit au début que, enfin, pour aborder souvent ce genre de thématique vous passez par l'anamnèse sexuelle, dans le sens que vous demandez s'il a eu des relations sexuelles...*

Non, non. Vous avez demandé. Votre question était l'impact de la sexualité et de l'orientation sexuelle. Je vous ai d'abord répondu que l'impact de la sexualité est grand parce qu'on en parle souvent. Les messieurs en parlent souvent, encore aujourd'hui. C'était très rigolo. Je vous donne simplement l'exemple d'aujourd'hui. Le nombre de personne qui m'ont parlé de sexualité. C'est un monsieur qui est veuf. Il a septante ans. Il est venu pour la Blécherette, faire l'examen de la Blécherette. Puis, tout d'un coup, il rougit spontanément. Qu'est-ce qui lui arrive? Il dit « ah, j'ai un truc. Je suis un peu mal à l'aise de vous le dire mais je vais quand même vous le dire. Voilà, j'ai une nouvelle copine ». On est parti sur la nouvelle copine et puis voilà, il n'arrivait pas à avoir des érections qui tiennent. On a discuté sexualité, on a discuté viagra et il est parti avec une prescription de Cialis. Donc, la sexualité est un thème fréquent. Mais ce n'est pas votre question de recherche. Votre question de recherche, c'est l'orientation sexuelle ?

*Oui et la sexualité. Enfin entre les deux. Moi, je voudrais savoir comment vous abordez ce genre de thématique ? Comment vous faites pour parler d'orientation sexuelle et de sexualité avec les patients ?*



Il y a eu un grand changement, c'est l'apparition du viagra, hein, ce qui nous met très à l'aise. Alors, d'abord, les mâles se mettent à parler de leur sexualité ce qu'ils ne faisaient pas avant le viagra parce qu'on a parlé du viagra dans la presse. Je pense que tous les médecins généralistes vous diront que le viagra a clairement changé les choses. Les hommes n'osaient pas en parler. Tandis que maintenant, bon ce monsieur était un peu mal à l'aise, un peu rougissant ce matin mais il m'a parlé du viagra.

*C'est de lui que c'est venu ?*

« Qu'est-ce que je peux faire, j'ai entendu dire qu'il y avait du viagra ? ». Bon, ben, on va discuter des différentes molécules. Qu'est-ce qui est le mieux? Puis on est très pratico-pratique. « Parce que vous la voyez comment votre copine ? Bon ben je la vois que le week-end ». Puis ce qui est embêtant pour les hommes c'est que s'ils prennent du viagra qu'à courte durée d'action, ils doivent programmer l'acte sexuel. Ils doivent se dire « je la prends à huit heure parce que je vais lui sauter dessus à huit heure trente », c'est un peu embêtant. Alors, je leur explique que je préfère le Cialis parce que le Cialis a une plus longue durée d'action. Par exemple, pour se coucher peut-être ils auront un rapport sexuel le lendemain. Voilà, je leur donne ces exemples. Donc, ce sont des consultations qui sont très détendues. On rigole pas mal mais parce que je suis un mec et puis parce que je fais ça avec des mecs. Avec les dames c'est plus délicat. Je pense que peut-être j'ai plus de pudeur qu'avec les garçons. Les garçons, je peux très bien aborder un type en lui disant : « la quéquette ça va ? », paf. Je n'oserais jamais faire ça avec une femme. Et puis, ça passe très bien « la quéquette ça va ? », ils rigolent. Mais à un moment donné, ça prend un peu un aspect de discussion de service militaire. Mais peut-être pour les femmes, je poserais la question « comment ça va votre vie sexuelle, votre sexualité ? ».

*Ok, assez large. Et pour l'orientation sexuelle ? Est-ce que c'est aussi les patients qui prennent l'initiative ? C'est vous qui devez préparer le terrain ?*

Alors des fois, je le sens quelque chose et je peux poser la question. Alors comment est-ce que je pose la question pour l'orientation sexuelle ?! Ça peut être « est-ce que vous préférez les garçons ou les filles ? ». Alors, souvent, ce qui est assez rigolo, c'est qu'on le sait très vite parce que les hommes disent « ma copine », les femmes « mon copain ». Par contre lorsqu'un homme ou une femme dit : « mon partenaire » ou « ma partenaire », je me dis tiens qu'est-ce que ça veut dire et puis là, là, ça va me mettre la puce à l'oreille.

*Parce qu'il y a beaucoup de patients qui justement me disaient qu'ils n'osaient pas parler directement du coup, ils trouvaient des subtilités ou bien ils restaient très nuancés pour induire le médecin à poser la question.*

Ouais, ouais. Alors quand ils parlent de partenaires, parce que, je veux dire, on dit « ma femme » ou « mon mari » ou bien on dit « mon copain » ou « ma copine ». Mais quand on dit « mon partenaire », je me dis, ben tiens, qu'est-ce qui se passe. Est-ce que?! Est-ce que?! Ce qui serait intéressant de savoir, finalement, l'étude quantitative qu'il faudrait faire après le qualitatif, c'est de demander au médecin (vous faites un échantillonnage aléatoire) « votre patient est homosexuel ou hétérosexuel ? », puis le médecin dit « je pense qu'il est homosexuel. » et puis vous demandez au patient à la sortie. Puis, vous regardez combien de fois le médecin se trompe. Parce que je pense qu'on peut se tromper parfois. Il y a des gens avec qui on n'aborde pas le sujet.

*D'ailleurs. Euh. J'avais beaucoup d'études qui disaient que le fait de poser la question directement, le fait d'avoir justement un langage neutre ou le fait de mettre des « flyers » à la salle d'entrée montrant une certaine tolérance, ça pouvait aider le patient ou la patiente à parler de son orientation sexuelle ou de sa sexualité.*

Alors après, moi je suis dans une liste de « gay - friendly ». Donc ils m'ont téléphoné l'autre jour de je ne sais pas quel centre puis ils m'ont demandé si je voulais rester dans la liste. Oui, bien sûr, je veux bien rester dans la liste. Voilà, je suis dans la liste. Ça veut dire aussi que j'ai des gens qui sont venus par la liste, hein.

*Leurs attentes sont différentes?*

Probablement oui. C'est des... C'est des gens qui vont parler, qui vont m'aborder en disant « j'ai vu que vous étiez dans la liste de... » et puis voilà. Leurs attentes, ben, je ne sais pas, le dernier qui était venu, c'était un gars, qui, avec qui on a énormément parlé, de ses liens et de ses rapports avec la famille. Mais il m'a beaucoup décrit en détail sa vie sexuelle. Et puis, j'avais l'impression quand même d'un type extrêmement malheureux, c'était dramatique. C'était un type qui était en souffrance, qui avait une vie sexuelle qui n'était pas du tout satisfaisante et après il a déménagé. Mais voilà, je me souviens de ce type.

*Ok.*

Autrement, ce sont des ados que j'ai connu qui ne vont peut-être pas oser me dire. C'est cela qui vont avoir plus de peine de le dire au médecin de famille. Ça j'imagine que ça peut être compliqué dans le processus du coming out.

*Pour les jeunes, c'est peut-être plus compliqué d'aborder cette question. D'ailleurs, par rapport à la question « comment poser la question? », il y a quelque chose qui était très intéressant avec les patients, c'est que beaucoup voulaient que leur homosexualité soit reconnue par le médecin, enfin, qu'ils la partagent mais ils ne voulaient non plus pas que le médecin se concentre sur leur orientation sexuelle ou leur sexualité pour qu'ils ne se sentent pas différents. Alors ma question est de savoir où est la limite?*

C'est une excellente question. Vous utilisez la recherche avec les patients pour questionner les médecins. Euh... Où est la limite de se sentir différent?

*De reconnaître la différence sans le faire sentir différent. C'est assez subtile, je trouve comme équilibre.*

Oui, alors, ça s'établit au niveau relationnel. C'est là, quand je pense... Parce que je veux dire, que vous soyez hétérosexuel ou homosexuel, vous avez un papa et une maman, vous avez des difficultés de relation avec papa et maman ou pas de difficultés et, je veux dire, ça, ça ne change pas et vous abordez les choses, je dirai, de quasiment de la même manière. Ou bien alors, moi je me souviens d'un vieux couple homosexuel qui était extrêmement drôle, que j'adorais, qui était hyper sympa, qui sont décédés maintenant. C'était un vieux couple. Et puis, ils étaient, ils me faisaient des remarques du style : « vous avez vu cette Gay Pride?! Mais c'est une honte. Vous vous rendez compte maintenant ce qu'ils font?! ». Ils étaient très distingués, très élégants, l'un et l'autre et puis on parlait énormément de culture. Alors, oui, évidemment, je ne parlerai pas de culture avec un camionneur, Les gens sont forcément différents mais je pense que si la relation... On parlait de peinture, on parlait

de musique. Parce qu'il y a toujours un moment relationnel dans la consultation où on parle d'autre chose, surtout dans une consultation de médecin générale où on connaît ses patients depuis longtemps.

*Vos patients lorsque vous leur parlez d'orientation sexuelle ou de sexualité, ils réagissent comment?*

Ben, je veux dire, voilà, il y a le moment... Si je pose la question, ben s'ils me donnent des indices pour poser la question, je veux dire, il n'y a pas de catastrophe; on en parle. Mais je pense que vous avez raison. Moi, je ne reviens pas perpétuellement là-dessus. Une fois que je sais, je sais. Puis, c'est clair mais on va parler d'autre chose.

