Publié par:
REISO.org
REVUE D'INFORMATION SOCIALE

L’accès à la santé pour les personnes LGBTIQ

Les discriminations dans la santé perdurent. Afin que les soignant·e·s pratiquent l’inclusion de chaque patient·e, il importe de renforcer leur formation professionnelle sur les questions de sexe, de genre et de sexualité.

© Armin Staudt / Fotolia

Par ***Jérôme Debons***, sociologue, collaborateur de recherche, Unisanté, Lausanne ; ***Caroline Dayer***, docteure et chercheuse, formatrice et consultante, experte en prévention des violences et des discriminations, Genève ; ***Raphaël Bize***, médecin associé, MER clinique, Unisanté, Lausanne.

Aujourd’hui, nombre de personnes s’autodéfinissent ou sont catégorisées comme lesbiennes, gays, bisexuelles, trans*, intersexuées, queer ou en questionnement [1]. Face au personnel médical, ces personnes ne se retrouvent pas dans des conditions adéquates pour pouvoir être elles-mêmes. Elles sont amenées à trier ce qu’elles disent au ou à la médecin par peur d’être jugées ou par anticipation d’un manque de compréhension de leurs besoins.

Plus grave, alors que les enquêtes montrent qu’une majorité de personnes qui se considèrent comme LGBTIQ souhaiteraient pouvoir parler ouvertement de leurs expériences en consultation, les portes demeurent souvent fermées (Haider et al. 2017).

L’accès aux soins et la qualité des soins à l’égard des personnes LGBTIQ doivent par conséquent être améliorés de sorte à renverser cette tendance à l’invisibilisation. Chaque professionnel·le peut y contribuer en prenant en compte l’existence, les droits et les besoins de ces personnes [2].

Les constats

Les personnes LGBTIQ subissent une pression sociale spécifique appelée syndrome de stress minoritaire, qui se traduit dans des formes de stigmatisation (dénigrements, indifférence, évitements), de rejet ou de violence (insultes, harcèlements, agressions physiques). Ces facettes sont la résultante du sexisme, du cissexisme et de l’hétérosexisme (Dayer, 2017a). Elles ont des conséquences extrêmement dommageables notamment sur la santé mentale des

Comment citer cet article ?
Jérôme Debons, Caroline Dayer et Raphaël Bize, «L’accès à la santé pour les personnes LGBTIQ», REISO, Revue d'information sociale, mis en ligne le 2 décembre 2019, https://www.reiso.org/document/5288

personnes LGBTIQ, chez qui l'incidence de troubles dépressifs, de comportements suicidaires ou de symptômes d'anxiété est systématiquement plus élevée que dans la population générale (Bize et al. 2018).

Les institutions de santé ont longtemps ignoré ces réalités en reproduisant, souvent par ignorance, des discriminations ou de l'exclusion à leur égard. Durant des années, les ressentis en termes d'identité de genre des personnes trans* ont, par exemple, été considérées comme relevant d'un trouble psychiatrique. Or la psychiatrisation des expressions atypiques du genre est contestée par les associations de défenses des droits des personnes LGBTIQ et ne correspond plus aux standards professionnels (WPATH 2012).

De manière plus subtile, mais non moins insidieuse, des questions banales lors d'une anamnèse peuvent se révéler non inclusives, voire stigmatisantes, conduisant les personnes LGBTIQ à cacher des pans de leur existence. Demander à une fille si elle a un « petit ami » (et vice et versa pour un garçon) peut en effet être perçu par des jeunes lesbiennes, gays, bi ou queer comme un déni de leur réalité. Inversement, le fait qu'une personne soit mariée ou ait des enfants ne veut pas forcément dire qu'elle soit cisgenre ou actuellement dans une relation hétérosexuelle exclusive.

Les formulaires administratifs ne sont pas en reste : l'impossibilité de signaler un partenariat enregistré ou de mentionner son prénom d'usage pour une personne intersexuée ou en transition de genre par exemple, sont autant de lacunes révélatrices d'un implicite hétérosexuel, cisgenre [3] et dyadique [4] qui à la fois génère l'autocensure et renforce les inégalités de santé dont les personnes LGBTIQ sont par ailleurs victimes.

Les enjeux

Les discriminations envers les personnes LGBTIQ sont liées à un système socioculturel dont la matrice – le sexisme, le cissexisme, l'hétérosexisme – structure non seulement les attentes de rôles associées au statut d'homme et de femme mais aussi toutes les institutions de la société, de la famille à l'emploi en passant par la médecine, l'éducation, la sexualité, le droit et la politique. Des savoirs interdisciplinaires et les recherches actuelles soulignent le caractère socialement construit d'un tel système binaire ainsi que sa propension à générer des discriminations (Butler 2005, Fausto-Sterling 2012). Dans le même sens, les mouvements sociaux LGBTIQ plaident pour une reconnaissance de la diversité ainsi qu'une égalité de droit et de fait.

Les professionnel·le·s de la santé peuvent contribuer à ce mouvement social en rendant leurs pratiques non discriminatoires et inclusives à l'égard des personnes LGBTIQ. Pour impulser ce processus, nous pouvons partir des exemples de bonnes pratiques issus de ce domaine et faire une mise en perspective avec le modèle des compétences cliniques transculturelles (Althaus et al. 2010) développé pour améliorer les capacités d'interaction et de prise en charge médico-soignantes dans le domaine de la migration. Au terme des formations proposées, les professionnel·le·s auront travaillé sur la mise en évidence de leurs origines culturelles, préjugés et stéréotypes racistes ; elles et ils auront également acquis les connaissances nécessaires sur les pathologies propres aux personnes migrantes qu'elles et ils côtoient et leur prévalence dans les pays d'origine ; enfin, elles et ils auront développé des capacités d'interaction et de communication efficaces pour gérer le cadre d'une consultation, négocier un plan de traitement et identifier les résultats.

