

VERS L'ÉGALITÉ DES CHANCES EN MATIÈRE DE SANTÉ POUR LES PERSONNES LGBT: LE RÔLE DU SYSTÈME DE SANTÉ

ÉTAT DES LIEUX ET RECOMMANDATIONS



prévenir le rejet
basé sur l'orientation sexuelle
et l'identité de genre
chez les jeunes

GLEICHE CHANCEN FÜR LGBT-PERSONEN
HINSICHTLICH IHRER GESUNDHEIT:
DIE ROLLE DES GESUNDHEITSSYSTEMS
BESTANDSAUFNAHME UND EMPFEHLUNGEN

AVANT-PROPOS
DU PROFESSEUR
ALAIN PÉCOUD



PREOS RAPPORT DU GROUPE SANTÉ



LAUSANNE
AÔT 2012

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
RÉSUMÉ	6
ZUSAMMENFASSUNG	7
1. INTRODUCTION	8
1.1 Groupe de travail Santé PREOS	8
1.2 Mettre fin à l'invisibilité des personnes LGBT dans le système de santé	10
2. CONSTATS	11
2.1 Etat des lieux en matière de santé des personnes LGBT	11
2.1.1 Santé des lesbiennes et des autres FSF	12
2.1.2 Santé des gays et des autres HSH	18
2.1.3 Santé des bisexuel/le/s	24
2.1.4 Santé des transgenres	26
2.2 Inadéquation entre les besoins des personnes LGBT et l'offre actuelle	31
2.3 Invisibilité des personnes LGBT dans les enquêtes de santé nationales	32
2.4 Exemples d'initiatives dédiées à la santé des personnes LGBT	33
2.5 Fondements qui légitiment une action	34
2.5.1 Droits humains et droits sexuels	34
2.5.2 Droit à la santé et équité d'accès aux soins	35
2.5.3 Ethique des professions médicales	37
3. DOMAINES ET INTERVENANT/E/S PRIORITAIRES	38
3.1 Santé sexuelle et reproductive	40
3.1.1 Education sexuelle dans les classes	40
3.1.2 Professionnel/le/s en santé sexuelle et reproductive : situation dans le canton de Vaud	43
3.2 Santé scolaire	44
3.2.1 Promotion de la santé et prévention en milieu scolaire	44
3.2.2 Infirmiers/ères scolaires	45
3.3 Médecine de premier recours	48
4. OUTILS	49
4.1 Outils réalisés ou à développer en priorité	49
4.2 Exemples d'outils existant à l'étranger	50
4.3 Ressources communautaires LGBT et pistes à destination des professionnel/le/s de santé	51
5. RÉFÉRENCES	54
RECOMMANDATIONS	58
EMPFEHLUNGEN	66
ABRÉVIATIONS	73
REMERCIEMENTS	74

Une synthèse des constats et des recommandations contenus dans ce rapport existe sous la forme d'un cahier A5 intitulé « *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: Le rôle du système de santé. Résumé et recommandations* ». Ce cahier peut être téléchargé sur le site www.preos.ch.

L G B T

LGBT = Lesbiennes, Gays, Bisexuel/le/s, Transgenres. Cette catégorisation est couramment utilisée pour la définition ou l'autodéfinition de sous-groupes d'individus avec des caractéristiques supposément communes en matière d'orientation sexuelle et/ou d'identité de genre. Si elle est utile, notamment dans le domaine de la recherche, cette typologie ne rend pas entièrement compte de la grande diversité et du caractère non statique du ressenti et des expériences vécues. L'orientation sexuelle et l'identité de genre ne sont par ailleurs que deux dimensions identitaires parmi une multitude d'autres, chacune étant insuffisante à elle seule pour définir un individu. L'acronyme « LGBTIQ » couvre encore les catégories « Intersexes/Intergenres » et « Queer/Questionning ». Le thème de la santé des personnes intersexes/intergenres n'a pas été traité ici en raison de ses complexités spécifiques et de l'absence d'expert/e représentatif/ve au sein du groupe Santé PREOS. Cette lacune reste donc à combler.



Ce rapport sur la santé des personnes LGBT prend les allures d'un signal d'alarme: les auteurs interpellent avec force tous les intervenants des systèmes de santé. Ces auteurs ne sont pas seulement des militants, ce sont aussi des scientifiques, basant leurs affirmations sur des résultats d'études de qualité et sur les positions prises par les instances de haut niveau telles que celles qui conseillent les gouvernements de plusieurs pays, notamment anglo-saxons.

Ainsi, les auteurs de ce rapport évoquent de façon documentée et persuasive les difficultés de vie souvent méconnues des personnes ayant un vécu identitaire minoritaire par rapport à leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, leurs souffrances liées au doute, à la stigmatisation familiale ou scolaire, au non-dit. Et surtout, à l'intention des intervenants des systèmes de santé, ils décrivent d'une part comment et pourquoi un grand nombre de ces personnes n'osent pas évoquer leur vécu, et comment et pourquoi les soignants eux-mêmes ne savent pas, ou n'osent pas, adresser les questions qu'il faudrait poser, au moment où il serait crucial de créer une alliance thérapeutique. Ce cercle vicieux de la non-relation est connu, par exemple, dans les soins aux migrants: dans ce domaine, une prise de conscience du problème a eu lieu et a débouché sur une véritable volonté de formation spécifique et organisée des intervenants de santé.

Le lecteur de ce rapport sera ainsi convaincu que nous devons maintenant considérer qu'il y a, lié aux besoins des personnes LGBT, un nouveau défi à relever. Un défi soumis aux responsables politiques et académiques dans les recommandations concrètes qui concluent ce document.

Le défi aussi que, pour toute action concernant ces personnes, les intervenants des systèmes de santé veillent à ce que, ici comme dans toutes les régions du monde, l'universalité des droits de l'homme et les principes éthiques qui fondent nos professions, soient toujours respectés.

Dr Alain Pécoud

**Professeur honoraire à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne
Ancien Directeur de la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne**

RÉSUMÉ

Besoins de santé des personnes LGBT

Bien que les sociétés occidentales aient évolué vers une meilleure intégration des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres (LGBT), celles-ci font toujours l'objet de discriminations et de préjugés. Comme le démontre un nombre croissant d'études, ces formes de rejet et la pression normative empêchent les jeunes LGBT de vivre leur identité de manière ouverte et structurante et portent lourdement préjudice à leur santé physique et mentale. Les jeunes LGBT sont particulièrement vulnérables à la stigmatisation sociale dès lors qu'ils s'éveillent à leur différence sans toujours bénéficier du soutien bienveillant de leur famille ou de leur entourage. Cet isolement expose ces jeunes à des problèmes de santé non négligeables, au premier rang desquels la dépression et le suicide. Les difficultés rencontrées dans la construction d'une estime de soi stable et positive laissent des séquelles qui peuvent entraver la qualité de vie à l'âge adulte. En dépit des connaissances aujourd'hui disponibles sur ce sujet, les besoins des personnes LGBT demeurent dans l'angle mort du système de santé. Dans le cadre de ses travaux, le groupe Santé PREOS a fait l'inventaire de ces besoins et a identifié les principaux obstacles à leur prise en charge.

Un manque de formation des professionnel/le/s de la santé

La grande majorité des professionnel/le/s de la santé ne sont ni formé/e/s ni sensibilisé/e/s aux thématiques LGBT. Cette lacune et l'invisibilité à laquelle un grand nombre de jeunes et d'adultes LGBT se sentent contraints se traduisent dans la pratique par une sous-estimation de la prévalence de ces difficultés, par une offre de soins inadaptée et par la persistance de représentations ou de croyances erronées. En outre, les soignant/e/s ont du mal à aborder les thématiques liées à la sexualité, a fortiori lorsqu'il s'agit d'orientation sexuelle et/ou d'identité de genre. Cette retenue met clairement en péril l'alliance thérapeutique censée garantir la qualité des prestations et leur adéquation par rapport aux besoins. Des problèmes particulièrement aigus sont observés par rapport à la prise en charge des personnes transgenres. Dans ce domaine, c'est tout le processus de prise en charge qui est en cause.

Santé scolaire : une réponse insuffisante

La thématique LGBT suscite toujours un important malaise au sein des autorités ou des établissements scolaires, ce qui freine, voire empêche la mise en place de réponses concrètes et adaptées. Là aussi, la faible visibilité des jeunes LGBT est fréquemment interprétée comme une absence de difficultés. La formation des équipes de santé scolaire est lacunaire voire inexistante, alors que les besoins sont désormais bien identifiés. En conséquence, les équipes de santé sont souvent démunies face aux problèmes rencontrés par les jeunes LGBT. En outre, les cours d'éducation sexuelle n'accordent pas assez d'attention aux minorités sexuelles, laissant encore trop souvent les jeunes concerné/e/s seul/e/s face à leurs interrogations.

Santé sexuelle: une offre de conseils et de soins pas assez ciblée

L'offre en matière de santé sexuelle et reproductive est, certes, de qualité mais elle ne tient pas suffisamment compte des minorités sexuelles. En conséquence, la couverture des besoins et des publics n'est pas optimale.

Recommandations

Au terme de ses investigations, le groupe Santé PREOS adresse 37 recommandations aux autorités en charge de la santé, de l'action sociale et de l'instruction publique. Ces recommandations se répartissent en 6 axes prioritaires, à savoir : la formation des professionnel/le/s de la santé ; l'accès aux soins ; la prévention et la promotion de la santé ; la suppression des pratiques discriminatoires ; la santé scolaire ; la recherche. Le groupe Santé PREOS invite également les professionnel/le/s des domaines concernés à prendre en compte ces bonnes pratiques et à les mettre en œuvre sans délai en concertation avec les organisations communautaires LGBT. ■

Gesundheitliche Bedürfnisse von LGBT

Obwohl sich in den westlichen Ländern die Integration von lesbischen, schwulen, bisexuellen und transidenten Menschen verbessert hat, sind sie immer noch Diskriminierungen und Vorurteilen ausgesetzt. Eine wachsende Anzahl von Studien belegt, dass diese Formen der Ablehnung und der normative Druck junge LGBT daran hindern, ihre Identität offen und strukturiert zu leben, und dass sie ihrer physischen und mentalen Gesundheit schaden. Die LGBT-Jugendlichen sind besonders verletzlich hinsichtlich der sozialen Stigmatisierung, da sie beim Bewusstwerden ihres Andersseins nicht immer die wohlwollende Unterstützung ihrer Familie oder ihrer Umgebung erfahren. Diese Isolation verursacht nicht vernachlässigbare gesundheitliche Probleme bei den Jugendlichen, vor allem Depression und Suizid. Die Schwierigkeiten, die beim Aufbau eines stabilen und positiven Selbstwerts erlebt werden, führen im Erwachsenenalter zu Spätfolgen, die die Lebensqualität beeinträchtigen können. Trotz des heute vorhandenen Wissens zu diesem Thema ist das Gesundheitssystem blind, wenn es um die Bedürfnisse von LGBT geht. Im Rahmen ihrer Aktivität hat die Gruppe Gesundheit von PREOS ein Inventar dieser Bedürfnisse erstellt und die grössten Hindernisse für deren Wahrnehmung identifiziert.

Ausbildungsmangel bei den Gesundheitsfachleuten

Die Mehrheit der Gesundheitsfachleute ist weder ausgebildet noch sensibilisiert für LGBT-Themen. Diese Lücke und die Unsichtbarkeit, zu der sich zahlreiche junge und erwachsene LGBT gezwungen fühlen, zeigen sich in der Praxis dadurch, dass die Verbreitung dieser Probleme unterschätzt wird, dass ein geeignetes Betreuungsangebot fehlt und dass falsche Vorstellungen und Meinungen weiter bestehen. Überdies haben Pflegefachleute Mühe, Themen rund um die Sexualität anzusprechen, besonders wenn es um die sexuelle Orientierung und/oder die Geschlechtsidentität geht. Diese Hemmung gefährdet die therapeutische Allianz stark, die die Qualität der Dienstleistungen und ihre Anpassung hinsichtlich der Bedürfnisse garantieren sollte. Bei der Betreuung von transidenten Personen sind die Probleme besonders schwerwiegend: Hier geht es um den gesamten Betreuungsprozess.

Gesundheitsförderung in der Schule: eine ungenügende Antwort

Die LGBT-Thematik ruft immer ein grosses Unbehagen bei den Schulbehörden und Lehrpersonen hervor. Dies bremst, ja verhindert sogar die Ausarbeitung von konkreten und geeigneten Massnahmen. Auch hier wird die schwache Sichtbarkeit von LGBT-Jugendlichen oft als ein Fehlen von Problemen gedeutet. Die Gesundheitsteams an den Schulen sind mangelhaft oder gar nicht ausgebildet, obwohl die Bedürfnisse klar umrissen sind. Die Gesundheitsteams sind daher oft hilflos, wenn es um die Probleme junger LGBT geht. Zudem trägt der Sexualkundeunterricht den sexuellen Minderheiten zu wenig Rechnung und lässt daher allzu oft die betroffenen Jugendlichen mit ihren Fragen allein.

Sexuelle Gesundheit: Beratungs- und Betreuungsangebot zu wenig spezifisch

Das Angebot zur sexuellen und Fortpflanzungsgesundheit ist sicherlich von guter Qualität, aber es trägt den sexuellen Minderheiten zu wenig Rechnung. Daher werden die Bedürfnisse und die verschiedenen Zielgruppen nicht optimal abgedeckt.

Empfehlungen

Aufgrund ihrer Nachforschungen hat die Gruppe Gesundheit von PREOS 37 Empfehlungen zuhanden der Gesundheits-, der Sozial- und der Bildungsbehörden formuliert. Diese Empfehlungen gliedern sich in sechs Hauptbereiche: Ausbildung der Gesundheitsfachleute; Zugang zur Betreuung; Prävention von Krankheit und Gesundheitsförderung; Bekämpfung von diskriminierendem Verhalten; Gesundheit an den Schulen; Forschung. Die Gruppe Gesundheit von PREOS ruft die Akteurinnen und Akteure all dieser Bereiche auf, diesen «good practices» Folge zu leisten und sie unverzüglich—zusammen mit den LGBT-Interessenverbänden—umzusetzen. ■

1. INTRODUCTION

Le présent rapport a été rédigé dans la perspective des journées PREOS, journées romandes de réflexion et d'action sur la prévention du rejet basé sur l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre chez les jeunes (11 et 12 novembre 2011, Palais de Beaulieu, Lausanne).

Il se base sur une revue de la littérature scientifique et constitue une synthèse des réflexions du groupe de travail sur la thématique de la santé des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres (LGBT). Ce rapport dresse un état des connaissances actuelles et identifie des axes d'intervention prioritaires. Il aboutit à la formulation de 37 recommandations susceptibles d'améliorer l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT. Les références qui ont servi à documenter ce travail sont réunies à la fin du rapport. Le thème de la santé des personnes intersexes/intergenres n'a pas été traité ici en raison de ses complexités spécifiques et de l'absence d'expert/e représentatif/ve au sein du groupe Santé PREOS. Cette lacune reste donc à combler.

Une synthèse des constats et des recommandations contenus dans ce rapport existe sous la forme d'un cahier A5 intitulé « *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: Le rôle du système de santé. Résumé et recommandations* ». Ce cahier peut être téléchargé sur le site www.preos.ch.

1.1 GROUPE DE TRAVAIL SANTÉ PREOS

Composition

Membres:
(ordre alphabétique)

Hugues Balthasar
Sylvie Berrut
Raphaël Bize (responsable)
Emmanuelle Charrière
Denise Medico
Erika Volkmar

Ont également collaboré:
(ordre alphabétique)

Stéphane André
Niklaus Flütsch (traduction)
Dominique Graf (traduction)
Florent Jouinot
Alicia Parel
Alain Pfammatter
Monique Weber

Adresse électronique de contact: rbize.med@gmail.com

Compétences représentées

Médecine, santé publique, santé scolaire, soins infirmiers, santé des transgenres, santé des bisexuel/le/s, santé des lesbiennes et autres FSF, santé des gays et autres HSH, santé sexuelle, santé communautaire, prévention des maladies, promotion de la santé, éducation sexuelle en milieu scolaire, enseignement, psychologie de la santé, migration et droits humains, statistiques, évaluation de programmes et de politiques publiques.