*Mais est-ce que la manière dont vous vous adressez à vos patients ou bien la manière dont se déroule la suite de l'entretien change ou bien vous appliquez toujours la même méthode ou stratégie ou procédure?*

Ça dépend. Si c'est comme ce patient qui était malheureux, qui menait une vie de patachon et de sauna, qui avait une vie sexuelle où il se mettait franchement en danger, forcément, pour moi, ça devenait évident qu'il fallait discuter avec lui des risques qu'il prenait. Il faisait des trucs sans préservatifs, c'était dangereux. « Pourquoi vous faites ça? Qu'est-ce qui vous plaît dans la mise en danger? », enfin, je veux dire, il y avait tout plein de questions qui étaient nécessaires de poser. Maintenant, j'ai des couples homosexuels qui sont stables et fidèles; je ne vais pas revenir là-dessus.

*Ça dépend si c'est une problématique liée à la santé?*

Mais ce qui m'intéresse, par exemple, j'ai un couple de femmes, euh... Mais je pose exactement la même question. L'autre jour, j'ai vu une des filles et je lui demande comment va l'autre. Puis elle me répond « ah, elle est toujours prise dans ses traitements, ses massages... Ça m'énerve ! ». Voilà, dans n'importe quel couple même un couple hétérosexuel, on va dire des choses comme ça. Ça ne change pas. Puis, je lui dis mais vous êtes en froid « ah, un peu. Je préfère m'établir en Valais mais elle ne veut pas. ». Finalement, on débouche sur un conflit de couple.

*Qui serait typique dans n'importe quel couple...*

Mais je veux dire, c'est la même chose dans n'importe quelle couple. Je ne vois pas vraiment la différence... euh... Il y en a une qui a eu un cancer et elle a envie de bouffer la vie à pleine dent si j'ose dire. L'autre, elle a une sciatique; elle n'est pas gravement malade mais elle se traîne, elle a de la peine, elle péclote. Puis, elles ne sont plus sur la même longueur d'onde. Mais je veux dire que vous soyez homosexuel ou hétérosexuel, c'est la même chose.

*Ça ne change rien...*

Moi je ne pense pas. Donc, je ne reviens pas sur leur homosexualité mais je reviens sur le fait qu'elle vit avec Martine et je lui demande comment va Martine. Je veux dire, ça paraît évident. C'est comme mon vieux couple homosexuel distingué, je demandais « comment va Georges ? », puis « qu'est-ce qu'il devient? ». Un moment donné, je les voyais les deux. Puis le deuil, parce que Georges est mort avant Charles, le deuil je l'ai travaillé de la même façon. C'était dur. Je veux dire, ils se disputaient tout le temps les deux. Ils étaient tout le temps en conflit. Il y en a un qui était très, très, qui était fonctionnaire et puis l'autre était très artiste. Mais bon, voilà... Puis, je demande des nouvelles, comme ça... Je ne sais pas si je réponds à vos questions.

*Oui, oui. Je voulais voir s'il y avait quelque chose qui changeait dans la manière dont vous vous adressiez dès le moment que le patient parlait de comportement sexuel ou bien d'une orientation sexuelle qui était minoritaire.*

Mais quelle orientation sexuelle est minoritaire ?

*Enfin, minoritaire au niveau du pourcentage.*

Ah, mais je veux dire qu'il y a beaucoup d'homosexuels maintenant. Ce n'est plus à considérer comme minoritaire.

*Ou différent.*

Alors, je ne suis pas un disciple de Donald Trump.

*[Rire], non.*

Mes filles sont hétérosexuelles.

*Non, non, ce n'est pas la...*

Je me pose toujours la question de ce que j'aurais fait si... Moi, je partirais du principe que si elles sont heureuses, elles sont heureuses et que c'est l'essentiel. Moi, je n'irai pas tellement gratter plus loin. C'est peut-être ce que je vais dire à des parents. Même chez les parents, ça se passe assez bien. Là, j'ai la, la ... Souvent... Alors, ouais, ça c'est une autre manière d'aborder :

« Ah docteur, j'ai peur que mon fils soit homosexuel!

- Qu'est-ce qui vous fait penser ça?

- Ah, mais je ne sais pas. »

Cette dame est revenue l'autre jour et je suis le médecin traitant de son fils. Elle est très sympa et je me suis très bien entendu. Euh, bon, là, je ne sais pas encore s'il est homosexuel. Je n'ai pas osé aborder ça à la première consultation. Mais pour une autre raison. J'aborderai un jour la question.

*Frontalement ou bien?*

Non, parce qu'il ne venait pas pour ça. On se centre sur la demande. Puis, je ne sens pas de malaise. J'ai l'impression que c'est un gars qui est bien dans sa peau. Je ne vais pas... C'est de la curiosité mal placée. Ce n'est pas utile pour lui. Ah, ce moment-là ce n'était pas utile. Peut-être à un moment donné, je vais faire un bilan complet puis forcément, je vais parler des risques. Dans le bilan complet, le risque sexuel fait partie du bilan complet. J'aborde souvent, en demandant « est-ce que vous prenez des risques sexuels ? Est-ce que les rapports sexuels sont sans préservatifs ? ». Puis là, si on passe sur l'hétérosexualité ou l'homosexualité, c'est souvent là qu'on y passe mais pas toujours.

*Moi, ce qui.. Ce que j'ai fait attention dans ce que vous m'avez dit, c'est que avant de parler d'homosexualité et d'hétérosexualité, vous parlez toujours de risques sexuels. Est-ce que ça sera une méthode justement pour aborder...*

D'une manière générale, en médecine, quand on est médecin... Vous êtes étudiant en médecine?

*Oui!*

Vous voulez faire quoi?

*Je ne sais pas encore.*

Mais d'une manière générale, en tout cas, en médecine générale, on se centre sur la demande du patient. Et puis, si on pose des questions qui vont dans la sphère privée, il faut que ça ait une logique sinon on est intrusif.

*C'est justement ce que m'avait dit beaucoup de patients, c'est qu'il trouvait beaucoup plus agréable de parler leur sexualité et leur orientation sexuelle si à chaque fois le médecin faisait le rapport par rapport à leur santé, aux investigations et pourquoi ils posaient ce genre de question.*

Savoir pourquoi on pose la question. On est face à quelqu'un qui a un air un peu ceci et un peu cela. Poser la question par curiosité, ce n'est pas de la médecine. C'est du café du commerce. Donc, on pose la question à propos et même des fois, je vais jusqu'à justifier en disant « si je vous pose cette question, c'est parce que la fatigue que vous présentez, ça pourrait correspondre à une maladie virale. C'est normal que je vous pose cette question. ».

*Et puis, ma dernière question. Il y a beaucoup d'études qui montrent que la majorité des patients voudraient parler de sexualité mais la plupart des médecins de premier recours le font rarement. Pourquoi finalement? Pourquoi cette différence? Je ne dis pas vous mais de manière générale, qu'est-ce qui pourrait expliquer?*

Je ne sais pas. Je sais aussi pour faire énormément d'enseignement et d'avoir eu énormément d'étudiants dans ma consultation. C'est que ce n'est pas évident et que très souvent les étudiants ont l'impression d'être intrusif et entrer dans la sphère privée. Bon, moi quand je les connais depuis X temps je suis tout le temps dans la sphère privée. La consultation de médecine générale est une consultation de l'intime. Donc, la sexualité... Après ça dépend de comment vous faites la médecine générale. Si vous faites la médecine générale en étant rivé sur « l'Evidence Based Medicine », l'étoile de la science. Vous regardez le doigt qui montre les étoiles. Il faut de temps en temps partir dans les étoiles. Il ne faut pas être le sot qui regarde les étoiles, hein ?! Donc, moi, c'est vrai que j'aime bien connaître mes patients, j'aime bien connaître les histoires. C'est la seule chose qui m'intéresse. C'est pour ça que je fais de la médecine.

*Est-ce qu'il y a un problème de formation?*

Oui, oui.

*Avec la sexualité?*

D'une manière générale. Pour entrer dans la sphère intime des gens, ça s'apprend. On a fait un article pour la *Revue Médicale Suisse* qui va sortir pour le congrès de Montana avec Anne-Françoise Allaz où on essaie de voir quelle attitude le médecin peut avoir. Parce que ce n'est pas seulement une acquisition de « skills », de savoir-faire, mais c'est aussi un savoir être différent. C'est pouvoir dans... Alors, il ne faut pas hésiter à dire à un patient que l'on ne comprend pas quelque chose « je ne comprends pas pourquoi. Je ne comprends pas ce que vous dites. Expliquez-moi ! ».

*Partager son ressenti avec le patient ?*

Partager son ressenti mais aussi son embarras: « Expliquez-moi? Qu'est-ce que vous voulez dire? ». Alors, voilà, on peut former les étudiants à ça. Partager son ressenti, ça veut dire partager l'émotion : « J'ai l'impression que vous êtes un peu mal à l'aise. Qu'est-ce qui se passe? », ça c'est partager son ressenti. Mais c'est partager son ignorance, ne pas avoir peur de dire que l'on ne sait pas, que l'on ne comprend pas. Etre capable de se laisser surprendre par les gens, ça veut dire être prêt à se laisser surprendre. Si vous êtes dans des guidelines et comme ça, vous n'arrivez pas à vous laisser surprendre.