Certes, ce parallèle a ses limites comme par exemple le fait que les personnes migrantes sont rarement rejetées par leur propre famille et ne manquent pas de figures d'identification au cours de leur construction identitaire, ce qui est souvent le cas des personnes LGBTIQ. Cela dit, le modèle reste intéressant à plus d'un titre : il améliore, via une formation spécifique, la qualité des soins destinés aux personnes migrant·e·s ; il comporte en outre des éléments de base tout à fait transposables dans la prévention de l'homophobie et de la transphobie, à savoir l'attitude empathique, la curiosité bienveillante, l'écoute non jugeante ou encore la capacité des professionnel·le·s à se décentrer par rapport aux injonctions normatives pour mieux accueillir la diversité.

Au-delà de ces principes de base, il est nécessaire d'adapter le modèle avec l'apport de connaissances spécifiques. Des soins de qualité envers les personnes LGBTIQ exigent une réflexion de fond sur le système hétéronormatif comme construction sociale, sur les discriminations (sexisme, hétérosexisme, cissexisme) et leurs imbrications ainsi que sur l'impact sur la santé de la stigmatisation liée au sexe assigné à la naissance, au genre ainsi qu'à l'orientation affective et sexuelle. Les formations existantes et qui se développent dans le domaine doivent également viser l'acquisition de compétences dans la capacité des professionnel·le·s à aborder la sexualité de manière ouverte avec un·e patient·e, dans leur compréhension des besoins propres à ces personnes et l'identification des situations à risque – comportements suicidaires, pratiques d'automutilation, consommations excessives de psychotropes, comportements sexuels non protégés (Bize et al. 2018).

Ces compétences professionnelles sont décisives notamment dans les moments de prise de conscience et d'expression de soi (coming out), des périodes souvent marquées par le rejet et l'isolement social, le déni et l'augmentation des prises de risques. Notons encore que dans le cas d'enfants manifestant une identité de genre atypique, le repérage précoce, le soutien actif et positif de la personne concernée et de son entourage familial (accompagnement transaffirmatif), et le cas échéant, la proposition d'une intervention médicale (notamment hormonale), sont autant de pistes à favoriser car elles réduisent le risque de voir ces personnes subir des situations de discriminations massives tout au long de leur parcours de vie (Medico & Zufferey 2018).

La mission

Les exemples présentés dans ce texte soulignent l'importance d'une formation renforcée pour l'ensemble des professionnel·le·s de la santé sur les questions de sexe, de genre et de sexualité. L'acquisition de compétences en termes de prévention et de promotion de la santé ainsi que la mise en place de prises en charge respectueuses de l'intégrité des personnes LGBTIQ constituent en effet des enjeux déterminants.

Cette mission renvoie à une question de justice sociale et de respect des droits humains, mission à promouvoir non seulement dans le domaine de la santé, mais également dans le domaine éducatif, social et politique, et plus globalement, dans toute situation où des professionnel·le·s interagissent avec des usagers et usagères. Il s'agit ainsi d'articuler pratiques, posture et culture professionnelles (Dayer, 2017b).

Bibliographie

- Althaus Fabrice, Hudelson Patricia, Domenig Dagmar, Green Alexandre, Bodenmann Patrick, 2010, « Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale », Forum Med Suisse, 10/05 : 79-83.
- Butler Judith, 2005, Trouble dans le genre, Paris, La Découverte.
- Bize Raphaël, Volkmar Erika, Berrut Sylvan, Medico Denise, Balthasar Hugues, Bodenmann Patrick, Makadon Harvey, « Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres », in Bodenmann P., Jackson Y., Wolff H., 2018, Vulnérabilités, équité et santé, Paris, Payot, pp. 173-185.
- Dayer Caroline, 2017a, Sous les pavés, le genre. Hacker le sexisme, Aube.
- Dayer Caroline, 2017b, Le pouvoir de l'injure. Guide de prévention des violences et des discriminations, Aube.
- Fausto-Sterling Anne, 2012, La dualité du sexe à l'épreuve de la science, La Découverte.
- Haider Adil, Schneider Eric, Kodadek Lisa, Adler Rachel, Ranjit Anju, Torain Maya, et al., 2017, «Emergency Department Query for Patient-Centered Approaches to Sexual Orientation and Gender Identity: The EQUALITY Study», JAMA Intern Med, 177: 819-28.
- Medico Denise, Zufferey Adèle, 2018, «Un futur pour les enfants et les jeunes transgenres. Que savons-nous sur les besoins et les solutions?», Rev Med Suisse, 14 : 1765-69.
- WPATH, 2012, Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, World Professional Association for Transgender Health.

[1] Nous adopterons dans ce texte l'acronyme LGBTIQ par souci de simplification.

[2] En Suisse, les personnes LGBTIQ représenteraient a minima entre 5 et 10 % de la population (Bize et al. 2018). Aujourd'hui, de plus en plus de personnes ne se définissent pas comme hétérosexuelles. Rappelons également que selon le classement « Rainbow Map Europe 2019 » de l'ILGA 2019, la Suisse ne se situe qu'au vingt-septième rang sur quarante-neuf pays au niveau de l'égalité juridique des personnes LGBTIQ. Beaucoup de progrès sont encore attendus au niveau du droit à la famille et à une union civile égalitaire, de la protection juridique contre les violences homo et transphobes ainsi que du soutien à l'autodétermination des personnes trans* et des personnes intersexuées.

[3] Fait référence aux personnes dont l'identité de genre coïncide avec le sexe assigné à la naissance.

[4] Fait référence à une vision binaire du développement du sexe.