Expert externe

Harvey Makadon, MD, Clinical professor of medicine, Harvard Medical School, and Director of education and training at the Fenway Institute, Boston (hmakadon@hms.harvard.edu).

Objectifs du groupe

- Dresser un état des lieux des problèmes de santé publique générés par le rejet (réel ou anticipé) basé sur l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre.
- Constituer une base de données de documents traitant des liens entre l'orientation sexuelle, l'identité de genre et la santé.
- Répertorier les besoins des populations LGBT en matière de santé.
- Répertorier les besoins des prestataires de soins.
- Mettre en évidence le manque de prise en compte des populations LGBT dans les questionnaires de santé publique et les conséquences négatives de cette invisibilité statistique sur la prise en compte de leurs besoins spécifiques.
- Proposer des pistes ou des solutions institutionnelles pour répondre aux besoins des populations LGBT et des acteurs/trices des milieux de soins en contact avec celles-ci.
- Elaborer et promouvoir la formation des acteurs/trices des milieux de soins dans le domaine de la santé des personnes LGBT.

Méthode de travail

- Groupe de travail constitué dans un esprit de santé communautaire (avec notamment au moins un/e représentant/e de chaque population cible).
- Séances de travail en commun.
- Travaux individuels selon décisions prises lors des séances communes.
- Revue de littérature.
- Utilisation des ressources communautaires LGBT existantes.

1.2 METTRE FIN À L'INVISIBILITÉ DES PERSONNES LGBT DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Pourquoi développer une approche spécifique aux personnes LGBT dans le domaine de la santé ? La question ne manque pas de pertinence et vient rappeler que dans un monde « idéal » chaque professionnel/le en lien avec le domaine de la santé devrait être en mesure de dialoguer et d'accompagner quiconque de manière appropriée. Dans ce même monde « idéal », les orientations sexuelles et les expressions de genre minoritaires pourraient s'exprimer librement sans exposer les personnes LGBT à une stigmatisation ou à différentes formes de discrimination et de violence connues pour porter atteinte à la santé.

Comme cela a déjà pu être constaté dans le domaine de la migration par exemple, il en va hélas autrement. Il ne s'agit pas ici de blâmer l'attitude des soignant/e/s par rapport aux personnes LGBT, mais plutôt de constater l'absence de formation voire même de sensibilisation dans ce domaine. Le sujet ne s'imposant pas de lui-même en raison du tabou et de l'invisibilité qui entourent encore largement les personnes LGBT, il n'est pas surprenant que cette thématique ne soit pratiquement jamais abordée en consultation. Il est également possible que les enjeux autour de la santé physique et psychosociale des personnes LGBT soient difficiles à percevoir pour la majorité des soignant/e/s qui n'ont pas vécu un parcours identitaire minoritaire par rapport à leur orientation sexuelle et à leur identité de genre [Dayer 2012, Sironi 2009].

L'état des lieux en matière de santé des personnes LGBT qui sera développé dans les sections suivantes démontre le nombre accru des atteintes à la santé auxquelles les personnes LGBT sont exposées en comparaison avec la population générale. En Suisse, ni l'orientation sexuelle ni l'identité de genre ne sont pourtant considérées comme des déterminants pertinents en matière de santé.

Nous sommes donc devant un double constat : d'un côté nous observons un problème de santé publique d'une ampleur substantielle mais qui reste largement invisible, ignoré ou négligé et, de l'autre, nous constatons l'incapacité du système de santé actuel à fournir une réponse appropriée à cette situation. ■

Déterminants
de la santé:



Caractéristiques liées à l'individu ou à son environnement qui influencent en bien ou en mal l'état de santé (lien causal direct), ou qui y sont associées (sans lien causal direct).

De nombreuses instances de santé publique reconnues sur le plan international, dont le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) d'Atlanta, considèrent l'homophobie, la transphobie, la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes LGBT comme des déterminants sociaux susceptibles d'affecter leur santé physique et mentale ainsi que la probabilité que ces personnes cherchent et obtiennent des soins appropriés et de qualité¹.

¹ Si le fait d'être LGBT et les manifestations homophobes/transphobes peuvent tous deux être considérés comme des déterminants de la santé, il convient de rappeler que le fait d'être LGBT est un indicateur du risque d'être stigmatisé et discriminé et pas un facteur responsable en lui-même d'une moins bonne santé.

2. CONSTATS

2.1 ETAT DES LIEUX EN MATIÈRE DE SANTÉ DES PERSONNES LGBT

Comme le souligne un éditorial paru dans l’*American Journal of Public Health*, l’étude de la santé des personnes LGBT est un phénomène relativement récent [Northridge 2001]. Beaucoup de chercheurs/euses craignent encore d’être discriminé/e/s professionnellement en affichant ouvertement leur intérêt pour cette thématique [Solarz 1999, Dohrenwend 2009]. D’autres se censurent de peur que les résultats de leurs travaux puissent être détournés de manière mensongère pour alimenter un courant homophobe au sein de la communauté scientifique ou de certains courants politiques ou religieux [Meyer 2003]. L’exemple le plus connu d’une telle dérive a valu à l’homosexualité d’être considérée comme une maladie psychiatrique jusqu’au milieu des années septante et vaut encore au jour d’aujourd’hui aux identités de genre minoritaires de subir le même sort.

L’essentiel des données relatives à la santé des personnes LGBT repose sur des enquêtes qui échantillonnent ces populations de manière ciblée, notamment dans les lieux où les personnes LGBT se retrouvent [Institute Of Medicine 2011]. Les limites de ce type d’approche en matière de représentativité rendent délicate l’interprétation de ces résultats [Dillely 2010, Meyer 1999]. La majorité des études se concentrent par ailleurs sur le VIH et les IST chez les HSH. Ce déficit de visibilité statistique et sanitaire contribue au manque de prise en compte des problèmes de santé spécifiques aux personnes LGBT [Meyer 2003, Hatzenbuehler 2009, Huebner 2002, May 2010].

Dans les chapitres suivants de ce rapport, nous dresserons un bref état des lieux de la santé des lesbiennes, des gays, des bisexuel/le/s et des personnes transgenres. Cette division en quatre groupes distincts vise à faciliter la lecture et à permettre une mise en évidence des spécificités de ces quatre populations.

Il convient cependant de garder à l’esprit que cette distinction comporte un caractère artificiel et ceci pour plusieurs raisons :

- Les différentes orientations sexuelles (homosexualité, bisexualité, hétérosexualité, autres) recouvrent des réalités multidimensionnelles (attrance physique et/ou émotionnelle, comportement, identification) et parfois fluctuantes au cours du temps. Il ne s’agit donc pas de catégories « étanches » dans lesquelles les individus pourraient être répartis de manière univoque et permanente.
- Il existe une grande diversité (ethnie, migration, religion, situation socio-économique, âge, etc.) au sein de chaque « catégorie ». Les besoins en matière de santé ne sont donc pas homogènes au sein des catégories L, G, B et T.
- L’orientation sexuelle et l’identité de genre sont des aspects connexes, mais néanmoins distincts, c’est pourquoi les personnes transgenres peuvent également être homosexuelles ou bisexuelles et inversement.
- Une partie des thématiques abordées pour une population peut également concerner les autres.
- Si les notions d’orientation sexuelle et d’identité de genre sont utiles, notamment dans le domaine de la recherche, elles ne constituent que deux dimensions identitaires, parmi une multitude d’autres, chacune étant insuffisante à elle seule pour définir un individu.



2.1.1 SANTÉ DES LESBIENNES ET DES AUTRES FSF

Résumé

Des différences notables en termes d'état de santé, de facteurs de risque et de recours aux soins

Depuis plusieurs décennies, un nombre croissant de recherches, menées principalement dans des pays anglophones (USA, Canada, Australie et Royaume-Uni) montrent que les lesbiennes, femmes bisexuelles et autres femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) présentent certaines différences en matière de santé par rapport aux femmes hétérosexuelles [Solarz 1999, Genon 2009, Dibble 2010].

Des difficultés plus fréquentes en matière de santé mentale, notamment troubles dépressifs et comportements suicidaires ont été observées [Sandford 2001, King 2008]. Les consommations de substance (tabac, alcool et drogues) sont également plus répandues au sein de cette population [Berrut 2007, Lee 2009]. Ces femmes pourraient être plus souvent en surpoids [Bowen 2008] et rapportent plus fréquemment des expériences de violences [Saurel-Cubizolles 2005]. Les lesbiennes, femmes bisexuelles et autres FSF présentent aussi des spécificités en matière de santé sexuelle et reproductive et connaissent souvent des situations particulières en ce qui concerne la parentalité [Davis 2000]. Les FSF ont tendanciellement une sexualité plus à risque que les femmes exclusivement hétérosexuelles [Bajos 2008]. Des différences en matière de recours aux soins ont également été constatées [Tjekpema 2008], que ce soit à titre préventif (contrôle gynécologique et frottis notamment [Fish 2009]) ou curatif. Ces éléments laissent penser que cette population pourrait être plus vulnérable par rapport à certains problèmes de santé, comme le cancer du col de l'utérus, du sein ou du poumon, les maladies cardio-vasculaires, les IST et les problèmes de santé mentale et d'addictions.

Un manque criant de données en Suisse

En Suisse, l'absence quasi-totale de données sur la santé des femmes lesbiennes, bisexuelles et autres FSF constitue un problème majeur. Il est donc prioritaire d'inclure des questions sur l'orientation sexuelle dans les enquêtes officielles [Dilley 2010] et d'encourager la recherche sur la santé de cette population afin de connaître sa situation et ses besoins et d'orienter des actions ciblées.

Origine des différences observées

Stress lié au fait d'appartenir à une minorité stigmatisée et discriminée

Certains auteurs, comme Ilan Meyer [Meyer 2003], ont formulé l'hypothèse que la plus grande fréquence de problèmes de santé mentale observée chez les lesbiennes, gays et bisexuel/le/s pourrait s'expliquer par un surcroît de stress lié à l'appartenance à une minorité sexuelle (minority stress model). Celle-ci peut augmenter le risque d'être victime de violences, de discriminations et de rejets, influencer négativement l'estime de soi, provoquer un isolement social et créer une tension permanente autour de la question de la visibilité et de l'anticipation d'un possible rejet. Ces difficultés, en plus d'avoir un impact direct sur la santé mentale et physique des personnes concernées, peuvent favoriser les comportements addictifs et les conduites à risque.

Renoncer à des soins par crainte d'être mal acceptée

Les différences observées par rapport au recours aux soins peuvent quant à elles s'expliquer par la crainte des femmes lesbiennes d'être mal reçues ou mises mal à l'aise à cause de leur orientation sexuelle, par d'éventuelles mauvaises expériences antérieures [Mc Nair 2003], mais aussi par de fausses croyances concernant la nécessité ou non de certains examens (contrôle gynécologique ou dépistage IST par exemple).

Bien qu'heureusement rares, les expériences de réactions homophobes de la part de soignant/e/s n'ont pas totalement disparu. Lors d'une enquête menée en France, près d'une lesbienne sur dix a dit avoir été victime d'homophobie dans le contexte médical [SOS Homophobie 2005]. Dans une enquête menée au Royaume-Uni², la moitié des lesbiennes et femmes bisexuelles interrogées ont rapporté avoir vécu une forme ou une

² http://www.stonewall.org.uk/documents/prescription_for_change_1.pdf

autre d'expérience négative en lien avec leur orientation sexuelle au sein du système de santé durant les douze derniers mois.

La question de l'hétérocentrisme et le coming out

Une difficulté fréquemment rencontrée par les personnes homo- et bisexuelles est l'hétérocentrisme³, c'est-à-dire la croyance qui veut que l'hétérosexualité soit la norme et qui présume que tout le monde est hétérosexuel. Cette croyance est très répandue dans la société, y compris dans le milieu médical. Elle influence la manière de mener les entretiens et peut mettre les personnes LGBT dans des situations très inconfortables [Bjorkman 2009, Garcia Nunez 2011].

Peu de médecins abordent spontanément la question de la sexualité avec leurs patients, même si ceux-ci trouveraient normal ou même souhaiteraient que cette question soit abordée [Meystre-Agustoni 2011]. Certaines lesbiennes décident de communiquer spontanément à ce sujet, alors que d'autres ne le font pas, ce qui les conduit à être prises pour hétérosexuelles et, parfois, à recevoir des traitements ou des conseils inadaptés (par exemple en ce qui concerne la contraception et la prévention des IST). Dans une enquête suisse [Ermler 2001], 35% des lesbiennes interrogées ont déclaré que leur médecin de famille ignorait qu'elles étaient lesbiennes (21% en ce qui concerne le/la gynécologue). Seules 21% d'entre elles avaient été interrogées à ce sujet par leur médecin de famille (26% par le/la gynécologue).

Toutes les femmes ne souhaitent pas forcément dévoiler leur orientation sexuelle à leur médecin, mais beaucoup aimeraient pouvoir le faire et seraient prêtes à en parler si on leur en donne l'occasion et si elles sentent que leur coming out sera reçu avec respect, de manière confidentielle et n'aura pas d'impact négatif sur la qualité de la prise en charge [Bjorkman 2007]. Si, par exemple, la salle d'attente comprend du matériel à destination de la population LGBT, que le formulaire d'entrée comporte une rubrique «partenariat enregistré» en plus des autres états civils et que les questions posées ne présupposent pas d'emblée l'hétérosexualité de la patiente, celles qui le souhaitent seront beaucoup plus enclines à communiquer leur éventuelle homo- ou bisexualité [Bize 2011, Makadon 2011, Davis 2000]. Le fait d'avoir pu parler de son orientation sexuelle avec son médecin est, chez les lesbiennes, un facteur prédictif important d'un recours régulier aux soins [Steele 2006].

Les jeunes lesbiennes

L'adolescence constitue une période de vulnérabilité accrue. C'est particulièrement le cas chez les jeunes lesbiennes, gays et bisexuel/le/s [Frankowski 2004]. Chez certaines personnes, l'orientation sexuelle est claire très tôt, alors que pour d'autres ce processus peut prendre beaucoup plus de temps et même durer toute la vie. Les lieux qui sont habituellement des ressources pour des jeunes en difficulté comme la famille, les ami/e/s, l'école ou l'église ne sont malheureusement souvent pas perçus comme sûrs par les jeunes LGBT (voir aussi le début du chapitre 2.1.2). Le fait d'être accepté/e ou non par ses parents à l'adolescence semble constituer un important facteur prédictif pour la santé des jeunes adultes homo- et bisexuel/e/s [Ryan 2009].

Suite à la pression sociale ou afin de se convaincre de leur hétérosexualité, la majorité des lesbiennes commencent leur vie sexuelle en ayant des relations sexuelles avec un homme. Elles ont des rapports plus précocement que les jeunes femmes hétérosexuelles, un nombre plus élevé de partenaires masculins et des prises de risque sexuelles importantes relativement aux IST et aux grossesses non-désirées [Saurel-Cubizolles 2005]. Les expériences de victimisation sexuelle seraient également plus fréquentes chez les filles lesbiennes, bisexuelles ou en questionnement par rapport à leur orientation sexuelle. Ces violences ne seraient

Les soignant/e/s oublient souvent que leurs patientes ne sont pas toutes hétérosexuelles

Des signes d'ouverture peuvent faire une grande différence et favoriser le recours aux soins

Adolescentes lesbiennes: isolement, crainte du rejet et pression normative

³ Appelé aussi hétéronormativité

Prises de risques
sexuels, consommation
de substances et risque
suicidaire accrus

pas uniquement dues à l'homophobie des garçons, mais aussi au sexisme et pourraient être une manière de sanctionner les filles ne respectant pas les normes hétéro-patriarcales. Il est également possible que les filles des minorités sexuelles soient plus enclines à reconnaître les violences sexuelles en tant que telles, ce qui expliquerait en partie le fait qu'elles soient plus nombreuses à dire en avoir été victime [Chamberland 2010]. La consommation de tabac, d'alcool et de drogues est également plus fréquente chez les jeunes FSF [Institute Of Medicine 2011] et pourrait être une réponse au stress engendré par un environnement discriminant ou perçu comme tel. Elle pourrait aussi augmenter durant la période de stress liée au coming out et à la découverte du milieu gay et lesbien pour diminuer ensuite [Rosario 2004].