*J'ai juste oublié. Est-ce que vous vous seriez disposé à mettre un « flyer » ou une affiche dans la salle d'attente disant que le médecin est tolérant sur tout ce qui est question de sexualité ?*

Mais on a des « flyers », je crois. On a eu de temps en temps des « flyers » sur l'orientation sexuelle ou le... Je ne sais pas si on en a en ce moment. Non, j'ai fait un ménage des « flyers » parce que, tout d'un coup, j'ai découvert de « flyers » qui dataient de deux ans, qui n'étaient plus à jours. Il y a beaucoup de « flyers », « parles-en à ton médecin! », par exemple. Des trucs comme ça... Alors, c'est vrai que là par exemple, on va entreprendre une étude lundi un peu folle avec Jean-Bernard Daeppen pour faire des jeux préventifs dans la salle d'attente, une sorte de quizz d'alcoologie. Maintenant, ce que moi j'ai envie de dire comme médecin généraliste qui est probablement la chose importante, c'est que la position du dépisteur compulsif, je ne l'ai pas. J'entends par là que si ce discours qui dit que le médecin généraliste devrait penser à demander l'orientation sexuelle, le médecin généraliste devrait penser à demander combien de gens boivent, le médecin généraliste devrait penser... Il y a une célèbre étude qui montre que si, en médecine générale, on répond à tous ces impératifs, on fait des consultations de vingt heures, parce qu'il y en a beaucoup. Donc, c'est l'occasion qui fait le larron. Vous voyez ce que je veux dire ?! C'est le moment favorable. Donc c'est peut-être ça, le message pour terminer, c'est que parler de sexualité, c'est un moment favorable. Si vous venez pour une... Ah oui, ça c'est encore un autre truc à la con. C'est le truc de la santé publique. Lorsqu'on vient pour une angine, ça on a eu un tollé général, maintenant, il faudrait demander, ça fait partie des compétences professionnelles d'après l'Office fédérale de la santé publique, de demander s'il y a eu des rapports bucco-linguo parce que, voilà, ça pourrait être un début de sida ou bien s'il y a eu des rapports. Ça pour moi, c'est très difficile de faire ça. Ça fait de nouveau partie de ces agendas fous où il faut tout demander, tout savoir et faire le grand détective et moi, je n'ai pas une grande position. Je suis balintien; mon maître, c'est Balint. C'est celle-là qui a beaucoup critiqué la théorie du grand détective. Je suis un médecin de famille, ce n'est pas la même chose.

*Ok.*

Voilà, je ne serai donc pas un grand détective par rapport au genre ou au truc systémique. Des « flyers » dans la salle d'attente, je peux très bien vivre avec ça, parce que ça peut donner l'envie au patient de se dire « tiens, il n'est pas obtus ; je peux lui en parler ». La position du grand détective, non ; vous lirez de la littérature. Balint a beaucoup parlé de la position du grand détective. Il y a aussi Hengel qui en a parlé. Hengel c'est le modèle biomédical, bio-psycho-social, je veux dire, pardon. Puis Balint, c'est plutôt un modèle, je dirais, psychanalytique mais qui est encore, toujours vivant dans la consultation de médecine générale.

*Ok. Est-ce que vous avez une question pour moi?*

Non, j'aimerais bien avoir un exemplaire de votre travail; ça m'intéresse.

*Pourquoi est-ce qu'un médecin généraliste devrait parler d'orientation sexuelle et de sexualité avec son ou sa patient-e ?*

Tu as une heure devant toi, là [rire] ? Non, tout simplement, si on se place du point de vue du médecin, le médecin a un rôle d'évaluation. Il ne peut en aucun cas évaluer la santé générale d'un point de vue holistique de son patient ou de sa patiente s'il ne connaît pas son orientation sexuelle et/ou ses pratiques sexuelles. Si on prend la question de l'orientation sexuelle, les trajectoires de vie et les étapes de vie en lien avec la découverte de soi, et même antérieurement à ça, l'intériorisation de la honte, les choses comme ça, ensuite, la découverte de soi, le coming out, plus d'autres violences directes ou indirectes dans le parcours de vie ont des incidences sur la santé, sur le bien-être, l'estime de soi, etc. Et, si ce n'est pas pris en considération, on peut passer à côté d'éléments. Je ne dis pas que l'orientation sexuelle va être prédictive d'un état psychique ou d'un état physique ou d'IST ou quoi que ce soit. Simplement, c'est un élément à prendre en considération dans l'anamnèse pour pouvoir explorer ce champ et généralement c'est de prendre l'intersection entre l'orientation sexuelle et d'autres éléments qui soient culturels, qui soit le parcours de vie, etc. Juste le prendre en considération pour ce qu'il est, ben c'est un facteur de santé à prendre en considération et on peut distinguer l'autodéfinition des sentiments et des pratiques, c'est-à-dire que, pour beaucoup on a des préjugés sur des idéologiques qui flottent dans l'air que l'on veuille ou non. Cette idéologie nous influence et ça nous amène à avoir des préjugés et dans le cadre médical, d'avoir conscience de ça et d'être en mesure de passer au-delà, c'est-à-dire que l'orientation sexuelle n'est pas prédictive d'un comportement sexuel. Ce n'est pas parce que s'est écrit « marié, deux enfants » que l'exclusivité sexuelle est là, qu'il n'y a pas d'autres partenaires et que ces autres partenaires ne sont pas du même sexe. Inversement ce n'est pas parce qu'une personne s'auto-définit comme homosexuelle, qu'elle va être sexuellement active, point un, point deux, qu'elle va être multipartenaire et qu'elle va potentiellement s'exposer au VIH ou à d'autres IST. Voilà, c'est d'un point de vue objectif où l'on prend en considération, avoir cette grille de lecture de l'orientation pour l'anamnèse.

*Parce que c'était un peu ma deuxième question... Euh, si être homosexuel est normal, pourquoi un patient devrait finalement se justifier, justifier son orientation sexuelle, qu'est-ce que ça apporte en plus de savoir que l'on est homo ou hétéro ?*

Ben, c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est un... De la même façon que l'on doit dire si « fume ou ne fume pas », si on fait du sport ou on ne fait pas de sport, si on travaille quatre cents heures par semaine, ce sont des éléments, des facteurs qui potentiellement peuvent avoir une incidence sur l'état de santé, au sens large du terme. Donc, c'est un élément à prendre en considération. A l'inverse, ma question serait pourquoi ne pas le prendre en considération ? Qu'est-ce que le prendre en considération amènerait de diatrogène ? Mais rien ! Donc, de tout façon comme il y a aucun effet diatrogène, je n'ai jamais vu quelqu'un, euh, s'énerver parce que je lui demandais son orientation sexuelle ou le genre de ses partenaires aussi si il ou elle avait des partenaires même si elle s'était déclaré en couple. Jamais personne ne s'énerve de ça. A l'inverse, si on ne le demande pas, les gens ne vont pas le manifester mais vont se sentir non-reconnus, invalides, insécures dans la relation avec le prestataire de soin et ça, c'est hyper diatrogène. Ça, ça va avoir une incidence importante... Ben, je peux te citer peut-être les exemples qu'on a eu ici : un médecin de famille qui ne sait pas que son patient est HSH, donc il a des rapports sexuels avec des hommes. Déjà au niveau du dépistage, ça

peut amener, ben voilà, un biais dans les conseils au niveau du dépistage. Il ne savait pas qu'il était séropositif alors que l'on avait diagnostiqué trois ans auparavant parce que, comme il ne se sentait pas à l'aise de révéler son orientation sexuelle, il s'est senti encore moins à l'aise de révéler ses pratiques sexuelles et encore moins à l'aise de révéler son statut sérologique, c'est-à-dire qu'il s'était exposé et qu'il avait contracté le VIH.

*Ce qui était très intéressant, c'est que certains médecins qui prenaient en charge des patient-e-s homosexuel-les, hétéro ou autre, hum, avaient peur d'induire chez le patient hétéro qu'il était homosexuel, puisse rompre le lien thérapeutique qu'il avait avec le patient.*

Alors toutes les études sur la question - je te renvoie aux biographies de Raphaël Bize - montrent que sur la question de l'orientation sexuelle et/ou sur les comportements sexuels, il y a le médecin qui dit « je n'ai aucun souci dès que le patient l'aborde on peut en discuter ; il n'y a pas de problèmes. », de l'autre côté il y a le patient qui dit « il n'y a aucun soucis à partir du moment où le médecin l'aborde, j'en parlerai de même ». Et donc, on a deux chiens de faïence qui se regardent et simplement, l'un comme l'autre, a des représentations, a des craintes que, donc, ces études montrent comme illégitimes. Donc l'un ou l'autre doit faire le pas et l'acteur de santé, alors chaque individu est acteur de sa propre santé, mais l'acteur de santé publique, qui a plus d'intérêt de part sa fonction et de part ses engagements, sermons ou autre chose, ben c'est le médecin. C'est lui qui doit être proactif, déclencheur. Après, il ne faut pas confondre, aborder une thématique et exprimer une présupposé, c'est-à-dire, aborder une thématique, c'est avoir un langage soit neutre soit inclusif « est-ce que vous êtes sexuellement actif ou active ? », « est-ce que vous avez des partenaires sexuels ? », « est-ce que ce sont des hommes ou des femmes ? ». Tu vois, donc soit le neutre « êtes-vous en couple ? », « êtes-vous sexuellement actif » etc, etc, soit l'inclusif « est-ce que vous avez des partenaires masculins et/ou féminins ? ». Et là, le neutre, voilà, il peut y avoir des surprises de la part des patients « ben non, moi je suis hétéro, je suis normal » et puis ça s'arrête là. Alors que, ça c'est la majorité hégémonique. Par contre lorsqu'on va rencontrer quelqu'un qui appartient à un groupe de population minoritaire, statistiquement, à priori, ça dépend des facteurs que l'on prend mais bon, là, il va se sentir autorisé à en parler. D'un côté, on a juste une surprise et de l'autre on a un sentiment de confort et un lien thérapeutique qui peut se créer. Si on ne le fait pas, il ne se créera pas.

*Donc, il n'y a pas de risque de destruction du lien thérapeutique ?*

Mais non au contraire ! C'est le présupposé hétérosexuel qui va rompre le lien thérapeutique ou qui va créer un biais. Tous les hommes mariés que l'on a ici [Checkpoint] qui ont des rapports avec des hommes ont tous un médecin de famille. Il n'y a aucun qui est au courant, parce que ces présupposés, voilà et puis, l'hétérosexualité. Enfin, tout le monde est présupposé hétérosexuel, jusqu'à preuve ou annonce du contraire. La preuve étant généralement une contraction de syphilis [rire]. Mais non, mais voilà, moi j'ai des médecins de famille, parce qu'on les a référé vers nous qui me disent « mon patient a contracté la syphilis, je lui annonce comment ? ». Ben un : « Vous avez la syphilis. », ça répond directement à la question et deux : « qu'est-ce que ça fait chez vous ? ». [Le médecin répond : ] « D'ailleurs, je me demande comment il l'a contracté ?! » et là, on discute de données épidémiologiques, comme quoi les personnes qui contractent sous nos latitudes la syphilis sont un compte de population assez restreint. Donc s'il n'a pas fait récemment un voyage en extrême orient ou en Afrique, je ne vois qu'un seul... Je dirais, rapport avec un autre homme. Ok, ça c'était la



surprise parce qu'il était marié ou parce qu'il le supposait hétérosexuel, etc. Mais c'est le médecin qui...

*Bloque ?*

Ah, mais il bloque totalement. Parce que du coup, comme il n'a jamais osé aborder la question, il se retrouve face au diagnostic et ne sait pas quoi en faire. Du coup, j'étais à deux doigts de lui demander pourquoi il avait fait le dépistage de la syphilis. C'est autre chose.

*J'ai encore une question. Mise à part le langage neutre et le langage inclusif, est-ce qu'il y a d'autres stratégies que le médecin peut employer pour faciliter les discussions sur l'orientation sexuelle ?*

Travailler sur ses représentations.

*Ok.*

Il faut accepter que l'on nage dans des idéologies que ça nous conditionne que ça nous amène à avoir des préjugés moi y compris, j'ai des préjugés, mais quels que ce soient les thèmes : le parcours migratoire, la couleur de peau, le genre, etc, les compétences diplômées.

*Comment faire ça ?*

Je tourne la langue sept fois dans la bouche avant de poser une question ! Non mais il y a différentes stratégies, c'est-à-dire que, on peut [utiliser] l'anti-égo, c'est-à-dire prendre son opposé et construire son anamnèse comme si on s'adressait à son opposé. Si nous-mêmes et/ou notre opposé ne se reconnaît pas dans notre question ou se sent ou etc, ça ne joue pas. Donc, ça c'est de l'entraînement, c'est du travail au début et après, on prend l'habitude. Après c'est poser le cadre aussi, le cadre de la consultation, c'est-à-dire dans le cadre de la consultation, on peut dire, ben voilà, « nous nous ne connaissons pas ; on va se découvrir. Mon rôle est de vous informer au mieux et vous apporter des prestations adéquates pour que vous puissiez accéder et maintenir un haut niveau de santé. Mais pour cela je vais avoir besoin d'accès à certaines informations. Si jamais je faisais un présupposé, dites-le moi si ça ne vous correspond pas parce que j'ai besoin d'accéder à ces informations pour que nous avançons ensemble et que je puisse vous fournir, bah voilà, des prestations que je suis en capacité de fournir mais que je vais fournir en fonction du besoin que j'aurai identifié chez vous. Si quelque chose ne joue pas, n'hésitez pas à me le dire, je peux me tromper. Ce n'est pas parce que je suis médecin que je ne me trompe pas. ». Juste poser le cadre et la confidentialité. La confidentialité est absolue y compris lorsqu'on est médecin vis-à-vis d'un patient particulier, on n'informerait pas ses parents, son conjoint ou sa conjointe, euh...

*Il faut le rappeler ?*

Je pense qu'il faut le dire, l'exprimer en tout cas, parce que quand on reçoit un nouveau ou une nouvelle patiente, l'exprimer, poser le cadre de son mode de fonctionnement et ce cadre-là du secret médical. Parce que j'ai beaucoup de personnes qui renoncent parce que leur médecin... Ils ne sont pas en ville et ils ont hérité du médecin de famille de leurs parents, de leurs conjoints ou conjointes, etc, et ils sont coincés dans ce système-là et ils ont peur que le médecin ou la médecin le révèle. Après, est-ce que le médecin et la médecin est à l'aise d'avoir cette information-là vis-à-vis du reste du couple ou de la famille ?! La difficulté est là, c'est le confort du médecin qui est mis à mal. Après un médecin peut poser ses limites. Il peut ouvrir la porte et si ça vient à émerger, dans l'intérêt

du patient, il peut dire « je suis mal-à-l'aise » mais je sais qu'il y a des prestations, soit un confrère ou une consœur, soit des centres (LGBTIQH42, Profa, Checkpoint et d'autres selon le canton) où la personne pour cet objet-là spécifique pourra aller consulter si le médecin se sent mal-à-l'aise avec ça. Il a le droit d'être mal-à-l'aise avec quelque chose.

*Ça revenait aussi souvent, justement, cette peur qu'il y ait des confrontations entre la famille. A part la représentation ?*

Etre informé aussi, c'est-à-dire que lorsqu'on déconstruit ses représentations, c'est aussi d'avoir une réalité objective : « quelle est la réalité des questions d'orientation sexuelle et de genre ?! », s'informer à minima. Je suis content que *Promotion Santé Suisse* vient de sortir un « factsheet » justement sur ces questions-là mais il existe deux trois sources, etc. Participer à une formation que serait-ce qu'une journée de formation reconnue et puis voilà, on a les bases des questionnements et des infos.

*Est-ce que les médecins sont bien formé-e-s ou pas du tout ?*

Sur les questions LGBTHIQ42 ?

*Oui, sur la sexualité et l'orientation sexuelle.*

Non, la sexualité en général, déjà, c'est pas gagné. La santé sexuelle, si on prend un focus très large... Euh. Ils sont bien formés sur la question du risque et sur le biomédical des IST, plus au moins, s'ils ont été relativement attentifs dans LE cours qui traite de la question en dehors des modules optionnels et qu'ils s'en rappellent. Donc, grosso-modo, je dirais non. Et, je ne parle que des données biomédicales, je ne parle même pas de la manière d'aborder la santé sexuelle, de faire un entretien, une évaluation, de l'entretien motivationnel pour réduire les expositions potentiels, etc, etc. Mais si je prends des exemples récents : la PREP, il n'y a pas un seul qui est au courant (prophylaxie pré-exposition), le vaccin HPV non plus, l'ouverture aux garçons depuis une année quand même maintenant et les médecins ne sont pas au courant. J'envoie un jeune chez son médecin de sa famille, le jeune me rappelle et me dit « mon médecin m'a dit que ce n'était pas possible, les garçons ». Quand, j'arrive à avoir le médecin au téléphone et j'arrive à lui faire la prescription, c'est la pharmacie qui refuse de délivrer... Voilà... Pour la santé sexuelle, effectivement, l'information est assez peu diffusée ou assez peu lue par les prestataires de santé.

*Est-ce qu'il y a des « guidelines » qui conseillent justement au médecin d'aborder la sexualité et l'orientation sexuelle, que ça soit un généraliste?*

Alors, il y en a en pédiatrie. Les « guidelines » de pédiatrie abordent la question. Il faut les mettre à jour, c'est-à-dire que les dates, les âges auxquels ils indiquent de traiter la question du genre et de l'orientation sexuelle sont trop tard par rapport à la réalité contemporaine. Il y a cinq ans de retard. Il faut prendre ce « guidelines-là » et faire cinq ans plus tôt. Sinon, c'est un peu près les seuls. Les recommandations qu'il y aurait, c'est uniquement les diagnostics différentiels d'une urétrite ou une proctite ou de symptômes systémiques qui sont potentiellement en lien avec une infection à VIH. Ce sont les seuls « guidelines » qui traitent de sexualité et donc la sexualité n'est abordée que par la maladie et le risque. En psychiatrie, il y a toutes les paraphilies et les déviations, mais euh...

*D'ailleurs, est-ce que le fait, que je trouvais beaucoup chez les médecins généralistes, le fait qu'ils abordent la sexualité, l'orientation sexuelle, d'abord par la maladie, toi tu en penses quoi?*

Ben, ils abordent ça comme un problème. Les gens ne se définissent pas comme malade ou ayant un problème, ils n'ont pas visiblement conscience que ce facteur identitaire peut avoir une incidence sur leur vie. Moi, j'ai des entretiens individuels et les gens nous font part, une fois que l'on ouvre la possibilité d'en parler, ben de leur parcours de vie, dans l'enfance, dans l'adolescence, à l'âge adulte même récemment et en parlant, ils réussissent à faire émerger les choses. Donc, ça vient de l'enfouï à quelque chose qui est révélé et qui devient concret. Du coup, ils prennent conscience que ça a une incidence sur leurs difficultés d'attachement, sur la honte, la baisse d'estime de soi, sur tous les rapports à l'autre et la difficulté de couple. C'est souvent lié à des trajectoires de vie qui ont fait que voilà, le couple étant inenvisageable entre personnes de même sexe, quand l'opportunité se présente, comme c'est un impossible, ben ça couac. On ne s'évertue pas à réaliser un impossible; on renonce.