Si la mortalité par suicide est plus faible chez les filles que chez les garçons, les idéations suicidaires et tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les filles. Les recherches sur le suicide chez les jeunes LGBT montrent qu'une orientation sexuelle minoritaire augmente le risque suicidaire. Les différences de risque entre filles et garçons des minorités sexuelles fait cependant encore débat, les résultats de recherches étant très contrastés sur ce point. Certaines enquêtes montrent en effet une fréquence plus élevée d'idéations suicidaires et tentatives de suicide chez les filles lesbiennes et bisexuelles par rapport aux garçons gais et bisexuels, alors que d'autres montrent une situation inverse [Beck 2010, Leu 2008]. D'une manière générale, l'articulation entre le sexe/genre et l'orientation sexuelle et leur effet combiné sur les manifestations d'homophobie/lesbophobie et sur la santé restent encore un domaine très peu étudié [Chamberland 2010].

Nécessité d'aborder
cette thématique
avec les jeunes

De nombreux jeunes en difficulté ou en questionnement par rapport à leur orientation sexuelle souhaiteraient pouvoir en parler, mais redoutent souvent la réaction de leur interlocuteur/trice. Atteindre l'objectif que les intervenant/e/s (infirmier/ière scolaire, médiateur/trice, psychologue, pédiatre, médecin de famille) abordent spontanément cette thématique faciliterait beaucoup les choses [Charrière 2011, Meckler 2006, Ryan 1998]. De plus, certaines interventions pour rendre les établissements scolaires plus ouverts à la diversité sexuelle semblent efficaces pour diminuer les tentatives de suicide chez les jeunes concerné/e/s [Hatzenbuehler 2011].

Santé mentale, consommation de substances et violences conjugales

La dépression est environ deux fois plus fréquente chez les lesbiennes que chez les femmes hétérosexuelles [Sandford 2001] et les tentatives de suicide sont également nombreuses dans cette population [King 2008], notamment à l'adolescence (de l'ordre d'une femme sur quatre ou cinq ayant fait une tentative au cours de sa vie) [Lhomond 2003].

L'homosexualité
n'est pas une maladie;
il est dangereux pour la
santé de vouloir
la «soigner»

Même si l'homosexualité n'est plus considérée en elle-même comme une maladie mentale depuis des décennies (retrait du DSM en 1973 et de la CIM en 1991), une minorité de praticien/ne/s en santé mentale continuent de la considérer comme un problème psychique susceptible d'être « soigné » [Bartlett 2009]. Des organisations professionnelles comme l'American Psychiatric Association⁴ et l'American Psychological Association⁵ se sont pourtant clairement positionnées contre de telles tentatives de « conversion » jugées aussi inefficaces que dangereuses pour la santé des patients.

Certaines femmes
se réfugient dans la
consommation de tabac,
d'alcool et de drogues

De nombreuses études ont mesuré des consommations de tabac, d'alcool et de drogues plus importantes parmi les femmes homosexuelles et bisexuelles que parmi les hétérosexuelles [Berrut 2007, Lee 2009]. Ceci peut être mis en lien avec les troubles anxieux ou dépressifs mentionnés précédemment, mais aussi avec le rôle important des milieux festifs dans la vie des personnes LGBT. Les lieux où elles se sentent souvent enfin libres d'être elles-mêmes sont aussi des lieux où la consommation d'alcool et de tabac est importante

⁴ <http://www.dayagainsthomophobia.org/IMG/pdf/2000COPPStatement.pdf>

⁵ <http://www.apa.org/about/governance/council/policy/sexual-orientation.aspx>

et l'accès aux drogues relativement aisé. Alors que la consommation d'alcool diminue avec l'âge chez les femmes hétérosexuelles, cet effet est nettement moins marqué chez les lesbiennes. Ce phénomène n'a pas été complètement élucidé, mais pourrait être lié à la moins grande fréquence de certains facteurs limitant la consommation, comme la maternité, et à une plus grande « tolérance » vis-à-vis de la consommation d'alcool au sein de la communauté lesbienne.

Même si ce fait est souvent occulté, la violence est également présente au sein des couples de femmes, et ceci dans une proportion comparable à celle rencontrée parmi les couples homme/femme. Les dynamiques de violence sont similaires, à certaines nuances près : ces violences sont encore extrêmement taboues au sein même de la communauté lesbienne et le risque existe qu'une femme menace sa partenaire encore « dans le placard » de dévoiler son homosexualité contre sa volonté, par exemple à sa famille ou sur son lieu de travail. De plus, rares sont encore les structures d'accueil pour victimes de violences conjugales qui prennent en compte la réalité des violences au sein des couples de même sexe, ce qui compromet l'accès à un soutien approprié.

La violence dans les couples de femmes : un sujet doublement tabou

Cancers et maladies cardio-vasculaires

Le fait que les lesbiennes soient plus fréquemment concernées par certains facteurs associés au cancer du sein (ne pas avoir d'enfant ou en avoir tardivement, ne pas allaiter, être en surpoids, consommer de l'alcool de manière importante), associé avec le plus faible recours à la mammographie de dépistage ou à l'auto-examen des seins relevé dans certaines enquêtes, a conduit certain/e/s chercheurs/euses à postuler une véritable « épidémie » de cancer du sein parmi la population lesbienne [Biswajit 2010]. Aucune étude de prévalence de grande ampleur n'a pour le moment confirmé ou infirmé cette hypothèse, l'orientation sexuelle ne figurant pas dans les registres des tumeurs. Cependant, les facteurs mentionnés ci-dessus, laissent présager que les lesbiennes pourraient être plus souvent touchées par le cancer du sein et/ou avoir un pronostic moins bon. Elles sont également davantage concernées par le cancer du poumon lié au tabagisme et par le cancer du col de l'utérus (tabagisme + recours moins fréquent au frottis).

Un risque accru pour certains cancers et pour les maladies cardio-vasculaires

La fréquence plus importante de surpoids et d'obésité enregistrée parmi les lesbiennes [Bowen 2008] pourrait être liée aux problèmes d'estime de soi et de dépression déjà mentionnés, mais aussi à une plus grande liberté par rapport au canon de la minceur féminine. Il est d'ailleurs intéressant de constater qu'un phénomène inverse semble exister chez les gays avec une prévalence accrue de troubles alimentaires et d'anorexie en comparaison avec la population masculine hétérosexuelle [Kaminski 2005]. Quelle qu'en soit la cause, un surpoids important associé aux autres facteurs de risques déjà cités (tabac et alcool notamment) pourrait les exposer à un risque accru de maladies cardiovasculaires.

Santé sexuelle

Les lesbiennes sont quasiment invisibles dans les messages de prévention concernant le VIH et IST, ce qui peut laisser croire, à tort, qu'elles ne sont pas ou peu exposées. Malgré les démarches entreprises par les associations auprès de l'OFSP, le nouveau programme national VIH et IST 2011-2017 se contente de les mentionner dans une note de bas de page indiquant qu'il « n'y a pas pour l'instant en Suisse d'évidence selon laquelle les lesbiennes et autres femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (...) présentent un risque d'infection supérieur à la population hétérosexuelle » (PNVI 2011-2017, p. 87). Une telle évidence ne peut évidemment pas exister en Suisse, puisque cette population n'a, à ce jour, fait l'objet d'aucune étude concernant le risque d'infection VIH/IST.

Les lesbiennes sont ignorées par les programmes de prévention VIH/IST et croient, à tort, ne pas être concernées

Alors que toutes les femmes devraient procéder au contrôle gynécologique à la même fréquence [Davis 2000], cette invisibilité dans les messages préventifs VIH/IST, combinée avec le fait d'avoir moins souvent besoin d'une contraception ou d'un suivi de grossesse et la crainte d'être mise mal à l'aise par rapport à son orientation sexuelle, expliquent que de nombreuses lesbiennes consultent peu ou pas les gynécologues [Fish 2009, Ermler 2001]. Ceci constitue évidemment un problème pour le dépistage précoce des IST, d'une lésion précancéreuse du col de l'utérus ou d'un cancer du sein.

Sexualité entre femmes à faible risque pour la transmission du VIH, mais risque avéré pour les autres IST

Quelques cas de transmissions du VIH entre femmes ont été répertoriés au niveau international, même s'ils sont rares. Cependant, les FSF s'exposent aussi à d'autres risques de contamination par le VIH en dehors de leurs relations sexuelles avec des femmes [Gay Men's Health Crisis 2009]. Il est également clair que certaines IST comme, par exemple, le HPV, les chlamydias ou les herpès peuvent se transmettre lors de relations sexuelles entre femmes [Bauer 2001]. Les vaginoses bactériennes sont également plus fréquentes chez les femmes ayant des partenaires féminines et pourraient se transmettre par voie sexuelle entre femmes.

Les FSF ont tendanciellement une sexualité plus à risque que les femmes exclusivement hétérosexuelles [Bajos 2008]: premier rapport sexuel plus précoce, plus grand nombre de partenaires sexuels masculins, notamment HSH et consommateurs de drogues par injection (IDU), plus grande fréquence de rapports hétérosexuels non protégés. Les infections sexuellement transmissibles seraient également plus répandues parmi les FSF que parmi les femmes ayant uniquement des rapports avec des hommes [Mercer 2007, Bajos 2008].

L'anamnèse sexuelle est indispensable pour une prise en charge adaptée

La manière de se définir ne correspond pas toujours avec le comportement sexuel. Une femme se disant lesbienne peut avoir des relations sexuelles avec des hommes, occasionnellement ou de manière régulière [Diamant 1999], et une femme se définissant comme hétérosexuelle peut aussi avoir des relations avec des femmes. C'est pourquoi, pour évaluer la nécessité d'un dépistage ou d'une contraception et proposer une prévention adaptée, il est nécessaire de poser des questions de manière non-jugeante sur les pratiques effectives (anamnèse sexuelle).

Couple, famille et parentalité

Depuis le 1er janvier 2007, la Suisse offre la possibilité aux couples de même sexe de se lier par un partenariat enregistré dont les effets sont proches de ceux du mariage à un certain nombre d'exceptions près, notamment en ce qui concerne la parentalité ou la naturalisation facilitée [Ziegler 2007]. Que leur couple soit lié ou non par un partenariat, il est important pour les patient/e/s vivant une relation de couple avec une personne du même sexe que leur partenaire soit reconnu/e en tant que tel/le. Ceci est également vrai pour les liens de filiation sans reconnaissance légale (voir ci-dessous). Cette reconnaissance est particulièrement importante lors de graves problèmes de santé nécessitant le soutien et la présence de la famille proche, par exemple lors de certaines consultations ou si le/la patient/e n'est pas en mesure de prendre des décisions relatives à sa propre santé. Dans ces situations, les soignant/e/s devraient accueillir les personnes que le/la patient/e considère comme faisant partie de sa famille de la même manière qu'ils/elles le feraient pour une famille conventionnelle.

Des projets parentaux de plus en plus fréquents mais de nombreuses incertitudes juridiques

Pour de plus en plus de lesbiennes, le fait d'accepter son homosexualité ne signifie plus renoncer à avoir des enfants. Il est donc probable que dans toute clientèle de médecins certaines femmes sont lesbiennes et ont des enfants ou souhaitent en avoir. De plus, un certain nombre de lesbiennes vivent avec des enfants nés d'une précédente union hétérosexuelle. Actuellement, la loi suisse ne reconnaît pas officiellement la parentalité pour les couples de même sexe [Ziegler 2007]. L'insémination est réservée aux couples homme/femme souffrant de

problèmes de fécondité et l'adoption est interdite aux couples liés par un partenariat enregistré. De nombreuses femmes se tournent donc vers une insémination à l'étranger, une adoption en tant que personne seule ou un projet de co-parentalité avec un homme célibataire ou en couple. Il semblerait par ailleurs qu'un commerce de sperme frais se développe également sur internet ce qui comporte évidemment des risques d'infections pour la mère et l'enfant et a conduit Santé Canada à lancer une mise en garde le 7 décembre 2010.

Quelle que soit la forme du projet parental du couple de femmes, seul le lien avec la mère biologique ou adoptante est reconnu, le lien de l'enfant avec la partenaire de la mère n'ayant aucune reconnaissance légale. Cette situation peut engendrer un certain nombre de vulnérabilités, mais aussi être une importante source de stress, aussi bien pour les mères que pour l'enfant. Il est donc important que les membres de familles arc-en-ciel (familles où un parent au moins est homosexuel, bisexuel ou transgenre) soient accueilli/e/s de manière respectueuse par les personnes travaillant dans le domaine de la gynécologie, de l'obstétrique, de la pédiatrie et de la petite-enfance.

Nécessité d'un accueil respectueux à l'égard de toutes les familles

Conclusion

En fonction de ce qui précède, il paraît évident que les lesbiennes, mais aussi les femmes bisexuelles et les autres FSF, présentent des spécificités et vulnérabilités propres en matière de santé.

Cependant, cette population est restée jusqu'à présent invisible dans le domaine de la santé en Suisse, que ce soit au niveau de la recherche, de la formation des soignant/e/s ou des programmes de prévention ou de promotion de la santé.

Pour améliorer cette situation, il est nécessaire d'agir à plusieurs niveaux:

- Documenter la situation et les besoins de santé des lesbiennes, bisexuelles et autres FSF en incluant l'orientation sexuelle (auto-identification et comportement sexuel) dans les enquêtes de santé et soutenir des recherches ciblées sur cette population.
- Diffuser des informations adaptées aux lesbiennes, femmes bisexuelles et autres FSF sur la santé sexuelle et la prévention VIH et IST et promouvoir les contrôles gynécologiques auprès d'elles.
- Sensibiliser et former les soignant/e/s à la thématique de l'orientation sexuelle et aux besoins spécifiques des lesbiennes et femmes bisexuelles durant la formation de base et la formation continue. De même pour les infirmier/e/s scolaires et autres professionnel/le/s encadrant les jeunes.
- Promouvoir la formation à l'anamnèse sexuelle en médecine générale et en gynécologie.
- Rendre la thématique de la diversité sexuelle visible dans les lieux de soins en créant par exemple des affichettes ou des brochures.
- Intégrer systématiquement la thématique de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre dans les cours d'éducation sexuelle, en ne se limitant pas à la thématique du VIH/sida.

Actions prioritaires



2.1.2 SANTÉ DES GAYS ET DES AUTRES HSH

Résumé

Un adolescent découvrant qu'il éprouve des sentiments ou une attirance pour un autre garçon plutôt que pour une fille le fera la plupart du temps dans un isolement complet, en ayant déjà intégré la stigmatisation et le rejet dont il risque d'être la victime s'il en parle. Sachant qu'il ne répondra pas aux attentes de son entourage et de la société en général et constatant que très peu d'adultes contestent ouvertement la violence qui est faite aux personnes dans sa situation, il court un risque élevé de voir sa santé psychique et physique se détériorer [Dayer 2012]. L'absence de repères positifs à l'école ou dans les cours d'éducation sexuelle, ainsi qu'une socialisation compliquée par la difficulté voire l'impossibilité d'être visible et en sécurité en tant qu'homo/bisexuel peuvent favoriser une entrée dans la sexualité comportant un risque accru de contracter le VIH ou d'autres IST. Les professionnel/le/s de la santé sous-estiment la fréquence de telles difficultés et en ont une compréhension souvent très lacunaire. De plus, la gêne du/de la médecin à aborder les questions relatives à l'intimité, ainsi que la crainte par la personne homo/bisexuelle d'être jugée ou moins bien soignée empêchent souvent la provision de soins adéquats. De nombreux effets positifs sur la santé des personnes gaies et autres HSH peuvent être obtenus en améliorant le climat social à leur égard (par exemple à l'école) et en tendant vers l'égalité de leurs droits.

Très peu d'adultes se positionnent ouvertement contre les préjugés dont sont victimes les jeunes LGBT

Développement identitaire et entrée dans la sexualité

Pour de nombreux jeunes, l'éveil à une sexualité minoritaire, plus spécifiquement la première identification homo/bisexuelle, constitue un événement biographique important (cf. figure 1. ci-après). D'une manière ou d'une autre, ceux-ci sont amenés à reconsidérer leur rapport avec leur entourage – en particulier familial – et à se redéfinir par rapport aux normes et aux valeurs sociales, en intégrant ou non l'homo/bisexualité à leur personnalité. Or, malgré la relative bienveillance des pays occidentaux à l'égard des homo/bisexuels, la conformité sexuelle fait l'objet d'attentes particulièrement fortes de la part des parents et des groupes de pairs. Même si une partie des parents accepte ou finit par accepter l'homo/bisexualité de leur enfant, ces attentes sont fortement ressenties par les jeunes homo/bisexuels [Balthasar 2004].

La conformité sexuelle fait l'objet d'attentes particulièrement fortes de la part des parents et des groupes de pairs

L'acceptation d'une orientation sexuelle minoritaire ne se fait pas du jour au lendemain mais relève d'un processus long, parfois de plusieurs années, qui peut s'avérer très anxiogène tant il peut être difficile d'anticiper les réactions de l'entourage : les parents, les ami/e/s, les collègues.

L'enquête santé gaie menée à Genève par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Zurich et l'association genevoise Dialogai, montre que, pour une partie des homosexuels, les phases du développement identitaire s'accompagnent de difficultés au niveau de la santé mentale (figure 1). Selon l'âge, on observe en effet une certaine correspondance entre les étapes du développement identitaire et l'apparition de troubles anxieux plus ou moins aigus. Mais il n'y a pas forcément de lien de cause à effet entre les étapes du développement identitaire et l'intensité de ces troubles dont l'aggravation pourrait plutôt refléter le manque de soutien et l'absence de réponses appropriés.

Un malaise qui aggrave l'isolement

Le malaise qui règne encore dans les milieux scolaires et dans ceux de l'éducation sexuelle [Koutaissoff 2009] autour du thème de l'homo/bisexualité renforce l'isolement des jeunes homo/bisexuels. La perception que ce sujet est tabou et qu'il concerne des individus dont aucun adulte n'est prêt à prendre publiquement la défense contribue à renforcer chez l'adolescent un sentiment de non conformité inavouable. Rendu particulièrement

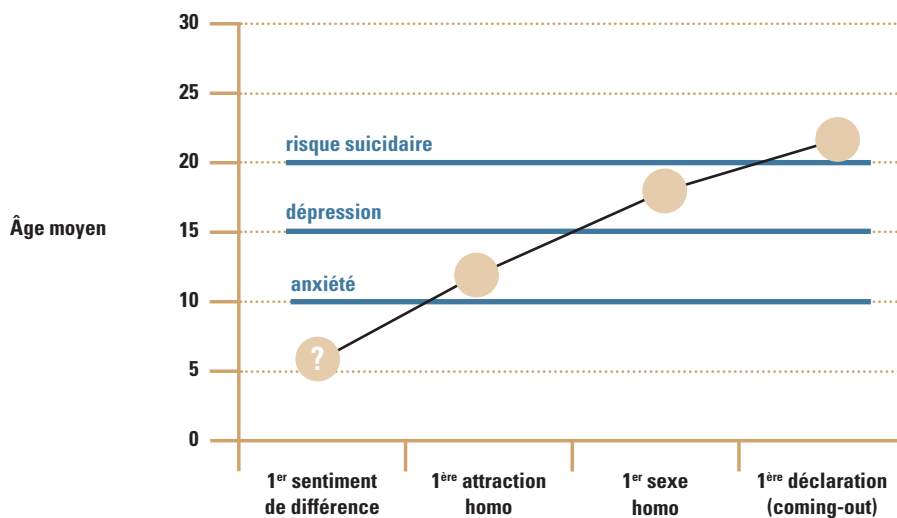


Figure 1.

Étapes du développement identitaire & risques pour la santé mentale

(Adapté de: Projet «santé gaie», Dialogai)



vulnérable par la répétition d'expériences similaires dans les différents contextes où il évolue et se sentant souvent condamné à la clandestinité, un jeune homo/bisexuel sur quatre déclare avoir tenté de se suicider au cours de la vie [Cochand 2001]. Les données de trois autres enquêtes menées en Suisse confirment que, comparés à leurs pairs hétérosexuels, les hommes homo/bisexuels rapportent beaucoup plus fréquemment avoir commis une tentative de suicide au cours de la vie (odds ratios compris entre 4.68 et 5.36) [Wang 2012]. Une proportion importante des tentatives de suicide sont apparemment commises entre l'année qui précède et celle qui suit la première identification homo/bisexuelle (entre 16 et 17 ans en moyenne). Dans une majorité des cas, ces tentatives de suicide reflètent non seulement une estime de soi fortement diminuée, mais aussi la crainte du rejet familial et de la stigmatisation par les pairs (insultes, harcèlement, brimades) [Makadon 2008].

Pour les jeunes homo/bisexuels, l'entrée dans la sexualité ne se déroule pas de la même façon que pour leurs pairs hétérosexuels. Ils trouvent souvent leurs premiers partenaires en dehors des cercles traditionnels de socialisation, sur Internet notamment. Contrairement à ce que l'on observe parmi les jeunes hétérosexuels, la différence d'âge lors du premier rapport homosexuel est souvent importante. L'utilisation du préservatif n'est pas systématique, ce qui expose les jeunes au risque de transmission du VIH ou d'autres IST, dont la prévalence est élevée parmi les homosexuels masculins [Balthasar 2009].

Recherche des premiers partenaires en dehors des cercles traditionnels de socialisation

Prévalence des troubles psychiques parmi les homo/bisexuels résidant en Suisse

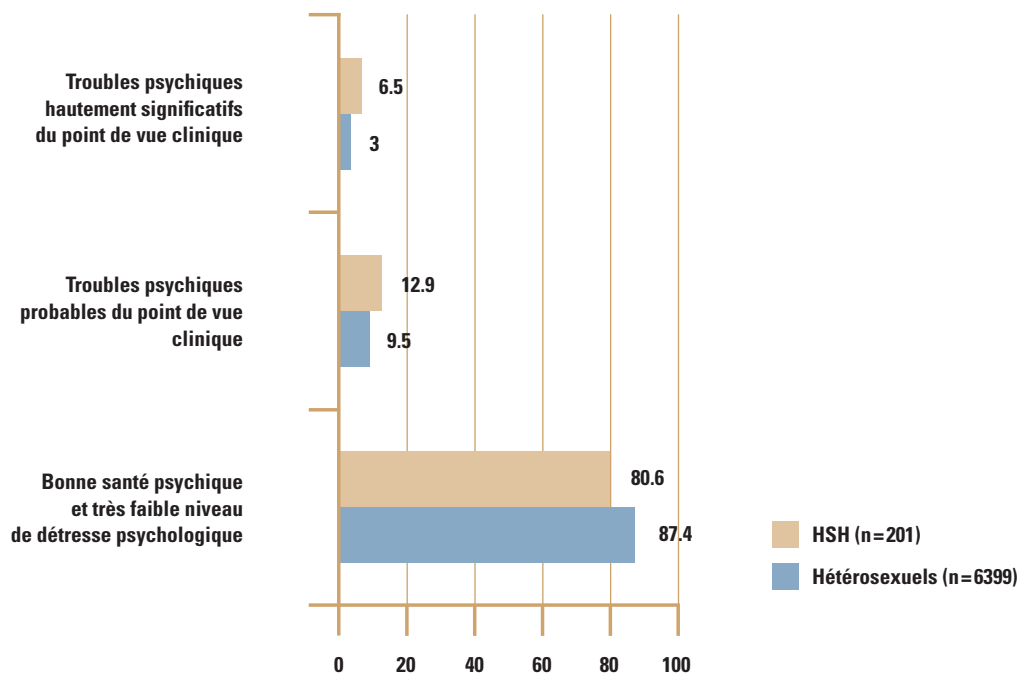
Comme le relève un rapport réalisé par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne [Jeannin 2009], l'Enquête Suisse sur la Santé (ESS) a repris, pour la première fois en 2007, 5 items du questionnaire SF-36. Un indice de détresse psychologique a alors pu être calculé pour les hommes qui ont eu au moins un rapport homosexuel au cours de la vie et comparé à celui des répondants au comportement exclusivement hétérosexuel. Les scores obtenus permettent de classer les répondants en 3 catégories : les personnes ayant des troubles psychiques hautement significatifs du point de vue clinique, celles ayant des troubles psychiques probables du point de vue clinique et enfin celles ayant une bonne santé psychique et un très faible niveau de détresse psychologique.

La grande majorité des répondants (plus de 80%), indépendamment de leur orientation sexuelle, est en bonne santé psychique selon l'indice de détresse psychologique. On observe cependant une différence statistiquement significative entre les hommes ayant eu au moins un rapport sexuel avec un autre homme (désignés par HSH ci-dessous) et ceux n'en ayant pas eu (cf. Figure 2).

Figure 2.

Distribution de l'indice de détresse psychologique chez les HSH et les hommes exclusivement hétérosexuels

(Tiré de: Jeannin 2009)



Dans cette enquête, l'orientation sexuelle est déduite sur la base des questions posées dans le module « VIH ». Seuls les répondants masculins qui déclarent avoir déjà eu un rapport sexuel avec un homme sont donc considérés comme HSH. Cette approche passe malheureusement à côté des répondants qui n'ont pas encore eu de rapport sexuel, ou pas encore avec un homme, et qui peuvent être dans une phase plus critique - du point de vue de la santé mentale - que ceux ayant déjà eu un rapport sexuel avec un homme. Malgré un important travail d'information auprès des responsables de l'ESS à l'OFS, les nombreux arguments plaidant en faveur de l'intégration de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre comme variables pérennes de l'enquête, ainsi que les nombreux exemples de bonnes pratiques à l'étranger ont été ignorés.

Des arguments ignorés par l'Office fédéral de la statistique

VIH et IST

La problématique du VIH demeure centrale. Dans les villes de Zurich et de Genève, la prévalence rapportée de l'infection par le VIH est de l'ordre de 16%. Concernant l'incidence, après une diminution transitoire en 2009 (284 nouveaux cas diagnostiqués contre 335 en 2008), l'OFSP observe une nouvelle recrudescence des nouveaux diagnostics VIH chez les HSH (de nationalité suisse) [OFSP 2010]. La recrudescence du nombre d'infections par le VIH chez les HSH s'observe dans de nombreux pays industrialisés, en particulier en Suisse,

depuis le début des années 2000 [Bezemer 2008]. Cette recrudescence s'accompagne d'un accroissement tout aussi inquiétant des nouveaux cas de syphilis et de gonorrhée [OFSP 2008, OFSP 2011].

En dépit d'un haut niveau de connaissances chez les HSH en matière de « safer sex » (pratiques sexuelles où le risque de transmission du VIH est considéré par la communauté scientifique comme extrêmement faible), les comportements sexuels à risque sont devenus plus fréquents au cours des dix dernières années [Balthasar 2008]. Ce paradoxe invite à repenser le modèle classique de prévention du VIH basé prioritairement sur l'information et la modification des comportements individuels. L'intériorisation délétère d'un discours homophobe ou de représentations basées sur une norme exclusivement hétérosexuelle, l'autocensure, la discrimination, le harcèlement et la violence verbale et physique constituent autant de facteurs qui peuvent amener certains HSH à ne pas se protéger contre le risque d'infection par le VIH [Huebner 2002, 2004, 2005, 2007]. Lorsqu'on leur pose directement la question, les jeunes HSH ne demandent pas davantage d'informations sur le safer sex qu'ils estiment déjà bien connaître, mais plutôt un soutien à l'estime de soi, ainsi que des conseils pour établir des relations affectives durables [Seal 2000].

La dévalorisation de soi peut amener certains HSH à ne pas se protéger

En faisant porter le fardeau de la prise de risque aux seuls HSH, une prévention essentiellement axée sur les comportements sexuels individuels se prive d'interventions complémentaires efficaces. Une vision réductrice de ce type contribue également à déresponsabiliser la société et le monde politique, tout en accentuant la stigmatisation dont les HSH font l'objet [Herbst 2007]. Ces nouveaux enjeux ont judicieusement été identifiés et thématiques dans l'élaboration du programme national VIH et IST 2011-2017 (PNVI) [OFSP 2011].

La forte prévalence du VIH parmi la population HSH a conduit les autorités sanitaires de nombreux pays, dont la Suisse [Pillonel 2011], à exclure définitivement ce segment de population du don de sang. Or, vu l'état actuel de la technologie en matière de dépistage, l'exclusion définitive n'est plus proportionnée au risque de transmission par transfusion sanguine [Advisory Committee on the safety of blood, tissues and organs 2011]. Le constatant, le Royaume-Uni, à la suite d'autres pays [Pillonel 2011], a levé l'exclusion définitive en 2011 pour lui substituer une exclusion temporaire (abstinence de rapports homosexuels durant 12 mois) ⁶.

Autres problèmes de santé rencontrés par les HSH

Parmi les exceptions notables à l'absence de données sur la santé générale des HSH, on relèvera une enquête conduite auprès d'un échantillon de HSH à Genève, qui a permis de comparer leur état de santé par rapport à celui de sujets témoins, issus de l'enquête suisse sur la santé [Wang 2007a]. Cette étude, réalisée avant l'ouverture du centre Checkpoint de Genève, a démontré que les participants HSH souffraient davantage de symptômes physiques (lombalgies, fatigue, insomnies, céphalées) et de limitations fonctionnelles. Ils présentaient également un nombre accru de facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires.

Davantage de symptômes physiques comme les lombalgies, la fatigue, les insomnies, ou les céphalées

L'étude de ce collectif a démontré que presque la moitié des participants remplissaient, au cours des 12 mois précédant l'enquête, les critères diagnostiques du DSM-IV (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) pour un ou plusieurs des troubles psychiques suivants : dépression majeure (19.2%), phobie spécifique ou phobie sociale (21.9%), dépendance à l'alcool ou aux drogues (16.7%) [Wang 2007b]. Les auteurs de cet article relèvent encore chez ces mêmes sujets une altération de la qualité de vie perçue, ainsi qu'un faible degré de prise de conscience de leurs troubles psychiques.

⁶ <http://mediacentre.dh.gov.uk/2011/09/08/lifetime-blood-donation-ban-lifted-for-men-who-have-had-sex-with-men/>

L'inégalité des chances face à la santé reste pleinement d'actualité

Grâce à l'introduction récente de questions relatives aux différentes dimensions de l'orientation sexuelle (attirance, comportements sexuels, identification) dans de grandes enquêtes représentatives de la population générale [Bostwick 2010], il a été possible de confirmer - en minimisant le risque de biais de sélection - que les personnes LGB souffrent davantage que leurs pairs hétérosexuel/le/s d'atteintes à leur santé mentale (anxiété et dépression) et physique (maux de tête, brûlures d'estomac, hypertension artérielle) [Dilley 2010, Sandfort 2006]. Ce constat inquiétant reste donc pleinement d'actualité, en dépit d'un discours public répandu faisant état d'une amélioration continue de la reconnaissance sociale et légale des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles ou transgenres (LGBT).

Des décisions politiques et administratives peuvent avoir un impact considérable sur la santé des jeunes LGBT

Face à ces constats préoccupants, il importe de relever l'impact considérable que peuvent avoir des décisions administratives et structurelles sur la santé des personnes LGBT et des jeunes en particulier. Une étude longitudinale a récemment démontré les liens entre discrimination institutionnelle et santé mentale chez les personnes LGB. Les auteurs de cette étude ont en effet observé, dans une enquête représentative de la population adulte des Etats-Unis, que les troubles psychiatriques se sont significativement accrus parmi les personnes lesbiennes, gaies ou bisexuelles qui vivaient dans des Etats ayant interdit le mariage gay durant l'étude (36.6% d'accroissement pour les troubles de l'humeur, 248.2% d'accroissement pour les troubles de type anxiété généralisée). Ni les personnes hétérosexuelles de ces mêmes Etats, ni les personnes LGB des Etats n'ayant pas interdit le mariage gay ne présentaient un tel accroissement [Hatzenbuehler 2010]. Une autre étude a démontré que les jeunes LGB qui suivent une scolarité dans des établissements sensibles aux questions liées à l'homosexualité rapportent une prise de risque pour leur santé (y compris par rapport au VIH) nettement inférieure à celle de leurs homologues issus d'écoles occultant cette thématique [Blake 2001].

la plupart des patient/e/s homo/bisexuel/le/s sont d'accord de parler de leur intimité

Professionnel/le/s de la santé : des stéréotypes à la prise de conscience

Un article récemment publié dans la revue Forum médical suisse fait le point sur les enjeux liés à la conduite d'une anamnèse auprès de patient/e/s LGB [Garcia Nunez 2011]. Les auteurs soulignent le fait que la plupart des patient/e/s homo/bisexuel/le/s sont d'accord de parler de leurs réalités en matière d'attirance physique, de relations sexuelles ou de couple. L'orientation sexuelle (attirance, comportements, identification) doit, qui plus est, faire partie de l'anamnèse complète de tout/e patient/e, en tant qu'élément constitutif de la personnalité et en tant que déterminant de la santé. La réalité est hélas tout autre, puisqu'en plus du tabou qui entoure et freine la généralisation de l'anamnèse sexuelle de manière générale [Meystre-Agostoni 2011], règne un hétérocentrisme souvent inconscient.