*Donc, du coup, le fait d'utiliser les maladies sexuellement transmissibles pour parler de sexualité et d'orientation sexuelle n'est pas suffisant?*

Ah ben non et en plus c'est même contre-productif, alors, puisqu'on va traiter d'un point de vue biomédical des choses mais on ne va pas traiter ce qui peut les sous-tendre. Ben, c'est-à-dire, que... un comportement sexuel, c'est pas arrivé à trente ans, euh, je vais faire ça. Il y a quelque chose derrière et puis le fait, d'être en couple ou pas en couple, monogame ou non-monogame, etc, etc, le fait d'utiliser ou non un préservatif, le fait de ceci ou cela ou plus généralement les stratégies ou un outil de protection, ben ça repose sur des socles que les gens n'ont pas forcément. Moi, je suis... Voilà, si je prends l'exemple de la question de négociation et du rapport à l'autre lors du moment du rapport sexuel, l'éducation sexuelle tout le monde l'a mais l'éducation sentimentale, c'est-à-dire, un jeune qui est attiré par des personnes de l'autre sexe, il va faire comme les autres, il va imiter ses parents, ça va être validé, voilà, il va comprendre que ce que socialement, on attend d'un couple, de son couple. Ensuite, il va fleureter, c'est-à-dire s'est « on va se déclarer en amour. », « on va se tenir la main », etc, il va y avoir le premier baiser, etc, la validation, l'invalidation par les autres, le rapport à l'autre, le rapport de séduction, c'est-à-dire comment on séduit l'autre, comment on sait que l'on est séduisant ou séduisante, etc, etc, la rupture, la reconstruction, etc, etc. Tout ce parcours-là se fait grosso modo entre l'enfantine et la puberté. Une personne qui est attirée par des personnes du même sexe n'a pas tout ça. Elle arrive à un âge où on l'enjoint à avoir des rapports sexuels. Il ou elle se rend compte que son orientation sexuelle n'est pas celle qui était attendue et donc va trouver des partenaires pour valider ou invalider une orientation sexuelle en-dehors de ses cercles sociaux, donc déjà dans une situation de vulnérabilité et dans un contexte où il n'a aucun bagage avant et directement dans un contexte sexualisant. Et c'est pour ça que potentiellement, effectivement, on parle de difficultés à gérer, à négocier, la protection au moment des rapports, parce que le ou la première partenaire a dix à quinze ans de plus, euh, parce que l'on n'a pas la moindre idée parce que en plus on n'a pas les informations adéquates en terme de protection pour un rapport entre personnes de même sexe et puis que l'on a aucun bagage, aucune confiance en soi, aucune capacité et puis on sait que l'on ne pourra en parler avec personne. Donc, ben non, les situations ne sont pas les mêmes et puis ça, ça reste longtemps, puisque tout cet apprentissage ou cette absence d'apprentissage, cette absence de compétences que l'on acquière normalement à l'adolescence, ben, ça ne se rattrape pas du jour au lendemain.

*Mais du coup, le médecin généraliste comment est-ce qu'il devrait faire pour aborder la question de l'orientation sexuelle et de la sexualité?*

Ben, de l'aborder de manière... Ça dépend son objectif. Après selon l'objectif, si c'est en lien avec un mal-être, potentiellement, voilà, quelque chose de plus pressant, une symptomatologie de mal-être, parfois profond ou si c'est dans le cadre d'une personne qui demande un check-up où voilà, il faut partir de la demande de la personne « je ne vais pas bien, je voudrais un dépistage des IST », « je me mets en couple, que sais-je ? » ou « j'ai le kiki qui coule ». On part de la demande et là, il faut avoir conscience du facteur de l'orientation sexuelle et d'aller explorer, en partant de la demande initiale, parce que si la personne vient demander un certificat de capacité d'enseignement et que tu lui parles de son homosexualité et que tu lui imposes un dépistage VIH et d'IST, tu n'est pas adéquat. C'est un cas vécu... Il a refusé de signer le certificat de capacité d'enseignement parce que la personne concernée ne voulait pas faire un dépistage complet VIH-IST, pour enseigner... Parce que, approche de l'orientation sexuelle et de la sexualité uniquement par le risque (oui, les prévalences sont plus élevées, etc) et donc on considère l'individu préjugé, comme exposé à un agent pathogène - on ne sait rien de lui, on sait juste qu'il se définit comme gay mais on ne lui a rien demandé - et on impose voilà, parce que nos représentations, notre santé publique seraient la prévention des maladies, que comme il est homosexuel, il a forcément contracté une maladie. Après comment, on fait le lien entre l'enseignement et transmettre la maladie aux enfants, ça je n'ai pas compris... Mais voilà, c'était comme ça, il pensait jouer son rôle, le médecin. Je l'ai eu au téléphone, après...

*Hum, est-ce qu'il existe en Suisse des affiches ou bien des « flyers » qui informeraient que le médecin qui reçoit le patient est ouvert d'esprit, est tolérant sur les questions de l'orientation sexuelle et de sexualité, comme on a vu dans d'autres pays?*

J'éviterai le terme de tolérance parce que c'est une acception à conditions. Euh, ouvert à en discuter, non ça n'existe pas pour le moment. VoGay y travaille pour le canton de Vaud et à l'échelle romande en collaboration avec l'Aide suisse contre le SIDA et les autres organisations romandes ; ils sont entrain de créer une formation. C'est-à-dire avant de pouvoir, pour un organisme communautaire ou un organisme de prévention, estampiller quelqu'un comme « friendly », il faut un minimum s'en assurer. Euh, et ce n'est pas simplement en lisant une brochure ou ceci ou cela ou en s'auto-définissant comme « LGBT-Friendly » est adéquat que la personne le sera réellement. Donc, c'est tout un processus qui est en cours. Justement, je parlais de formation tout à l'heure, ben le module de formation va être disponible en 2017 et sera réalisée, en 2017, une fois par canton, à priori au moins avec un groupe de cinq à dix personnes et puis, si les personnes le souhaitent, il sera reproduit autant que souhaité. Et après, on peut, éventuellement, avec ces attestations fournir un autocollant ou établir des listes. Il y a des listes mais ce sont des listes auto-déclarées pour le moment avec tous les biais que ça peut amener et de toute façon, ils sont débordés.

*J'ai une autre question. J'ai remarqué durant les interviews que les patient-e-s attendent de leur médecin généraliste, qu'il reconnaisse leur homosexualité, qu'ils puissent annoncer leur homosexualité ou parler de leur homosexualité mais qu'ils ne veulent pas se sentir différent-e-s, ils ne veulent pas que le médecin se focalise sur leur orientation sexuelle ou leur sexualité alors comment faire pour reconnaître la différence sans faire sentir, quelqu'un différent. Où est finalement la limite?*

En ayant une approche inclusive. L'approche que j'ai moi, personnellement, de la santé sexuelle, c'est qu'à partir du moment que l'on a contact avec le corps d'autrui on est exposé à des agents pathogènes mais c'est indifférencié dans mon discours. Les chlamydias concernent davantage les personnes qui ont des rapports sexuels de l'autre sexe mais je l'intègre dans le discours comme quoi

la sexualité, c'est du plaisir, c'est de l'affection et plein de chose et aussi deux, trois aléas qui peuvent arriver. Et ensuite, par contre, mes recommandations seront basées sur ce que la personne m'aura indiqué parce que je vais poser des questions sur l'orientation sexuelle mais c'est pour d'autres thèmes, mais sur le comportement sexuel si on parle d'IST, pour savoir effectivement quel dépistage serait opportun et à quelle imitativité (à quelle répétitions). Et en ayant une approche inclusive, c'est-à-dire de présenter comme ça, c'est que chacun, chacune, quelque soit son orientation sexuelle... Ce n'est pas discriminant, au sens qu'il y a un groupe que je stigmatise. C'est effectivement discriminant parce que l'on ne va pas traiter toutes les populations de la même façon. Ben oui, parce que, mécaniquement, pour des raisons épidémiologiques, pour des raisons biologiques, pour des raisons comportementales nous ne sommes pas tous et toutes exposé-e-s au même niveau. On parlait d'IST mais ça peut être d'autres éléments. Mais voilà, c'est dans le cadre de l'évaluation. Mais il faut toujours avoir une approche globale et il faudrait aborder la question quelque ce soit l'autodéfinition. Là, on parle d'homosexualité parce que la prévalence VIH et autres IST est supérieure dans ces populations-là au niveau des diagnostics mais, ça ne serait pas pertinent de l'aborder pour tout le monde?

*D'un point de vu de santé publique, oui?!*

Ben voilà. Là, effectivement le biais qu'il y a, c'est qu'à partir du moment que quelqu'un fait son coming out, il est résumé à ça et en représentation. Et donc, majoritairement dans le monde médical, les représentations qu'il y a c'est, en partie la responsabilité des organismes communautaires qui pour défendre des projets ont fait des études qui ont mis en avant des prévalences de mal-être, de suicides, de consommations d'alcool et d'autres substances, euh des prévalences d'IST et notamment du VIH, et c'est là la pièce à deux revers, et donc du coup, les conditionnements du monde médical sur la question de l'orientation sexuel, c'est uniquement suicide, toxicomanie et VIH.

*Mise à part cette attitude inclusive et puis travailler sur la représentation, est-ce que le médecin doit adopter une autre attitude avec ces patients et ces patientes, et la neutralité ?*

Non.

*Ça suffit ?*

En fait, le principe c'est que l'on se comporte... Notre posture ne varie pas d'un patient à un autre. Mais on part du présumé qu'elle ne varie pas. Donc, c'est faux. En raison, des idéologies et des préjugés que l'on ait conscience ou pas, notre attitude va varier. Donc, si on souhaite vraiment, que notre attitude ne varie pas, en tout cas que notre variation d'attitude n'ait pas d'incidence, il faut reconnaître qu'elle varie et compenser.

*Accepter que l'on a tel préjugé et faire en sorte que...*

Ben que l'on soit en veille là-dessus et que l'on ait un détecteur de préjugés. On va les ressentir. De toute façon, les préjugés, on va les avoir parce que ça ne se maîtrise pas comme ça, ça ne se construit pas comme ça. Si on en a conscience, on met une veille et avant de parler ou d'agir, on réfléchit, est-ce que c'est ma connaissance, comment dire, est-ce que c'est ma raison qui parle ou ce sont mes préjugés. Si c'est la raison et que c'est rationnel et on l'expose à ce moment-là comme rationnel au patient, ça doit couler tout seul. Si c'est mon préjugé qui s'exprime, il vaut mieux que je trouve un autre sujet ou une autre manière d'aborder.