Ce n'est que très récemment que le Dr Harvey Makadon, connu pour son activité scientifique et clinique visant à promouvoir la prise en compte des besoins des populations LGBT, a réussi à insérer un article sur les soins aux patients gays en médecine de premier recours dans le très reconnu recueil numérique de bonnes pratiques médicales « UpToDate ⁷ ».

L'association américaine des psychologues ⁸ publie des documents visant à clarifier ses positions par rapport au thème de l'orientation sexuelle et de l'homosexualité. En dehors du rejet catégorique de toute pathologisation de l'homosexualité, ces documents relèvent le fait que ce concept ne recouvre pas que des comportements sexuels, mais qu'il intègre également des dimensions comme une affection non sexuelle entre partenaires, un partage de buts et de valeurs communs, un soutien mutuel, et un engagement dans la durée. L'association précise que la plupart des personnes concernées n'ont jamais eu le sentiment d'avoir choisi leur orientation sexuelle. Elle relève également l'importance cruciale du support précoce que les jeunes doivent

⁷ <http://www.uptodate.com>

⁸ <http://www.apa.org>

pouvoir recevoir auprès de leurs proches et de leur environnement scolaire pour préserver leur équilibre et leur santé en harmonie avec leur orientation sexuelle. L'association relève que les stéréotypes toxiques au sujet des personnes LGBT ont persistés en dépit des études scientifiques qui ont réussi à démontrer leur caractère infondé. Un de ces stéréotypes fréquent est que les relations de couple gaies ou lesbiennes sont dysfonctionnelles et malheureuses. Des études ont pourtant démontré que les couples de même sexe et les couples de sexes différents étaient tout à fait comparables de ce point de vue. De même une proportion de couples homosexuels comparable à celle observée chez les hétérosexuels s'inscrivent dans la durée, en dépit d'un soutien et d'une reconnaissance sociale nettement moindres.

**Des couples comparables
du point de vue de
l'harmonie relationnelle**

L'association des psychiatres américains⁹ fait des constats similaires en soulignant notamment que la majorité des professionnel/le/s de la santé mentale considèrent que l'orientation sexuelle est déterminée très tôt dans la vie, et peut-être même avant la naissance, et que, par conséquent, elle n'est pas le fruit d'un choix délibéré. Aucun style ou configuration particulière d'éducation parentale n'a pu être mis en lien avec une probabilité accrue d'avoir des enfants homo/bisexuels. Cette association va même plus loin en matière d'homoparentalité, malgré son conservatisme historique, en rappelant que de nombreuses études ont démontré que les enfants de parents de même sexe avaient les mêmes chances d'être en bonne santé et bien adaptés que les enfants de ménage hétérosexuels. Ces enfants ne présentent pas, en particulier, une probabilité accrue de devenir eux-mêmes homosexuels ou d'avoir une identité de genre minoritaire. S'il est vrai que ces enfants courent le risque de devoir faire face aux défis liés à la stigmatisation et à l'homophobie, la majorité d'entre eux parviennent à surmonter ces difficultés.

**L'orientation sexuelle
n'est pas un choix
délibéré**

Conclusion

Le décalage entre la réalité vécue par les personnes gays et autres HSH et les représentations (ou l'absence de représentation) que s'en font les professionnel/le/s de la santé nuit à l'établissement d'une relation de confiance. Seule une formation systématique des professionnel/le/s de la santé à l'exploration du vécu des personnes LGBT est susceptible de réduire les disparités que l'on observe en matière de santé et d'accès aux soins. En s'appuyant sur les résultats d'études scientifiques de qualité et sur leur expérience clinique, les professionnel/le/s de la santé occupent une place privilégiée pour tenter d'influencer favorablement les politiques publiques susceptibles d'améliorer la santé des personnes LGBT.

**Une formation
systématique pour réduire
les disparités en matière
d'accès aux soins**

⁹ <http://www.healthyminds.org>



2.1.3 SANTÉ DES BISEXUEL/LE/S

Résumé

Il existe plusieurs manières de définir la bisexualité selon que l'on se réfère à une identité auto-attribuée, aux comportements sexuels seulement, ou encore aux liens affectifs. Les personnes qui ressentent des attirances amoureuses et érotiques pour des personnes de sexe/genre différents ne se définissent pas nécessairement comme bisexuelles. Ceci rend ce groupe particulièrement diversifié dans ses comportements sexuels comme dans ses appartenances identitaires. En règle générale, les constats qui s'appliquent aux personnes homosexuelles s'appliquent également aux personnes bisexuelles, que se soit le questionnement identitaire, le rejet et la peur du rejet, l'impact sur la santé physique et mentale ainsi que les questions de vulnérabilité au VIH et aux autres IST.

Nous n'aborderons donc ici que les points qui semblent spécifiques aux personnes bisexuelles, soit le processus de coming out, la santé mentale due aux difficultés identitaires particulières des personnes bisexuelles et aux nombreux préjugés entourant la bisexualité, et finalement les particularités des rapports face aux IST-VIH.

Spécificités des personnes bisexuelles au sein des personnes LGBT

Certains travaux laissent penser que les bisexuel/le/s seraient plus nombreux que les homosexuel/le/s exclusifs/ves. Ils/elles sont par contre souvent invisibles parce qu'assimilé/e/s aux personnes homosexuelles ou, plus fréquemment, à la population générale hétérosexuelle. La question du coming out se pose différemment, souvent de manière non linéaire et plus tardive. Il peut être particulièrement difficile pour les personnes bisexuelles de se définir comme telles, en raison du manque de référents sociaux et des nombreux préjugés. Les coming out bisexuels peuvent aussi se faire d'une identité homosexuelle vers l'hétérosexualité. La bisexualité illustre, d'une manière qui ne manque pas de générer de l'incompréhension voire du rejet, la mouvance de la sexualité en général [Rust 2000].

Les spécificités de cette population restent peu connues et sont selon toute vraisemblance non homogènes. Les problèmes de santé mentale semblent avoir une prévalence plus élevée que chez les homosexuel/le/s [Dodge et Sandfort 2007]. Parmi les causes envisagées on relève une difficulté accrue à se définir et à s'insérer dans un milieu de pairs, un manque de références concrètes (autres que des images « glamour » et inatteignables), ainsi que le rejet, à la fois par les hétéro- et les homosexuel/le/s. Cette stigmatisation sociale s'effectue différemment en fonction du genre de la personne, mais aussi du milieu. Les hommes bisexuels étant plus stigmatisés par les hommes hétérosexuels, les femmes bisexuelles par les femmes lesbiennes. Le sentiment de n'appartenir à aucun groupe social peut être un obstacle majeur dans l'établissement d'un sentiment de soi positif.

La stigmatisation vécue dépend aussi de l'orientation sexuelle « affichée » puisque la majorité des personnes bisexuelles ne ressentent pas le besoin, n'ont pas envie ou ont peur de divulguer leur bisexualité en raison des préjugés nombreux sur cette identité sexuelle. Il existe encore de nombreux préjugés délétères face à la bisexualité, qui font entre autres état d'une présumée immaturité psychologique, d'une instabilité affective, d'une promiscuité sexuelle, d'une hypersexualité, d'une incapacité à s'engager affectivement ou encore d'une homosexualité refoulée. Ces préjugés ont évidemment un impact négatif dans leur vie sociale en général et surtout dans la possibilité d'établir des liens significatifs et des liens affectifs.

Un groupe très diversifié et différentes manières de définir la bisexualité

Invisibilité et processus de coming out non linéaire

Stigmatisation et sentiment de n'appartenir à aucun groupe social

Préjugés sociaux et biphobie

En ce qui concerne la prévention du VIH et des autres IST, les hommes qui ne s'identifient pas comme gays ou bisexuels et qui ont des rapports sexuels avec des hommes seraient plus enclins à s'engager dans des comportements sexuels à risque. Parmi les explications possibles, on relève un accès moindre aux ressources de santé destinées aux homosexuels, le fait que les personnes bisexuelles ne se sentent pas impliquées dans une communauté, la honte, la présence d'une homo- ou d'une biphobie intériorisée, le rejet ou la non acceptation de soi, la négation des comportements, des désirs, ou de l'identité bisexuelle.

Davantage de risques en matière de VIH/IST?

Concernant la santé sexuelle, les représentations de la prise de risque varient énormément suivant les contextes et les types de partenaires [Medico 2002, Medico 2007]. Les relations sexuelles entre femmes sont généralement perçues comme dénuées de risques et non protégées. Tandis que, dans le contexte des relations sexuelles homme/femme, les stratégies de prévention/protection semblent être utilisées à condition que la relation soit jugée comme occasionnelle. Quand un homme, ou une femme bisexuel/le, a plusieurs partenaires sexuel/le/s, l'abandon du préservatif revêt une fonction symbolique forte marquant le lieu des engagements affectifs. L'utilisation des moyens de protection face à la transmission des IST/VIH est, dans ce contexte, largement dépendante d'enjeux relationnels et du degré selon lequel la personne est ouvertement bisexuelle.

Une perception des risques variable en fonction du type de relation

Conclusion

Il est fondamental de prendre en compte les spécificités de l'identité bisexuelle et surtout de sa mouvance. Celle-ci étant encore peu connue et entourée de préjugés, nombre de personnes concernées n'ont pas accès aux ressources de santé et de prévention spécifiques ou vivent des difficultés identitaires et psychologiques importantes qui les rendent particulièrement vulnérables.



2.1.4 SANTÉ DES TRANSGENRES

Résumé

En Suisse, l'invisibilité des personnes transgenres et la minimisation de leur nombre engendrent une absence de volonté politique et de moyens financiers pour améliorer leur accès à la santé et à la prévention. Le présent chapitre met en lumière les principales difficultés et discriminations rencontrées dans le champ de la santé et suggère quelques pistes pour y remédier.

Invisibilisation des identités transgenres

L'invisibilité des personnes transgenres, sinon leur invisibilisation par les autorités en charge de la santé publique est à l'origine de nombreuses difficultés d'accès aux soins et à la prévention. Le programme national VIH et autres IST 2011-2017 illustre ce biais, l'OFSP réduisant la thématique transgenre dans ce document de 172 pages à une note (n°81) qui spécifie qu'« Il n'y a pas pour l'instant en Suisse d'évidence selon laquelle (...) les transgenres présentent un risque d'infection supérieur à celui de la population hétérosexuelle ». Ceci en dépit des nombreuses études étrangères mettant en évidence des taux de prévalence au VIH très élevés (28% chez les femmes transgenre aux USA par exemple, dans une méta-analyse [Herbst 2008] de 29 études régionales).

**Absence de prévention
VIH spécifique aux
personnes transgenres
en Suisse**

Si cette note révèle la confusion faite par l'OFSP entre identité de genre et orientation sexuelle (les personnes transgenres peuvent, tout comme la population cisgenre, avoir n'importe quelle orientation sexuelle), elle met surtout en évidence un alarmant fatalisme quand à l'absence de données épidémiologiques spécifiques en Suisse, aucun moyen ou action n'ayant été prévu jusqu'en 2012 pour y remédier. En dépit du risque élevé mis en évidence à l'étranger, il n'existe donc en Suisse à ce jour aucun matériel, aucun lieu et aucune action de prévention spécifique aux personnes transgenres FtoM (female-to-male) et MtoF (male-to-female).

D'une manière plus générale, l'invisibilité des transgenres est favorisée par divers facteurs:

- La persistance d'un système binaire de classification (M ou F) excluant la possibilité d'identités autres.
- La complexité à comprendre, donc à définir l'identité de genre des personnes (transsexuel, MtoF, FtoM, transgenre, androgyne, queer, fluide, etc.).
- L'impossibilité à définir leur orientation sexuelle avec les étiquettes homo/hétéro/bi.
- Une volonté, consciente ou inconsciente, d'ignorer une réalité qui dérange l'ordre social, corporel et psychique considéré comme immuable.
- Le malaise des soignant/e/s à aborder des thématiques sur lesquelles ils/elles n'ont pas reçu de formation et qui contredisent parfois leur posture épistémologique.
- Le postulat, répété étude après étude depuis 40 ans, selon lequel les « troubles de l'identité de genre » auraient une prévalence de 1:100'000 (FtoM) et 1:35'000 (MtoF) [Walinder 1971]. Les études récentes font pourtant état de prévalences allant de 1:33,800 (FtoM) et 1:12'900 (MtoF) pour les transsexuel/le/s opéré/e/s [De Cuyper 2006] à 1:1'500 pour l'ensemble des personnes manifestant une identité de genre minoritaire [Ollyslager 2007].
- La stigmatisation sociale qui fait craindre la découverte de leur statut aux personnes transgenres et les pousse à éviter ou à différer le recours aux services de santé.
- La vie « post-transsexuelle » dite en immersion profonde (« stealth ») dans le genre de destination est choisie par certaines personnes pour vivre sans référence aucune à leur passé.

**Un malaise lié à la
multiplicité des identités
et de leurs définitions**

Quelles solutions à cette invisibilisation ?

- Rigueur accrue de la part des professionnel/le/s qui publient, afin d'éviter de perpétuer, par l'usage de références obsolètes, le mythe d'une thématique rarissime.
- Formation des professionnel/e/s (médecins et infirmier/e/s) aux spécificités des identités et de la santé transgenres, tant dans la formation de base que continue (à noter l'effort de sensibilisation et de formation continue entrepris depuis 2010 au CHUV et à la PMU de Lausanne par l'intermédiaire de l'Unité des populations vulnérables de la PMU, en collaboration avec la fondation Agnodice).
- Développement de questionnaires de santé publique permettant d'isoler de manière exploitable les données épidémiologiques concernant les personnes transgenres. Une initiative est lancée actuellement par l'OFSP pour harmoniser la pratique au niveau national (logiciel BerDa v.5).
- Des financements devraient être alloués à la mise en œuvre de projets de recherche-action permettant de mieux connaître les personnes concernées afin de pouvoir connaître et répondre à leurs besoins.

Davantage de détermination dans les politiques de santé publique pour induire financements, formation et recherche

Situation de santé des personnes transgenres

Les études épidémiologiques indiquent que les personnes transgenres sont particulièrement vulnérables aux problèmes de santé somatique et psychosociale, ainsi qu'aux violences.

- Comparativement à la population générale, les personnes transgenres semblent montrer des vulnérabilités particulièrement élevées au suicide et à la dépression [Clements-Nolle 2006, Fitzpatrick 2005].
- Leur invisibilité épidémiologique et sociale –à comprendre comme la négation de leur statut de personnes à travers la négation de l'authenticité de leur identité– constitue une vulnérabilité particulière qui peut être associée aux autres vulnérabilités déjà mentionnées [Grossman 2007].
- Les taux de séropositivité pour le VIH et d'infections sexuellement transmissibles situent les personnes transgenres parmi les groupes les plus vulnérables dans les sociétés nord-américaines et européennes [Namaste 2010].
- L'insuffisance et l'inadaptation des ressources de santé proposées par le monde médical sont mises en exergue. Le monde médical est perçu comme discriminant et/ou ne prenant pas en compte les besoins spécifiques de cette population [Bockting 2004, Feldman 2003, Whittle 2008].
- En Suisse, de nombreux/euses professionnel/le/s de la santé mentale ou somatique, exerçant dans le domaine public ou privé, refusent la prise en charge de personnes transgenres. Le manque de formation et d'expérience est le plus souvent invoqué.
- Il existe peu de détection, et encore moins de prise en charge précoce, des enfants et adolescent/e/s manifestant une identité de genre minoritaire, alors qu'ils/elles sont reconnu/e/s comme étant à haut risque dans les domaines de la santé [Sausa 2003], du social et de l'éducation [Sausa 2005].
- Le protocole international de retard de puberté, reconnu depuis 10 ans comme « best practice » dans de nombreux pays occidentaux [World Association for Transgender Health 2001], n'est pas encore pratiqué en Suisse.
- Le refus par les médecins-conseil de certains assureurs LAMal - sur la base d'une jurisprudence obsolète du TFA (ATF 114 V 153 du 6 juin 1988¹⁰ et 114 V 162 du 16 septembre 1988¹¹) - de la prise en charge des interventions chirurgicales (génitales ou mammaires) avant l'âge de 25 ans retarde dangereusement le processus d'intervention précoce qui offre le meilleur pronostic d'insertion sociale, professionnelle et affective. Cette même limite des 25 ans a été jugée anticonstitutionnelle en Allemagne dès 1988.

Situation de grande vulnérabilité face à la dépression, au suicide et au VIH

Des besoins peu ou mal pris en considération

Carences dans la prise en charge des adolescent/e/s manifestant une identité de genre minoritaire

Le principe d'intervention précoce est combattu par certains assureurs LAMal

¹⁰ <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bge/c5114153.html>

¹¹ <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bge/c5114162.html>

Une chirurgie de réassignation encore non optimale en Suisse

Migration et travail du sexe induisent des vulnérabilités supplémentaires

Incarcération en isolement total

- L'exigence suisse de «stérilisation irréversible» avant d'autoriser le changement d'état civil des personnes vivant dans le rôle social opposé à leur sexe de naissance leur offre un «choix», éthiquement douteux [Hammarberg 2009], entre une chirurgie chère, techniquement peu satisfaisante, avec des taux de complication élevés (surtout dans le sens FtoM) et la marginalisation socioprofessionnelle.
- La chirurgie de réassignation sexuelle en Suisse n'offre pas encore le niveau d'expérience, et donc de qualité, des opérations pratiquées dans des pays où la demande et la pratique sont plus soutenues.
- En Suisse romande, on peut estimer à environ 10% des personnes transgenres celles qui sont originaires de pays où elles étaient en butte à diverses violences et discriminations [Jansen 2011], ce qui est associé non seulement à une vulnérabilité accrue au VIH/sida, mais aussi à des difficultés psychosociales et professionnelles. Les études rapportent des fréquences particulièrement élevées d'abus sexuels subis, d'isolement social, de stigmatisation et de discrimination sociale et économique dans le pays d'origine, qui contraindraient ces personnes à émigrer et, pour une partie d'entre elles, à utiliser le travail du sexe comme ressource économique [Clements-Nolle 2001, Lombardi 2001, Medico 2009].
- Une récente étude évalue à 30% la proportion des transgenres parmi les travailleuses du sexe à Lausanne [Chapot 2009].
- Enfin, les personnes transgenres incarcérées en Suisse sont encore souvent placées en isolement total pour toute la durée de leur peine sous prétexte de les protéger de leurs codétenu/e/s ce qui, indépendamment d'être une double peine violant la Constitution et les Droits de l'Homme, a des effets particulièrement délétères sur leur santé psychique.

Quelles solutions ?

A. Améliorer et adapter l'accès à la santé pour les usagers/ères transgenres :

- Un meilleur accès à la santé commence par la sensibilisation du personnel de réception et des soignant/e/s à les connaître, les reconnaître et les accueillir de manière appropriée et respectueuse. Savoir utiliser Monsieur ou Madame, il ou elle, même en contradiction avec les données légales, un prénom d'usage plutôt qu'un prénom officiel, en face-à-face, bien sûr, mais aussi dans les rapports médicaux, sont autant de petits signes d'acceptation susceptibles de construire la confiance et donc l'alliance thérapeutique. Dans le doute, demander à l'usager/ère comment il/elle souhaite être traité/e. Dans tous les cas, dialogue, discrétion, confidentialité et absence de jugement sont essentiels.
- Développer, financer par les Services de Santé Publique, et mener des actions de terrain, combinant prévention, dépistage, santé primaire et recherche, en partenariat entre les organisations communautaires LGBT (Fondation Agnodice, association faitière suisse «Transgender Network Switzerland», associations LGBT romandes) et les services publics spécialisés (PMU, Checkpoints VIH-IST).

B. Assurer la formation de base et la formation continue des professionnel/le/s :

- Inclure dans toutes les formations de base, et dans la formation continue, des modules de santé transgenre, basés sur une approche existentielle et phénoménologique (non essentialiste) où la genralité se conçoit, indépendamment du sexe, comme un équilibre variable entre les composantes féminines et masculines.
- En faire bénéficier les infirmiers/ères, les médecins internistes-généralistes, mais aussi les psychologues, psychiatres, endocrinologues et gynécologues en particulier.

S'adresser aux patient/e/s selon leur genre de préférence manifeste le respect et garantit une meilleure alliance

Nécessité d'un partenariat avec les organisations communautaires

Tout/e professionnel/le de santé devrait bénéficier d'une formation sur les questions transgenres

- Ultimement, **ces formations devraient sensibiliser ces professionnel/le/s à :**
 - Eviter les maladresses, embarras, vexations des usagers/ères transgenres, surtout en public.
 - Eviter toute forme de maltraitance théorique, spécialement mais pas uniquement dans le champ de la santé mentale. Françoise Sironi précise à ce propos: « J'appelle maltraitance théorique, une maltraitance induite par les théories, les pratiques ou les dispositifs thérapeutiques inadéquats. Ce phénomène apparaît lorsque les théories sous-jacentes à des pratiques sont plaquées sur une réalité clinique qu'elles recouvrent, qu'elles redécoupent ou qu'elles ignorent. Elles agissent alors comme de véritables discrédits envers la spécificité des problématiques et des populations concernées. La maltraitance par les théories et les pratiques génère des symptômes spécifiques qui sont souvent confondus avec la pathologie initiale du patient. Ces symptômes sont mis sur le compte d'une atypicité du tableau clinique, ou d'une «réactivité trop forte» du patient à l'impact de la pathologie initiale. Il s'agit de l'exacerbation du sentiment d'injustice et d'incompréhension, d'apparition de phobies, de généralisation de la méfiance, d'une hyper-réactivité, d'une anxiété permanente et diffuse, d'un repli taciturne et de vécus dépressifs majeurs » [Sironi 2003].
 - Tenir compte, lors de l'anamnèse et du traitement de ces usagers/ères, d'une multitude de singularités anatomiques, biochimiques et pathologiques trop souvent ignorés.
 - Prévenir ou dépister les pathologies spécifiques au nouvel environnement hormonal, telles que décalcification, thromboses, cancers du sein, risques cardio-vasculaires, fluctuations de la libido, etc.
 - Sensibiliser ces usagers/ères aux mesures de prévention correspondant à leurs vulnérabilités singulières : estime de soi, dépression, addictions, violence domestique, VIH, IST, etc.
 - Répondre avec pertinence à leurs questions (effets des hormones, préservation de la fertilité, risques et enjeux de la chirurgie, sexualité post-opératoire, etc.).
- Former spécifiquement les pédiatres, pédopsychiatres et endocrinologues au dépistage et à la prise en charge des enfants et adolescent/e/s manifestant une expression de genre minoritaire.
- Soutenir les rares chirurgien/ne/s qui pratiquent la chirurgie de réassignation sexuelle en Suisse pour qu'ils puissent se former plus longuement auprès des chirurgien/ne/s les plus expérimenté/e/s des pays étrangers de référence (MtoF: Thaïlande, USA, Canada, FtoM: Belgique, par exemple). En attendant, à qualité égale ou supérieur et à coût moindre, les opérations devraient être prise en charge dans ces pays sous couvert de la LAMal.

Les spécialistes devraient bénéficier d'une formation plus poussée auprès des centres de compétences reconnus

Paradoxes de la psychopathologisation d'une caractéristique identitaire

La nosographie fait l'objet d'une vive controverse internationale. Les «Troubles de l'identité de genre» du DSM IV sont sur le point de laisser la place à l'«Incongruence du Genre» dans le DSM V alors que des spécialistes plus progressistes parlent de « Gender Expression Deprivation Anxiety Disorders » [Vitale 2005] (Troubles anxieux liés à la privation de l'expression du genre) suggérant que les troubles sont suscités par l'hostilité et la discrimination sociales plutôt que par l'identité de genre minoritaire elle-même, considérée comme une variation de la subjectivité du genre et pas une pathologie mentale. Parallèlement, l'OMS procède actuellement à une large consultation internationale pour savoir où placer et comment définir les «troubles de l'identité de genre» dans la v11 du manuel ICD (CIM).

A cet égard, le Parlement Européen vient d'adopter le 28 septembre 2011 une résolution¹² dont :

le point 13 « condamne fermement le fait que l'homosexualité, la bisexualité et la transsexualité soient encore perçues par certains pays, y compris au sein de l'Union, comme des maladies mentales et appelle les différents États à lutter contre ce phénomène; demande en particulier la dépsychiatriation du parcours transsexuel, transgenre, le libre choix de l'équipe soignante, la simplification du changement d'identité et une prise en charge des coûts par la sécurité sociale »

le point 16 « demande à la Commission et à l'Organisation mondiale de la santé de retirer les troubles de l'identité de genre de la liste des troubles mentaux et du comportement, et de veiller à la reclassification desdits troubles en troubles non pathologiques lors des négociations sur la 11e version de la Classification internationale des maladies (CIM-11) »

Un des paradoxes de la psychopathologisation qui prévaut encore tient au fait que, d'une part, les psychiatres se posent (ou sont posés par l'administration et les assureurs) en gardiens du changement de sexe et, d'autre part, refusent majoritairement de suivre les patients transgenres. Par ailleurs, il est largement reconnu que cette fonction de «gatekeeping» est très défavorable à l'alliance thérapeutique [Bocking 2004].

Parallèlement, la conditionnalité (pour laquelle la Suisse a été condamnée en 2009 par la Cour Européenne des Droits Humains [Arrêt Schlumpf 2009]) d'un suivi psychothérapeutique minimum de 2 ans pour la prise en charge d'une intervention chirurgicale, est imprécise, coûte excessivement cher aux assurances-maladie et pèse aussi sur la qualité de l'alliance qui conditionne l'utilité même de ce travail psychothérapeutique.

La World Professional Association for Transgender Health regroupe 500 professionnels du monde entier. Ses standards de soins constituent la seule référence internationale et sont conçus pour être utilisés comme des recommandations (guidelines). Moins pathologisante que la v.6 de 2001, la version 7 [WPATH 2011] vient d'être publiée fin septembre 2011. Elle représente un important pas en avant dans la bonne direction. Soucieux de bonne pratique, les professionnel/le/s suisses (médecins et assureurs LAMal) s'en inspireront avec profit tout en veillant à individualiser leur prise en charge. Un bémol est néanmoins à signaler au sujet des personnes intergenres/intersexes : dans cette v.7, la WPATH les désigne maladroitement comme souffrant d'un «Désordre du Développement Sexuel» et pathologise celles qui, enfants ou adultes, rejettent leur sexe d'assignation.

Conclusion

La persistance de bien des préjugés, mais surtout l'absence des questions de santé transgenre dans les programmes de formation de base et de formation continue destinés aux professionnel/le/s suisses de la santé contribuent à un état des lieux encore très problématique.

Y remédier est urgent et va nécessiter une combinaison d'ouverture d'esprit, de courage politique et d'humanisme pragmatique.

¹² <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+XML+V0//FR&language=FR>

La psychopathologisation d'une caractéristique identitaire se fait au détriment des patients/e/s et de l'alliance thérapeutique

Courage, volonté et pragmatisme pour l'instauration d'une formation systématique

2.2 INADÉQUATION ENTRE LES BESOINS DES PERSONNES LGBT ET L'OFFRE ACTUELLE

Plusieurs études relèvent que les personnes LGBT rencontrent des difficultés à trouver une offre de soins qui soit en adéquation avec leurs besoins [Cochand 2003, Rosenthal 2007].

Accès difficile à des soins adaptés

Les principales raisons évoquées sont :

- l'embarras et la difficulté des soignant/e/s à aborder la sexualité de manière neutre et factuelle [Meystre-Agustoni 2006],
- un biais normatif (le/la médecin formule ses questions et son discours en utilisant des termes qui partent du présupposé hétérosexuel et cisgenre),
- une autocensure du/de la patient/e,
- une homophobie ou transphobie agie, perçue ou anticipée
- un manque d'information et de formation.

Une récente publication sur le sujet [Rosenthal 2007] confirme le fait que l'incapacité du/de la médecin à identifier l'orientation sexuelle de ses patient/e/s et son manque de connaissance en la matière portent préjudice à la provision de soins adéquats. Cette carence est encore plus criante en ce qui concerne les identités de genre minoritaires.

Les soignant/e/s ignorent souvent les besoins spécifiques de cette population et sous-estiment le nombre de personnes concernées

Des entretiens individuels conduits auprès de médecins romands, pourtant choisis pour avoir une proportion non négligeable de patients HSH dans leur patientèle, montrent qu'une partie du corps médical sous-estime très largement la prévalence de l'orientation et des comportements homo- ou bisexuels dans leur consultation et probablement dans la population générale également [Bize 2010]. Cela n'a rien d'étonnant puisque cette question n'est que très rarement posée [Meystre-Agustoni 2011] et que le présupposé hétérosexuel exclusif prévaut le plus souvent.

Un article publié en 2006 dans le New England Journal of Medicine dressait un portrait très contrasté entre la prévalence élevée de l'orientation homo- ou bisexuelle (jusqu'à 7% des personnes habitant les centres urbains s'auto-déclarant homo-ou bisexuelles dans le recensement de la population américaine en l'an 2000, ce qui, au vu de la stigmatisation des minorités sexuelles, sous-estime probablement la prévalence réelle des personnes directement concernées par ce thème), et la quasi inexistence de formations et de soins appropriés au sein de la communauté médicale [Makadon 2006]. Ce même auteur a par ailleurs publié un article plus détaillé et plus récent sur les premiers pas à réaliser pour « en finir avec l'invisibilité des personnes LGBT dans les milieux de soins » [Makadon 2011]. Il a enfin contribué à développer une expertise et de précieuses ressources pour la formation des soignant/e/s dans le domaine de la santé des personnes LGBT¹³.

¹³ <http://www.fenwayhealth.org>

2.3 INVISIBILITÉ DES PERSONNES LGBT DANS LES ENQUÊTES DE SANTÉ NATIONALES

Nécessité d'inclure l'orientation sexuelle dans les enquêtes de santé en population générale

Contrairement aux prises de position très claires du CDC et d'autres instances internationales de santé publique, l'Office fédéral de la statistique continue d'ignorer l'orientation sexuelle¹⁴ et l'identité de genre dans ses grandes enquêtes de santé nationale (Enquête Suisse sur la Santé¹⁵). Il en est de même pour l'enquête HBSC menée chez les 11-15 ans par Addiction Suisse sur mandat de l'OFSP¹⁶.

De nombreux arguments plaident pourtant en faveur de l'inclusion de ce type de mesures :

Il s'agit d'une mesure nécessaire, simple, acceptable et efficace

- L'orientation sexuelle et l'identité de genre sont considérées comme des indicateurs clés dans la législation de l'Union européenne sur l'égalité et la lutte contre la discrimination. Ces populations constituent donc un groupe cible pour la réduction des inégalités¹⁷.
- La prise en compte des besoins en matière de santé des personnes LGBT, de manière globale et dans les enquêtes figure également dans les recommandations du Conseil de l'Europe du 31 mars 2010 ratifiées par la Suisse (point 33¹⁸).
- De nombreuses évidences scientifiques montrent que les minorités sexuelles présentent plus de risques de développer différents problèmes de santé. En Suisse, ces évidences doivent encore être étoffées par des données issues de larges échantillons représentatifs de la population générale.
- La santé des minorités sexuelles est un enjeu crucial pour le futur de la prévention VIH/IST.
- Ces données peuvent être collectées dans toutes les grandes enquêtes de population. Les expériences préalables ont démontré que des questions bien formulées et bien administrées étaient considérées comme acceptables par les répondant/e/s et qu'elles n'affectaient pas le taux de réponse¹⁹.