*D'ailleurs en parlant de préjugés, il y a quelque chose de très intéressant dans les entretiens que j'ai menés, c'est que souvent les patients et les patientes préfèrent parler d'orientation sexuelle et de sexualité avec leur généraliste qu'avec un médecin spécialiste qui souvent spécialisé dans des systèmes ou des organes qui touchent tout ce qui est de la reproduction ou de la sexualité comme le gynécologue ou le gastro-entérologue. Comment ça se fait, qu'ils aient autant de peine avec les spécialistes surtout ces spécialistes ?*

Alors, hum, ça dépend quels spécialistes. Moi, je travaille maintenant à l'échelle romande et je me rend compte que la santé sexuelle et ce qui en découle souvent, les IST ne sont traitées que dans deux lieux, les planning familiaux, donc le modèle normatif : couple stable, exclusif sexuellement qui veut des bébés ou qui n'en veut pas, enfin qui les repousse avec la contraception mais à un moment, il faudra y penser ou alors, le côté infectiologie. Si tu te reportes aux questions LGB, donc gay et lesbiennes quelle que ce soit leur orientation sexuelle, la maternité était un interdit il n'y a pas encore si longtemps et donc, on ne va pas aller vers un service qui était interdit, on se sentait mal à l'aise, parce que, comme ça a été conçu comme ça, la planification familiale, ça laisse des traces dans ces services-là. [Coupure] la planification familiale qui était un interdit et qui était réservée aux femmes. Les femmes lesbiennes ne se sentaient pas du tout concernées par la planification familiale. Elles ont donc renoncé à ça et elles ne sont pas à l'aise parce qu'on les présuppose hétérosexuelles même le gynécologue, avec etc, etc. Il n'y a pas eu d'informations sur la santé sexuelle lesbienne, très peu. Donc ce ne sont pas ces milieux-là. De l'autre côté, l'infectiologie. C'est là où on oriente les hommes, cis-genre ou considérés comme tel. C'est le VIH, c'est les infectiologistes et le mouvoir à SIDA. Que l'on veuille ou non, le milieu hospitalier et en particulier dans le domaine de l'infectiologie, a deux-trois représentations sur les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, euh, qui ne sont pas [...] et donc, voilà, et sur les personnes séropositives aussi. Et donc, du coup les gens... Après, ce sont les représentations qui sont construites aussi vis-à-vis ces services-là qui ont historiquement héritées, donc toute la période du VIH, ou qui sont par le bouche à oreille. Alors ça, ça marche encore très bien. Moi, je suis au courant de comment se comporte tel ou tel médecin alors que je ne l'ai jamais vu de ma vie. Et ce n'est pas ici au Check-point. Non, c'est dans les discussions que j'ai par ailleurs, hum, voilà. Quand un médecin se retrouve avec une personne séropositive qu'il croit qu'il est devenu abstinent vu son diagnostic, parce que maintenant, ça suffit, il ne va pas le refiler à tout le monde, euh... Quand un médecin infectiologue qui suit des personnes séropositives et qui ne fait pas de dépistage des IST, parce qu'ils se protègent maintenant et ne veulent pas infecter les autres... C'est quoi la protection et quel est le risque d'infection aujourd'hui, etc, etc ? Donc, il y a un décalage complet. Il y a un infectiologue auquel je lui ai appris que l'on avait diagnostiqué son patient qu'il suivait depuis dix ans. Il n'avait pas fait de dépistage de IST depuis huit ans et nous on l'avait diagnostiqué il y a bientôt quatre ans pour une syphilis. Son médecin infectiologue qui le suit tous les six mois ne le savait pas. Ce sont des personnes qui connaissent. Est-ce qu'elles vont conseiller ce service là où tu n'as pas le temps de parler de sexualité, de santé sexuelle au sens large du terme ? Les consultations d'infectiologie sont au quart d'heure y compris pour un suivi de séropositivité. Les consultations de santé sexuelle, c'est différent mais, effectivement, mais voilà. Parfois, on les trouve trop intrusives. Quand tu as une heure de consultation en santé sexuelle, les gens trouvent ça trop long, que leur impose ça, ça ne joue pas. Et puis, la gynécologie, le système d'en est organisé les consultations... Tu es reçu par l'assistante médicale qui met à jour le questionnaire, le dossier administratif et qui prépare la consultation, qui t'envoie dans une cabine pour te foutre à poil et tu commences à voir le médecin soit nu derrière son

bureau, soit même les jambes écartées sur la chaise gynéco parce que l'assistante t'a installé. Est-ce que tu es vraiment en position pour discuter en te sentant dans un espace de confiance et de confort et à niveau égal avec ton interlocuteur et ton interlocutrice?

*Est-ce que ça pourrait être un moyen finalement pour investiguer un peu la manière dont la personne gère sa sexualité, son orientation sexuelle par exemple de demander « quand est-ce vous êtes allé-e-s la dernière fois chez le gynécologue ? ».*

Ça devrait même être fait.

*D'accord.*

C'est-à-dire que les contraceptions, si on parle de ça, de contraception, de suivi gynécologique, le médecin de famille doit s'en enquérir. Il ne doit pas tout faire lui-même. Mais le médecin traitant, le médecin de premier recours est celui qui a normalement le dossier de suivi et doit indiquer quelque part dans son système pour les personnes ayant besoin d'un suivi gynécologique « dernier contrôle gynécologique, à telle date... ». Et si ça fait plus d'une année, leur dire « est-ce que vous avez prévu d'y aller, pourquoi, comment, quoi qu'est-ce, etc ? ». Pareil, il ne va pas faire les suivis proctologiques non plus. Mais s'il sait qu'il y a pertinence à le faire pour des soucis de prostate, pour des soucis de condylomes ou pour des soucis de cela, il doit. Normalement, les médecins spécialistes envoient un rapport au médecin traitant pour l'informer justement à la demande du patient et parce que le médecin traitant est le garant de l'ensemble du dossier et s'il doit faire des interactions entre deux éléments, ben c'est à lui d'avoir la veille. Donc, s'il n'est pas informé, euh moi je suis toujours étonné que certains patients aillent voir les spécialistes et fassent des analyses et des choses comme ça sans qu'un médecin traitant soit au courant ou prennent des médicaments sans qu'un médecin traitant soit au courant. Il y a des risques.

*Ok, ben je crois que je n'ai plus de questions. Est-ce que tu as des questions pour moi?*

Pourquoi, il n'y a pas les trans ? Je sais parce que c'est déjà suffisamment vaste l'orientation sexuelle. Après, c'est prendre en compte ce que l'on appelle l'inter-sectionalité. Donc l'orientation sexuelle n'est pas quelque chose d'uniforme. Aujourd'hui d'un point de vue de santé publique, c'est l'orientation sexuelle en elle-même qui va poser soucis. Ce n'est pas parce qu'une personne se définit comme homosexuel ou d'une orientation pour le même sexe que ça va mal se passer et avoir des répercussions sur sa santé. C'est l'interaction avec d'autres éléments. Et donc, dans la formation, dans les questions à poser, c'est effectivement, la manière, en partant de la personne « comment vous définissez-vous ? » et puis « comment ça c'est passé pour vous ? », « quel a été votre parcours de vie ? ». Ne pas partir de présumé. Parce que si ce n'est pas en intersection avec un autre facteur, ça peut passer plein droit sans problème. Et l'autre élément, c'était que la société évolue et que les paradigmes qui étaient valables il y a vingt ans, ne le sont plus aujourd'hui. Euh... Oui, il faut faire des « updates », les enfants parce que euh, on parlait de la séropositivité tout à l'heure, il y a vingt ans et aujourd'hui ce n'est plus la même chose pourtant dans le monde médical, c'est traité de la même façon. Tu parlais de psy tout à l'heure, j'ai quand même des médecins en psychiatrie qui ont voulu contacter (c'était en pédopsychiatrique) les parents de tous, parce qu'il avait dix-sept ans et séropositifs, les autres patients pour les informer qu'il y avait un séropo dans le service... Voilà... Et pareil sur l'orientation sexuelle. Aujourd'hui, la découverte de l'orientation sexuelle mais ce n'est plus comme il y a vingt ans ou vingt-cinq ans. Ce n'est plus au même âge, ce n'est plus dans la même

condition, ça ne se fait plus nécessairement de la même façon, voilà. Par contre, l'incidence sur la santé, ça n'a pas bougé, ça. Euh, donc il y a aussi ça qui bouge. [...] Les données le montreront, montrent toujours qu'il y a une incidence mais voilà. Par contre, les questions-là, ben voilà, les questions d'âge, euh, il faut remonter dans le temps et puis les HSH... L'orientation sexuelle est une chose, le comportement sexuel en est une autre. Il ne faut pas faire d'amalgame et ce n'est pas parce qu'il a marqué « marié-e et deux enfants » sur son fichu dossier qu'il n'a pas de rapports avec des hommes et inversement, ce n'est pas parce qu'elle se définit comme lesbienne qu'elle n'a pas de rapports avec des hommes, qu'elle n'a pas d'homosexualité, qu'elle n'a pas de risques VIH-IST.

#### ENTRETIEN AVEC PASCAL SINGY

*Comment un médecin pourrait parler d'orientation sexuelle et de sexualité avec un patient ou bien une patiente ?*

Alors c'est une question bien évidemment difficile, parce que, d'abord un patient une patiente, c'est très difficile en terme générique... Est-ce que ça a un sens ? Parce qu'on est un patient ou une patiente et justement déjà là, il y a la question du genre. Mais on est un jeune ou un moins jeune on est un vieux ou on est un migrant ou on est un sourd... Vous voyez, il y a différents... Et je pense que ces différentes identités sociales que l'on porte, outre le fait, d'être un sujet patient, doivent conditionner ou peuvent conditionner, j'imagine, l'interaction entre ce patient, justement, et le soignant. Et donc, souvent les soignants, voilà, sont plus au moins à l'aise, parce qu'il y a souvent cette question-là à aborder, alors que l'on sait (plusieurs études le montrent), les patients sont soucieux. Ils aimeraient qu'on parle mais ils aimeraient, je pense, que ce soit à l'initiative du soignant. Alors, maintenant, comment aborder cette question ? Mais, c'est sûr que si vous allez pour un rhume et puis, que tout d'un coup, comme ça de but en blanc, il est question, on vous pose une question sur votre vie sexuelle active ou pas active ou votre orientation, ça peut être problématique aussi.