¹⁴ Seule la dimension des comportements sexuels (sexe des partenaires) est prise en compte depuis 2007 et non la dimension identitaire (auto-définition en tant que gay, lesbiennes, bisexuel/le, hétérosexuel/le).

¹⁵ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/04.html

¹⁶ <http://www.hbsc.ch/>

¹⁷ http://fra.europa.eu/fraWebsite/lgbt-rights/lgbt-rights_en.htm

¹⁸ <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec%282010%295>

¹⁹ <http://www.gaydata.org/>

<http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/measuring-equality/equality/sexual-identity-project/index.html>

2.4 EXEMPLES D'INITIATIVES DÉDIÉES À LA SANTÉ DES PERSONNES LGBT

Le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) d'Atlanta a clairement identifié les spécificités de cette thématique et développé une ligne d'activités propre à la santé des personnes LGBT²⁰. Cette institution met d'importantes ressources à disposition des personnes concernées. Le rôle joué par la stigmatisation et la discrimination dans la vulnérabilité accrue des personnes LGBT face à la maladie y est clairement souligné. Parmi les bonnes pratiques identifiées par le CDC en matière de santé des jeunes LGBT, on relève l'existence d'alliances entre représentant/e/s LGBT et non LGBT, l'identification des espaces où la sécurité des personnes LGBT est garantie, l'interdiction du harcèlement et des insultes homophobes, la fourniture de services de santé spécifiques, la formation des professionnel/le/s œuvrant dans les milieux scolaires.

Le CDC relève que les programmes d'éducation sexuelle qui ignorent les difficultés propres aux minorités sexuelles ne sont probablement pas efficaces dans la prévention VIH/IST auprès des élèves concerné/e/s. L'enquête de surveillance des comportements à risque des jeunes du Massachusetts a mis en évidence le fait que les jeunes HSH qui avaient été menacés ou harcelés à l'école avaient une plus grande probabilité d'avoir déjà contracté une fois dans leur vie une IST et de ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel [Goodenow 2006].

Le CDC considère l'homophobie, la stigmatisation et la discrimination comme des déterminants sociaux de la santé²¹ qui peuvent affecter la santé physique et mentale, la probabilité qu'une personne LGBT cherche et obtienne des soins appropriés, et la qualité des soins reçus [Sell 2001]. Ces barrières à l'équité doivent être abordées à différents niveaux de la société, comme les milieux de soins, les lieux de travail, et les établissements scolaires et de formation.

L'American Psychological Association a, grâce au soutien du CDC, mis en place le Healthy LGB Students Project qui vise à prévenir les infections au VIH chez les jeunes HSH, mais aussi à soutenir le développement sain et harmonieux des jeunes LGB ou en questionnement grâce à des interventions dans l'environnement scolaire²².

Les objectifs de santé publique américains réunis sous le label «Healthy people 2020»²³ consacrent tout un volet à la santé des personnes LGBT où est relevé le rôle majeur que jouent la stigmatisation, la discrimination et la dénégation des droits civils et humains dans l'inégalité des chances face à la santé à laquelle les personnes LGBT sont exposées. Ce document souligne également le caractère prolongé des effets néfastes sur la santé de ce type d'expérience dans la vie d'une personne LGBT. Plusieurs mesures de protection sont préconisées comme la mise en œuvre de politiques contre le harcèlement dans les écoles ou la création de centre de santé dédiés aux personnes LGBT.

Santé Canada a entrepris d'agir pour améliorer l'accès aux soins des personnes LGBT. Après avoir effectué un état des lieux en 2001 [Santé Canada 2001], cet organisme a notamment financé l'initiative Santé Arc-en-ciel²⁴ et propose des conseils aux fournisseurs de soins de santé au sujet la santé des femmes lesbiennes et bisexuelles²⁵.

Faire en sorte que les écoles deviennent des lieux sûrs pour les jeunes LGBT

L'homophobie, la stigmatisation et les discriminations limitent la probabilité d'accès à des soins appropriés

Le rejet basé sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre est considéré comme un déterminant social affectant la santé

Le CDC, Santé Canada et le NHS du Royaume-Uni soutiennent des initiatives ciblant spécifiquement la santé des personnes LGBT

²⁰ <http://www.cdc.gov/lgbthealth>

²¹ <http://www.cdc.gov/socialdeterminants>

²² <http://www.apa.org/pi/lgbt/programs/hlgbsp>

²³ <http://www.healthypeople.gov>

²⁴ <http://www.rainbowhealth.ca>

²⁵ <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/women-femmes/lesbi-fra.php>

L'orientation sexuelle fait partie des questions figurant dans l'enquête sur la santé des collectivités canadiennes, ce qui permet une analyse de l'utilisation des services de santé par les gais, lesbiennes et bisexuels [Tjepkema 2008].

Le NHS, le service de santé national anglais, prend clairement position en faveur de l'élimination des discriminations et inégalités en matière de santé, y compris en raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre. Le NHS publie des documents et vidéos sur différents aspects de la santé des personnes LGBT²⁶ et a développé un site d'information spécifique comprenant aussi des conseils pour les professionnel/le/s²⁷.

Le Department of Health anglais a également publié plusieurs rapports, brochures et guides de bonnes pratiques concernant la santé des personnes LGBT²⁸.

En Suisse, quatre centres Checkpoint²⁹, dédiés aux conseils et au dépistage des principales IST auprès des HSH, ont été ouverts à Genève, Zürich, Lausanne et Bâle (phase pilote). Les usagers y sont reçus par un infirmier et/ou un médecin gay-friendly. En plus du dépistage du VIH et des autres IST, ces centres proposent: des entretiens de conseil et de soutien, la vaccination contre les hépatites A et B, l'évaluation de problèmes psychologiques ou de dépendance, le traitement et le suivi médical des IST, ainsi que l'administration de prophylaxies post exposition (PEP) [Bize 2010, Schwappach 2008]. Les Checkpoints de Zürich et de Lausanne sont également ouverts aux usagers/ères transgenres.

²⁶ <http://www.nhs.uk/livewell/lgbhealth>

²⁷ <http://www.healthwithpride.nhs.uk>

²⁸ <http://www.dh.gov.uk/health/search/?searchTerms=gay>

²⁹ <http://www.checkpoint-ge.ch> ; <http://www.checkpoint-zh.ch> ; <http://www.checkpoint-vd.ch> ; <http://www.checkpoint-bs.ch>

2.5 FONDEMENTS QUI LÉGITIMENT UNE ACTION



2.5.1 DROITS HUMAINS ET DROITS SEXUELS

Les Droits humains tels que décrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de l'ONU sont universels et devraient s'appliquer à tous les êtres humains, quelle que soit leur orientation sexuelle ou leur identité de genre.

Cependant, un certain nombre de pays considèrent encore l'homosexualité comme un crime passible de la prison, voire de la peine de mort³⁰. Les personnes LGBT et en particulier les personnes transgenres sont également confrontées à de nombreuses discriminations légales, y compris en Europe³¹. La Suisse ne se classe d'ailleurs qu'en 21^{ème} position parmi les pays européens en matière d'égalité des droits accordés aux personnes LGBT. Comme nous l'avons déjà mentionné, ces discriminations légales ont un impact négatif direct sur la santé des personnes LGBT.

Ces dernières années, un nombre de plus en plus important de pays ont pris position dans le cadre du Conseil pour les Droits Humains de l'ONU afin de demander la fin de la violence, de la criminalisation et des violations des droits fondamentaux des personnes basées sur l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre.

³⁰ http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_carte_2012_pride.pdf

http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_Homophobie_Etat_2012.pdf

³¹ http://www.ilga-europe.org/home/publications/reports_and_other_materials/rainbow_europe_map_and_index_may_2012
http://www.ilga-europe.org/home/publications/annual_review/2011

En Suisse, les Checkpoints proposent des services de santé spécifiques pour les gays et autres HSH

Les droits humains sont universels et s'appliquent donc également aux personnes LGBT

Le 17 juin 2011, le Conseil a adopté une résolution³² rappelant l'universalité des droits humains et demandant la rédaction d'un rapport sur les discriminations à l'encontre des personnes LGBT. Ce dernier³³ a été rendu public en novembre 2011. En 2011, le Conseil de l'Europe a également publié un rapport sur la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Cependant, si ce thème progresse dans de nombreux pays, la situation se dégrade au contraire dans d'autres, notamment dans certains pays d'Afrique et d'Europe de l'Est.

En 2006, un panel d'experts internationaux a élaboré les principes de Yogyakarta sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre³⁴. Le principe 17 concerne le droit au plus haut niveau possible de santé et le principe 18 la protection contre les abus médicaux³⁵. La thématique des droits humains est développée de manière plus détaillée dans le cadre de travaux complémentaires réalisés par l'association PREOS³⁶.

L'International Planned Parenthood Foundation (IPPF), association faîtière en matière de santé sexuelle et reproductive au niveau international a récemment élaboré et publié la « déclaration des droits sexuels de l'IPPF³⁷ ». Il est mentionné explicitement que ces droits doivent s'appliquer à tous et toutes, indépendamment de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre. Cette déclaration sert notamment de cadre de travail pour la Fondation Santé Sexuelle Suisse (anciennement PLANeS) et au programme national VIH/IST 2011-2017.

Les Droits sexuels doivent également être garantis pour toutes et tous, y compris les membres des minorités sexuelles



2.5.2 DROIT À LA SANTÉ ET ÉQUITÉ D'ACCÈS AUX SOINS

La constitution de l'OMS stipule que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Ce droit au meilleur état de santé possible est ainsi garanti par plusieurs traités, en particulier le Pacte international relatif aux droits civils et politiques³⁸ et la Charte sociale européenne³⁹.

L'égalité dans l'accès aux soins est un droit fondamental qui n'est pas toujours assuré aux personnes LGBT

La Suisse a également signé, le 29 avril 2010, la résolution 1728 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe concernant la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre⁴⁰ qui appelle les Etats à « traiter la discrimination et les violations des droits de l'homme visant les personnes transgenres et, en particulier, à garantir dans la législation et la pratique les droits de ces personnes: (...)

Une exigence qui figure dans plusieurs résolutions, recommandations et traités internationaux

- à des documents officiels reflétant l'identité de genre choisie, sans obligation préalable de subir une stérilisation ou d'autres procédures médicales comme une opération de conversion sexuelle ou une thérapie hormonale,
- à un traitement de conversion sexuelle et à l'égalité de traitement en matière de soins de santé » (points 16.11, 16.11.2 et 16.11.3).

32 <http://ilga.org/ilga/static/uploads/files/2011/6/17/RESOLUTION%20L9rev1.pdf>

33 http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session19/A-HRC-19-41_fr.pdf

34 http://www.coe.int/t/Commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011_fr.pdf

35 <http://www.yogyakartaprinciples.org>

36 <http://www.preos.ch/> (sous-groupe droits humains)

37 http://www.plan-s.ch/IMG/pdf_Final_IPPF_Declaration_French.pdf

38 <http://www2.ohchr.org/french/law/ccpr.htm>

39 <http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/presentation/escrbooklet/French.pdf>

40 <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta10/FRES1728.htm>

Cette résolution les appelle aussi « à mettre en place ou à développer des programmes anti-discrimination et des programmes de sensibilisation favorisant la tolérance, le respect et la compréhension des personnes LGBT, en particulier à l'intention des agents publics, des instances judiciaires, des forces de l'ordre et des forces armées, mais aussi des établissements d'enseignement, des médias, de la profession médicale et des milieux sportifs » (16.12).

Cette résolution fait suite aux recommandations du Conseil de l'Europe du 31 mars 2010⁴¹ dont le point 33 stipule que « Les Etats membres devraient prendre les mesures appropriées, législatives et autres, pour assurer la jouissance effective du plus haut niveau de santé réalisable, sans discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre ; en particulier, ils devraient tenir compte des besoins particuliers des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transsexuelles dans l'élaboration de plans de santé nationaux, y compris des mesures de prévention du suicide, des enquêtes de santé, des programmes d'enseignement médical, des cours et des matériels de formation, ainsi que dans le cadre du suivi et de l'évaluation de la qualité des services de soins de santé ».

Cependant, la Suisse n'a, à ce jour, pris aucune mesure en lien avec ces recommandations, à l'exception de l'avis de l'OFEC concernant l'obligation de stérilisation des personnes transgenres⁴², et force est de constater qu'un certain nombre de personnes LGBT reçoivent encore des soins de moins bonne qualité ou se voient même refuser des soins uniquement en raison de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre.

**Absence de monitoring
concernant l'accès aux
soins des personnes
LGBT en Suisse**

Par exemple, l'enquête Transgender EuroStudy [Whittle 2008] donne un éclairage alarmant sur la situation des personnes transgenres en Europe, dont l'accès à la santé est marqué par l'inégalité et la discrimination. L'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne indique qu'un quart des personnes interrogées dans le cadre de cette enquête ont à se plaindre de la manière dont elles sont traitées par certain/e/s professionnel/le/s de santé parce qu'elles sont transgenres. Selon une personne sur cinq, le fait d'être transgenre influe sur son accès aux soins de santé. Dans une autre enquête citée par l'Agence, 29 % des personnes interrogées disaient souffrir de la manière dont elles étaient traitées par les professionnel/le/s de santé.

Comme le rappelle Bertrand Kiefer dans un de ses bloc-notes de la Revue médicale suisse : « Dans une perspective des droits de l'homme, l'accès aux soins pour tous, sans discrimination n'est pas négociable. Le droit à l'accès aux soins implique avant tout l'équité face à cet accès » [Kiefer 2008].

⁴¹ <http://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec%282010%295>

⁴² <http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/gesellschaft/eazw/dokumentation/praxis/praxis-2012-02-01-f.pdf>



2.5.3 ETHIQUE DES PROFESSIONS MÉDICALES

Les principes d'éthique médicale européenne⁴³ comportent plusieurs articles qui engagent le/la médecin vis-à-vis des besoins de santé de la population LGBT.

Une responsabilité
éthique

Article 1

La vocation du médecin consiste à défendre la santé physique et mentale de l'homme et à soulager sa souffrance dans le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine sans discrimination d'âge, de race, de religion, de nationalité, de condition sociale et d'idéologie politique, ou toute autre raison, en temps de paix comme en temps de guerre.

Article 2

Dans l'exercice de sa profession, le médecin s'engage à donner la priorité aux intérêts de santé du malade. Le médecin ne peut utiliser ses connaissances professionnelles que pour améliorer ou maintenir la santé de ceux qui se confient à lui, à leur demande; en aucun cas il ne peut agir à leur détriment.

Article 3

Le médecin s'interdit d'imposer au patient ses opinions personnelles, philosophiques, morales ou politiques dans l'exercice de sa profession.

Article 25

Le médecin agissant individuellement ou par l'intermédiaire des organisations professionnelles a pour devoir d'attirer l'attention de la collectivité sur les insuffisances dans les domaines de la qualité des soins et de l'indépendance professionnelle des praticiens.

Extraits du code déontologique du Conseil international des infirmières⁴⁴

« Les infirmières ont quatre responsabilités essentielles: promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. Les besoins en soins infirmiers sont universels. »

« Le respect des droits de l'homme - en particulier le droit à la vie, à la dignité et à un traitement humain, ainsi que les droits culturels – fait partie intégrante des soins infirmiers. Ces derniers ne sont influencés par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'invalidité ou de maladie, de sexe et d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, de race ni de statut social, autant de particularités qu'ils respectent au contraire. »

« Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectés. »

« L'infirmière partage avec la société la responsabilité du lancement et du soutien d'initiatives permettant de satisfaire les besoins sociaux et de santé de la population, en particulier des groupes les plus vulnérables. » ■

⁴³ <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/principesdethique%5B1%5D.pdf>

⁴⁴ Copyright © 2006 Conseil international des infirmières 3, place Jean-Marteau, 1201 Genève (Suisse)

3. DOMAINES ET INTERVENANT/E/S PRIORITAIRES

La santé des personnes LGBT, jeunes et adultes, est un phénomène complexe qui peut être influencé par de nombreux facteurs, ce qui multiplie les domaines d'intervention possibles (cf. tableau 1).