*Il y a quelque chose qui m'interpelle. Vous dites qu'il faut tenir compte de toutes les identités, donc du coup, il faudrait avoir un discours qui soit le plus intégratif possible...*

Mais si vous avez un patient migrant par exemple, c'est sûr que vous ne pouvez pas... Souvent d'où il vient... Il y a des questions qui seraient beaucoup plus difficile à poser et pour la préservation des faces, par exemple. Euh, puisque le centre de votre problématique touche à la question de l'homosexualité si j'ai bien compris, masculine et féminine, et bien dans certaines cultures, je pense que c'est plus difficile d'aborder la thématique que dans d'autres. Donc, là par exemple, je le sais que si ça se voit que vous venez de pays où c'est même condamné à mort, je pense que c'est très difficile de l'aborder comme ça, frontalement alors que ça l'est moins, j'imagine, dans des pays où le mariage est autorisé. Donc, vous voyez, rien que ça, je pense que, suivant qui vous avez en face de vous ou bien si vous avez des gens qu'ont soixante ans ou septante ans. Ce sont des gens qui ont connu, par exemple, si vous avez envie de cerner la question de l'orientation sexuelle, c'est plus difficile avec des gens qui ont connu une période où jusqu'en quatre-vingts, par exemple, dans la constitution française, c'était un fléau social. Donc, il y a des stigmates qui sont portés que quelqu'un qui a vingt ans ou vingt-cinq ans ou trente ans n'a pas connu. Donc, c'est aussi des éléments, qui voilà, c'est pour ça que je dis que l'on doit tenir compte. Enfin, il me semble, que l'on ne peut pas aborder la thématique d'une façon unilatérale avec quelque soit le type de patient parce que, voilà, on est fait d'une pluralité identitaire.



*Donc du coup, il y a un effet, il y a une incidence sur le lien thérapeutique, du fait de la manière dont on questionne le patient sans tenir compte de son âge ou de son identité.*

J'imagine et puis, lorsqu'on interroge les soignants et dans un livre qui s'appelle « Parler du SIDA au cabinet médical », on voit bien que les soignants eux-mêmes sont moins à l'aise de parler de sexualité avec quelqu'un plus âgé qu'eux, du même sexe qu'eux ou au contraire d'un sexe différent, inexpérimenté ou au contraire expérimenté. Ici, il y a deux personnes. Le soignant aussi, il n'est pas que soignant, il a aussi une pluralité d'identités qui peuvent être aussi diverses que celles que le patient peut présenter et le soignant peut être aussi en terme d'orientation sexuelle x, y ou z. Il n'est pas forcément... Vous voyez, c'est la même chose. On n'est juste pas qu'un soignant. Je pense que ces éléments-là, ils résonnent. On doit mettre en avant son identité de soignant. Mais suivant ce que l'on a vécu, suivant qui on est, suivant le type d'expérience que l'on a, je pense que l'on peut freiner ou au contraire faciliter l'interaction et l'introduction du thème sexualité.

*Faute de pouvoir aborder frontalement avec certains patients et certaines patientes, comment pourrait faire le médecin pour stimuler le patient à parler de sexualité et d'orientation sexuelle ?*

Par exemple, je me dis là, je pense tout à coup à ces recherches qui montrent que beaucoup de patients, une majorité d'entre eux souhaiteraient que l'on en parle et même certains souhaiteraient que l'on en parle dès la première rencontre. Au travers d'une question projective, par exemple, le fait que justement, en évoquant, avec le patient, qu'il y a des études qui montrent qu'il y a beaucoup de gens qui sont intéressés et sans dire « et vous ? », pour voir, parce que si un autre il dit « moi, ça ne m'intéresse pas » ou « je trouve incroyable » ou au contraire « je trouve que c'est normal que l'on aborde ce thème ». Ça peut être un moyen, vous voyez, de manière indirecte d'introduire le thème, en parlant des autres.

*Est-ce qu'il y a un langage à utiliser lorsqu'on parle de sexualité ?*

Oh, j'imagine que oui parce que – vous savez que dans toute langue, il y a plusieurs types de registres et puis il y a des registres très savants. Alors là, ça peut être un frein parce que vous avez en face de vous des gens qui n'ont pas, bien évidemment, généralement, le même registre des soignants. Ce n'est pas toujours le cas, vous avez des patients qui en savent davantage que les soignants, par exemple, le vocabulaire. Alors voilà, ça peut être extrêmement technique, extrêmement savant ou au contraire plutôt familier. Vous voyez, il y a tout un registre. Il y a des gens pour qui un terme n'est pas du tout familier ou vulgaire, c'est ce qu'il utilisera alors que pour le soignant, ça sera très difficile de le dire. Donc vous voyez, là aussi. Et puis, il y a des termes trop savants. Si vous parlez de coït interrompu même de fellation, d'anulingus et tout ça, enfin de termes d'origine gréco-latine, qui échappent. Qu'est-ce que l'on fait ?! Justement dans ce bouquin que j'avais sorti, c'était quelles étaient les stratégies que les médecins étaient prêts à développer pour se faire comprendre. Et là, c'était pour assurer la prévention du SIDA. Donc, il en allait à l'époque de la vie des patients. Ça valait la peine de se faire violence et d'utiliser des termes que le patient pouvait comprendre et qu'il ne parte en n'ayant rien compris sur qu'elles étaient les pratiques à risques et celles qui ne l'étaient pas.

*J'avais vu que beaucoup de médecins, durant les entretiens, abordaient la question de la sexualité et de l'orientation sexuelle à travers les infections sexuellement transmissibles. Vous pensez quoi vous de cette stratégie ?*

Disons que pour la population bisexuelle et homosexuelle, c'est la mise en lien, dans l'esprit de ces personnes, immédiatement entre leur vie sexuelle potentielle et puis donc ça veut dire nombreuse, des risques, etc. Donc, il y a une forme de stigmatisation. Vous voyez que pour une population hétérosexuelle, pour certains, ils ont beaucoup de partenaires aussi, prennent des risques comme les autres mais ce n'est pas vécu comme ça parce que c'est vécu encore aujourd'hui, à mon avis, il y a encore les populations à risque, c'est-à-dire la population sub-saharienne, la population toxicomane et la population homosexuelle et les chiffres vont bien dans ce sens. Et puis, il y a aussi une question d'identité. Beaucoup de gens, il me semble que les hétérosexuels, d'un point de vue des observateurs ne se considèrent pas comme hétérosexuels. Ils sont ; je suis. Tandis que les bisexuels et les homosexuels, ils ont cette identité-là. Alors, il faut avoir fait un effort pour la population qui vit dans la majorité pour pouvoir à se dire... Ils le sont de fait. Vous voyez ce que je veux dire ?! Mais, ils ne se vivent pas comme hétérosexuels. Ils n'ont pas cette étiquette à se mettre. C'est la norme. Donc, ils vivent toute leur vie sans jamais utiliser le terme hétérosexuel, se dire « je suis hétéro ».

*Donc d'une certaine manière finalement, parler d'IST, ça serait réduire leur identité d'homosexuelle à une maladie ?*

Oui, voilà, tout de suite à la « génitaliser ». Vous voyez, je fais une différence entre sexualité et génitalité, c'est tout de suite aux actes... Euh, de génitalité.

*Comportements sexuels ?*

Voilà, alors que la bisexualité et l'homosexualité, c'est bien plus vaste que la pratique, que l'acte sexuel qui doit bien entendu pris en considération compte tenu de la santé publique mais ce n'est pas que cela. Alors, je ne sais pas, peut-être l'expérience de ces gens a montré que c'était leur façon de faire mais ça peut aussi être « est-ce que vous êtes seul-e dans la vie ? », ou bien « est-ce que vous êtes accompagné-e ? ».

*La projection comme vous disiez avant.*

Voilà, ou bien, voilà, le médecin peut, lorsqu'il interroge le patient ou la patiente pour la première fois, à un moment donné, il va parler de la vie qu'il a et on peut se demander si les gens sont seuls ou accompagnés. Pas tout de suite « vous êtes accompagné-e ? » mais « est-ce que vous êtes seul-e ou est-ce que vous êtes accompagné-e ? », c'est-à-dire que vous ouvrez toujours en présentant les possibilités, c'est-à-dire que quand vous les offrez toutes les deux ou toutes les trois. Vous donnez à voir au patient que quelque part le choix est possible et que le soignant peut entendre A, B, C ou D. Alors que « est-ce que vous êtes accompagné-e ? », « vous êtes marié-e ? », il faut pouvoir dire non. C'est déjà plus difficile, parce que... Voilà, c'est ça, c'est l'idée de devoir dire non. Vous avez une femme, etc, des enfants, voilà, pour certaines personnes, c'est délicat.

*C'est plus difficile dire non que choisir ?*

C'est plus difficile dans le sens où suivant comment la question est posée, c'est que le médecin pense à l'avance le patient va répondre par l'affirmatif « oui, je suis marié-e. Oui, j'ai des enfants ». Vous voyez, c'est comme lorsque vous dites « vous ne prenez pas de drogues ? ».

*Non.*

Tandis que « est-ce que vous prenez des drogues? »... Vous voyez, c'est très important, vous ouvrez la possibilité. Et donc là, lorsque vous dites « est-ce que vous êtes seul-e dans la vie ou vous êtes accompagnée ? » . Après la personne... On voit si la personne ne veut pas dire plus ou elle dit « oui, je suis accompagnée. Oui, j'ai une femme, etc, ou j'ai un ami ou une amie etc ». Plutôt de dire à la personne « est-ce que vous êtes homosexuel ou hétérosexuel ? ». Je n'ai jamais entendu un soignant dire « est-ce que vous êtes bien hétérosexuel ? », parce que c'est la norme.

*D'ailleurs, c'est intéressant, parce qu'avec les patients, justement, beaucoup utilisaient une stratégie différente, à savoir qu'ils restaient très flous...*

Les patients que vous avez interrogés étaient de toute orientation?

*Non, c'était des patients qui se reconnaissaient comme ayant une orientation sexuelle non hétérosexuelle, donc lesbienne, bi, gay ou bien...*

Transgenre?

*Pas de transgenre, non.*

Il y a encore autre chose.

*Intersexe, queer.*

Oui, oui, oui mais maintenant il y a encore de nouvelles identités. D'accord. Vous avez trouvé comment toutes ces personnes?

*Au travers d'associations.*

Ok.

*J'ai demandé et ils étaient plus au moins...*

Cool.

*Et du coup, ce qui était intéressant avec eux, c'est que certains essayaient de rester le plus flou possible par rapport à leur langage, aux éléments de réponse...*

Quand ils sont chez les soignants? Ouais, c'est ça?

*Quand ils sont chez les soignants, chez le médecin, pour que le médecin induise les questions.*

Ouais, donc c'est eux encore qui font le travail, vous voyez, chose que ne font pas les jeunes qui sont dans la norme. Vous voyez, le travail de cette population qui doit toute sa vie et pas seulement là, ça sera au travail, dans différents endroits... Voilà, c'est le destin des minorités. Donc, c'est toujours dans le calcul, c'est donc... Vous voyez cette identité, au plan de la génitalité et de la sexualité, ils l'ont constamment, chose que n'ont pas les gens de la majorité.

*Et, ce qui était également très intéressant. avec eux, c'est qu'eux, ils attendaient du médecin, qu'il légitime et qu'il les reconnaissent dans leur identité, donc qu'ils puissent dire qu'ils étaient homosexuel, bi ou autre. Mais ils ne voulaient pas que le médecin les fasse ressentir différemment. Comment dire que l'on est différent sans faire sentir différent?*

Donc, leur idée c'est qu'ils puissent affirmer leur identité, enfin, disons ce qu'ils sont entre, j'ai trente-cinq ans, je suis boulanger et je suis bi, c'est un tout. Ils voudraient avoir ça et que ça soit vécu par le soignant comme une chose banale, un patient parmi d'autres. Donc, voilà, c'est ça, c'est une forme à la fois de banalisation et d'une reconnaissance.

*Exactement et ça me paraissait être très paradoxal. Je ne sais pas comment le médecin peut faire pour...*

A mon sens, le plus simple, je crois, c'est de montrer, d'avoir une attitude qui montre qu'il est prêt à recevoir ces différences, c'est pour ça que c'est à lui de le faire et d'ouvrir suffisamment pour permettre toute réponse. Enfin, si vous dites que vous êtes nécrophile, pédophile, c'est différent. Mais je parle de cet... Voilà, et que ça soit tout à fait understandable. Alors quelques fois, ça peut être le soignant lui-même qui pourrait décliner en disant « hétéro, bi, gay ou lesbienne », vous voyez en offrant ou alors en montrant que parmi la clientèle, la patientelle qu'il a, il y a des gens aussi bien hétérosexuel qu'homosexuel et que tout compte fait, ça regroupe les statistiques générales. Enfin, voilà.

*C'est une des stratégies de mettre une affiche dans le cabinet disant que le médecin est tolérant, ouvert d'esprit.*

Alors, il y a des gens qui mettent qu'ils sont gays-friendly comme les restaurants, comme les hôtels mais il y a un côté un peu commercial. Et puis, avec le gay-friendly, c'est un peu plus avocat blanc et américain. Il y a les femmes, est-ce qu'elles s'y reconnaissent vraiment ? Il y a des gens, comme vous dites, qui sont dans une forme d'asexualité, d'auto-sexualité. Ça ne suffit pas, gay-friendly, ça fait très élite. Si vous pensez à la jeune population migrante même, ou bien même des gens peu éduqués, ils ne savent pas ce que c'est.

*J'avais encore une question par rapport à vos recherches, est-ce que... Enfin, quelque chose qui m'a beaucoup choqué d'une certaine manière avec les entretiens que j'ai fait, c'est que souvent les patients, les individus préféraient parler de sexualité et d'orientation sexuelle avec le médecin généraliste. Ils se sentaient beaucoup plus à l'aise qu'avec le médecin spécialiste spécialisé dans tous ce qui avoir trait au génital comme le gynécologue ou le gastro-entérologue...*

Oui, parce que quand on va chez le généraliste, vous n'allez pas, généralement (ça arrive aussi), spécifiquement pour une problématique sexuelle. quelque fois oui et c'est lui qui va vous amener chez d'autres mais quand on va voir un gynécologue, un dermatologue, un vénérologue, etc. Là, on va clairement parce qu'il y a un soucis généralement. Donc, on a fait une faute, on a fait une bêtise. Parce que si on n'en fait pas, on n'a pas à mettre les pieds là-bas. Ce n'est pas juste pour un contrôle, il n'y aura rien de tel mais on soupçonne qu'il y a quelque chose qui dysfonctionne et si ça dysfonctionne, ça sera peut-être parce qu'on aura mal agi ou alors on sera contraint à dire « et bien dans ma vie sexuelle, je pratique ceci, cela, pas ceci » et donc, ça met à nu et puis ça fait ressortir un peu l'idée d'une faute.

*Oui, qui peut être très mal vécu.*

Oui, c'est ça. Ben ce sont des hypothèses que je vous donne.

*Oui, non mais c'est très sensé. Je n'avais pas pensé au ressenti du patient qui pouvait voir ça comme une faute.*

Et oui, parce que c'est souvent parce qu'il y a un soucis et comment on sait... Alors, voilà, si la question... Mais même... Autrefois, avec l'apparition du SIDA, il y avait quand même la syphilis, il y avait quand même beaucoup de maladies vénériennes que la population homosexuelle est partiellement concernée vu la fréquence des rapports.

*Est-ce que durant vos recherches également, vous avez vu si dans les « guidelines » suisses de la FMH ou autre, les questions sur la sexualité ou l'orientation sexuelle étaient recommandées?*

Oui, s'agissant de la question, à propos du SIDA, il fallait, lorsque les gens vont faire des tests, faire une investigation et il y avait toute une série de questions qu'il convenait de poser et qui allait dû « est-ce que vous avez été dans des pays étrangers ? Est-ce que...», voilà, il fallait le faire.

*Et donc, qui sont toujours valables ?*

Je ne peux pas vous le dire. Il suffirait de téléphoner à la truc Anonyme SIDA ou au CheckPoint et il y a quelqu'un qui travaille avec Mme Spencer.

*Florent Jouinot ?*

Ah, non je pensais à Raphael Bize. C'est lui qui dirige un peu ce truc, non ?

*Lui, il est plus dans tout ce qui est santé publique.*

Ah d'accord mais il était un peu impliqué.

*Oui, il avait fait un rapport, le rapport PREOS.*

Je pense que même Mme Spencer, elle doit savoir.

*Je reçois plusieurs avis, c'est pour ça.*

Oui. Moi maintenant, je suis très loin. Je suis avec les personnes âgées qui souffrent de douleurs chroniques et les raisons pour lesquelles elles n'osent pas parler de leur douleur. Voilà, il n'y a pas que les jeunes qui souffrent. Mais dites.

*Euh, c'était ma dernière question.*

D'accord, ça vous a été utile ?

*Oui clairement. Est-ce que vous avez une question pour moi ?*

Non, mais je me réjouis de pouvoir vous lire. Et, vous allez soutenir quand ?

*En février normalement.*

Ah, ça n'a pas encore été donné.

*Je n'ai pas encore prévu.*

Ah vous n'avez pas encore restitué le travail. Ah ben non, puisque...

*Non, je suis entrain de compléter la discussion.*

Ok. C'est Brenda qui avait proposé le sujet ou c'est vous ?

*Non, c'est moi. Je trouvais ça intéressant. Votre cours sur la linguistique m'avez beaucoup intéressé. Je trouvais que c'était très important pour l'anamnèse et j'avais différents études qui disaient que justement que les populations homosexuel, bi et puis transgenres avaient plus de difficultés à accéder à des soins justement à cause du rapport avec le médecin. Je trouvais ça intéressant.*

Oui, mais dans l'étude que l'on avait fait sur les jeunes bi, mais alors peut-être que les choses ont changé. C'était dans les années deux mille cinq; en dix ans les choses changent. A la fois, elles changent et elles ne changent pas, parce que ce chiffre, cette souffrance, ces tentatives de suicide, elles demeurent même dans un pays (je pense à la France), enfin presque tous les pays d'Europe où il y a le mariage, il y a quand même cette jeunesse-là, elle souffre. Bon, on n'ose pas imaginer comme en Iran mais je veux dire. Non mais, enfin, mais ça n'empêche pas qu'il y a quand même des gens qui sont dans le malheur parce que l'idée qu'ils sont seuls au monde, enfin tout ce que les gens racontent. Et alors, c'est, il y avait une sorte, on avait demandé avec qui vous pouvez en parler, s'ouvrir avant. Pas les soignants... Pas les premiers, ils venaient presque à la hauteur du père. La mère venait avant, une amie venait avant. Voilà, c'était plutôt d'abord des femmes qui étaient là pour recevoir l'information. Et donc, c'était la raison pour laquelle, il fallait faire quelque chose pour que les soignants soient plus attentifs et qu'ils recueillent ces patients sans les stigmatiser, parce que ce n'est plus un fléau, ce n'est plus considéré comme un fléau et puis on sait que c'est une population fragile.