Trois domaines prioritaires d'intervention

Par souci d'efficacité, le groupe Santé PREOS a choisi de focaliser son attention sur trois domaines d'interventions jugés prioritaires qui renvoient chacun à un groupe de professionnel/le/s spécifique :

- La santé sexuelle et reproductive qui est traitée dans le contexte scolaire par les intervenant/e/s en santé sexuelle et reproductive au travers des cours d'éducation sexuelle. Hors du contexte scolaire, nous avons aussi tenu compte des services proposés par les centres de santé sexuelle/plannings familiaux.
- La santé scolaire qui implique les infirmiers/ères scolaires, mais aussi tou/te/s les autres acteurs/trices de la santé en milieu scolaire que sont, par exemple, les animateurs/trices de santé, médecins scolaires, médiateurs/trices, psychologues scolaires.
- La médecine de premier recours en cabinet médical (médecine générale, médecine interne, gynécologie et pédiatrie) qui concerne aussi bien les jeunes LGBT que les adultes.

	Circonstances avec un impact négatif sur la santé documenté	Etat du monitoring	Interventions possibles
Vie préscolaire	Pas de consensus	Pas de consensus	Non identifiées
Education	Homophobie à l'école Occultation de la thématique LGBT	Pas de documentation systématique des actes homophobes Evaluation des cours d'éducation sexuelle	Campagnes de sensibilisation au poids des insultes homophobes dans les écoles
Emploi	Chômage Discrimination Harcèlement	Documentation du statut professionnel dans les enquêtes de santé Pas de documentation systématique des cas de discrimination au travail	Réformes légales et constitutionnelles visant à garantir explicitement les mêmes droits pour les personnes LGBT
Genre	Stigmatisation pour non-conformité à la norme de genre	Aucun	Campagnes de sensibilisation dans les écoles Formation des adultes
Système de santé	Hétérosexualité présupposée dans la rencontre, le discours et les formulaires médicaux Absence de signaux visibles, ou de paroles témoignant d'une ouverture à la diversité en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre Homophobie Manque de connaissance des spécificités de la santé des personnes LGBT Manque d'intérêt pour la santé des personnes LGBT Malaise face à la thématique Ignorance ou banalisation de la problématique dans les milieux de la santé scolaire	Aucun monitoring régulier	Création de centres de santé spécialement destinés aux personnes LGBT Développement d'une expertise médicale Formation des étudiants et des soignants Mise à la disposition du public de listes de soignants formés Exporter l'expertise auprès des responsables de la santé scolaire Fournir une expertise aux décideurs politiques lorsque la santé des personnes LGBT est en jeu
Logement	Précarisation suite à une possible expulsion du foyer familial après le coming-out Prostitution	Aucun	Campagnes de sensibilisation et d'accompagnement des parents qui découvrent l'homosexualité de leur enfant
Revenu	Pauvreté liée aux possibles discriminations sur le lieu de travail	Documentation occasionnelle du revenu dans les enquêtes de santé	Réformes légales et constitutionnelles visant à garantir explicitement les mêmes droits pour les personnes LGBT et leurs familles
Réseau social	Absence de socialisation auprès des pairs	Nombre d'amis LGBT parfois documenté dans les études ciblant les personnes LGBT Degré de stigmatisation perçue jamais mesuré	Campagnes de sensibilisation dans les écoles Travail de proximité dans les lieux fréquentés par les adolescent/e/s Activités communautaires
Géographie	Isolement dans les zones rurales	Documentation du code postal dans les enquêtes de santé Isolement perçu jamais mesuré	Campagnes de sensibilisation dans les régions rurales
Comportements individuels	Rapports sexuels non protégés, abus d'alcool et recours aux drogues	Facteurs de risque pour une infection au VIH suivis de manière systématique chez les HSH	Campagnes visant à promouvoir l'adoption de comportements individuels permettant de minimiser le risque d'infection au VIH

Tableau 1.

Etapes de vie, contextes et opportunités d'actions de promotion de la santé et de prévention des maladies auprès des personnes LGBT

(Source: Bize 2010)



3.1 SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

La santé sexuelle et reproductive a été définie en 1994 par la Conférence mondiale du Caire sur la population et le développement comme « le bien-être général tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmités⁴⁵ ».

Volontairement large, cette définition doit favoriser l'intégration des services et programmes traditionnellement segmentés tels que le planning familial, la santé périnatale, la prévention des infections sexuellement transmissibles. Elle vise également à couvrir des populations jusqu'à présent peu prises en compte dans ce domaine, telles que les hommes et les minorités sexuelles [Klaue 2002].

Dans ce domaine, le groupe Santé PREOS s'est principalement penché sur la problématique de l'éducation sexuelle ainsi que sur les différentes ressources pertinentes en matière de santé sexuelle pour les personnes LGBT.



3.1.1 EDUCATION SEXUELLE DANS LES CLASSES

Principes

L'éducation sexuelle s'inscrit dans un projet global d'éducation et de promotion de la santé des enfants, des adolescent/e/s, des jeunes adultes et des adultes tel que défini par: la Charte d'Ottawa, la définition de la santé sexuelle de l'OMS, ainsi que la Déclaration des droits sexuels de l'IPPF (International Planned Parenthood Federation).

L'éducation à la sexualité fait partie des composantes de l'éducation permettant le développement de la personnalité. Elle repose sur des valeurs humaines de respect de soi et des autres, de liberté, ainsi que sur le droit à l'intimité et à une vie privée. Elle promeut le droit à l'intégrité, l'égalité des droits et des traitements dans la reconnaissance et le respect des différences.

Le thème de la diversité sexuelle doit être intégré à la formation

Une telle approche suppose une attitude de respect et de compréhension à l'égard des personnes LGBT et leur entourage. Elle implique aussi que la diversité sexuelle soit traitée dans le cadre de la formation des professionnel/le/s de la santé sexuelle.

La formation des intervenant/e/s, initiée par des personnes de terrain, a été formalisée sur le plan académique et pratique :

- CAS Guidance en santé sexuelle et reproductive de la Faculté de médecine et Faculté des Sciences de l'éducation (Lausanne/Genève);
- DAS en santé sexuelle et reproductive des HES santé - social de Genève (formation professionnelle et année de stage).

⁴⁵ Extrait du paragraphe 7.2 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 1994. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_fre.pdf

Ces formations sont reconnues pour tou/te/s les intervenant/e/s de la santé sexuelle (formation, éducation et consultations) de Suisse Romande. Elles sont reconnues par Santé Sexuelle Suisse (anciennement PLANeS), fondation faitière de la santé sexuelle et reproductive en Suisse. Elles accordent cependant encore peu de place à la diversité sexuelle et à la problématique transgenre.

Situation dans les cantons : programmes et pratiques

En Suisse, l'éducation sexuelle est organisée de façon différente selon les régions linguistiques [Spencer 2001]. Alors qu'en Suisse alémanique, les cours d'éducation sexuelle sont pris en charge par le personnel enseignant des établissements scolaires, dans les cantons romands ces cours sont confiés à des intervenant/e/s externes désigné/e/s par les autorités cantonales dans le cadre de conventions ou de mandats de prestations.

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne a récemment mené une étude comparative des politiques et des programmes cantonaux en matière d'éducation sexuelle [Koutaissoff 2009].

Il ressort de cette étude que les missions assignées à l'éducation sexuelle sont formulées de façon très variable selon les cantons. Les missions, les bases théoriques et les objectifs de l'éducation sexuelle sont plus ou moins formalisés et approfondis. Il n'y a pas véritablement de document de référence commun à l'image d'un plan d'étude cadre.

L'examen des différents programmes cantonaux montre que le thème de l'homosexualité - plus largement de la diversité sexuelle - ne fait véritablement son apparition qu'au niveau secondaire I (population adolescente). Il est quasiment absent des cours donnés aux préadolescent/e/s et totalement absent des cours donnés aux enfants. Lorsqu'il figure au programme, le thème est annoncé sous différentes appellations parfois peu explicites (attirances en Valais et à Fribourg) ou sous l'angle de la prévention des discriminations. De toute évidence, il est loin de constituer un thème prioritaire, quand bien même il est volontiers défini par les intervenant/e/s comme incontournable. C'est souvent aux élèves de manifester explicitement un intérêt pour le sujet pour que celui-ci soit traité en classe. Le groupe Santé PREOS estime que, s'il est difficile pour les élèves de s'exposer au regard des autres en abordant cette thématique, il paraît tout autant difficile pour les intervenant/e/s de l'aborder spontanément.

C'est souvent aux élèves de demander que le sujet soit abordé

Programme de base en éducation sexuelle (CYP2)

Avec des élèves de 3^{ème} et 4^{ème} primaire, les formatrices en santé sexuelle ont à cœur d'aborder, en premier lieu, les thèmes suivants : les organes sexuels (description, fonctionnement, acquisition d'un vocabulaire de base), la puberté (transformations physiques et psychiques), ainsi que les abus sexuels (prévention, valorisation de l'estime de soi). Il se peut que des élèves posent des questions qui ont trait à l'homosexualité ou à la pornographie. Dans ce cas, les formatrices en santé sexuelle y répondront, mais n'aborderont pas le sujet d'elles-mêmes.

Travail mené dans les classes du canton de Vaud par la Fondation PROFA

[Koutaissoff 2009: 21-2]



Interventions à
l'adolescence (8^{ème}
et 9^{ème} année de
scolarité)



En 8^{ème} - 9^{ème} année les incontournables sont :

- **La contraception** : le préservatif (comprenant souvent la démonstration d'une pose sur un pénis en sagex) et la pilule du lendemain sont abordés en priorité. Les autres moyens de contraception (ex : contraception hormonale et autres pilules) sont considérés comme moins prioritaires, dans la mesure où, pour les acquérir et les utiliser, il faut consulter un médecin.
- **L'homosexualité** : c'est un thème qui touche les jeunes, les perturbe et sur lequel ils se posent beaucoup de questions.
- **Les relations sexuelles** : le dialogue sur la « première fois » est important, dans la mesure où les élèves aimeraient en savoir plus pour être prêts le jour où cela leur arrivera.
- **La majorité sexuelle et la découverte du plaisir** (masturbation).
- **La prévention des IST** (ex : la chlamydia), du **sida**, des **grossesses non désirées**.
- **L'actualité** (médiatique) : les thèmes d'actualité (**pornographie, abus d'Internet, violence sexuelle, etc.**) sont intégrés, dans la mesure où ils sont liés à la sexualité et font partie des préoccupations des élèves.

A cela s'ajoute qu'à la fin de l'intervention, les élèves de 8^{ème}-9^{ème} année reçoivent des informations sur les **adresses-ressources qu'ils peuvent contacter** en cas de besoin (ex : planning familial, le site CIAO, etc.). En conséquence, les incontournables, qui ont été fixés de manière consensuelle, varient principalement selon les classes d'âge. Les formatrices en santé sexuelle notent cependant que plus les élèves sont grands, moins il y a d'incontournables, car les contenus s'adaptent plus fortement aux besoins des élèves. Un élément important est cependant commun à toutes les interventions : c'est la question du respect, que ce soit le respect de soi ou le respect de l'autre. Ce thème du respect est donc un thème transversal. La question des « incontournables » reste pourtant un sujet délicat. Il semble en effet difficile pour une formatrice en santé sexuelle de résumer en quelques mots une intervention. Le programme d'un cours d'éducation sexuelle se caractérise par sa flexibilité et son adaptabilité aux besoins du public. Si un incontournable n'a pas pu être abordé pendant un cours, les réactions des formatrices en santé sexuelle peuvent différer. Il se peut que la formatrice en santé sexuelle n'en fasse pas mention et que par conséquent le sujet ne soit pas abordé du tout. Il se peut aussi que la formatrice en santé sexuelle mentionne que tel ou tel sujet n'a pas pu être abordé et qu'elle indique brièvement aux élèves des sources d'informations possibles.

Un thème qui peine
à trouver sa place
malgré les besoins

D'une manière générale, il apparaît que la thématique de la diversité sexuelle n'occupe pas une place bien précise dans les programmes d'éducation sexuelle, malgré les besoins observés [Koutaissoff 2009 ; Balthasar 2009]. Les entretiens réalisés par l'IUMSP auprès de jeunes confirment que ce thème n'est pas systématiquement abordé.



3.1.2 PROFESSIONNEL/LE/S EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : SITUATION DANS LE CANTON DE VAUD

Le domaine de la santé sexuelle et reproductive regroupe plusieurs types de professionnel/le/s de différentes disciplines. A des fins d'illustration, l'encadré ci-dessous reprend une description élaborée par la Fondation Profa à la demande du groupe de travail Santé PREOS. Cette description n'est donc pas le fruit d'une évaluation externe.

Conseiller/ère en santé sexuelle et reproductive

Son travail consiste à informer, stimuler la réflexion et renforcer la capacité de toute personne venant consulter pour opérer des choix responsables dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive. Les entretiens qu'il propose sont confidentiels.

Dans une approche non jugeante, ce professionnel reçoit toute personne LGBT afin d'accueillir les doutes par rapport à une orientation sexuelle, une difficulté à définir une identité sexuelle, un besoin d'aide lors d'un coming out ou une demande d'information sur la santé sexuelle afin d'accéder à des soins de qualité.

Médecin de la consultation de santé sexuelle – planning familial

Travaillant en collaboration avec le conseiller en santé sexuelle et reproductive, ce professionnel offre une information médicale adaptée aux besoins du patient. Il répond à toute plainte médicale au niveau gynécologique ou andrologique. Selon le vécu de la personne, il peut proposer un examen, des dépistages d'infections sexuellement transmissibles et des traitements le cas échéant.

Conseiller/ère de couple et sexologues

Pour les personnes ressentant des difficultés dans leur vie intime, personnelle ou relationnelle, ainsi que sexuelle, la consultation de couple et de sexologie offre un espace de parole et d'aide. Les personnes LGBT de tous âges y sont les bienvenues, tant pour des consultations de couple que pour des suivis individuels.

Centre de compétence VIH-IST, Point fixe et Check Point

Ce service propose des ateliers de prévention des IST-VIH et de l'homophobie par les pairs (Georgettes in Love) pour différents publics (écoles, milieux associatifs, ...). Il a reçu le mandat de mettre en place une consultation pour les HSH, sur le modèle des Checkpoints genevois et zurichois, et travaille spécifiquement pour la prévention auprès des personnes LGBT.

Dans le canton de Vaud, la Fondation Profa fait appel aux profils professionnels suivants⁴⁶ :



D'une manière générale, il apparaît que les centres de santé sexuelle/plannings familiaux ne ciblent pas suffisamment la population LGBT [Klaue 2002].

⁴⁶ Selon sa charte, « (le) but (de la Fondation Profa) est de travailler au développement de la qualité de la vie affective, relationnelle et sexuelle des hommes et des femmes du canton de Vaud, à tous les âges de la vie, sans discrimination de genre, d'identité et d'orientation sexuelles, et de promouvoir le respect de leur intégrité. » Pour ce faire, 81 spécialistes offrent des espaces de parole sur la question de l'intimité, en mettant un accent particulier sur les personnes jeunes et/ou fragilisées socialement. Toute personne issue d'une minorité sexuelle peut donc trouver un-e interlocuteur-trice au sein de la Fondation Profa.

3.2 SANTÉ SCOLAIRE

La santé scolaire concerne de nombreux intervenant/e/s (infirmiers/ères scolaires, animateurs/trices de santé, médecins scolaires, médiateurs/trices, ...) et se décline de manière variée dans chaque canton romand. C'est pourquoi il ne nous a pas été possible d'analyser en détail tous les cas de figure.

Dans les paragraphes qui suivent, nous proposons donc un bref descriptif du dispositif vaudois suivi d'un état des lieux et de suggestions basées sur le travail d'infirmières scolaires dans le canton de Vaud. Ces descriptifs et suggestions sont à comprendre mutatis mutandis pour les autres types d'intervenant/e/s et les autres réalités cantonales.



3.2.1 PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION EN MILIEU SCOLAIRE

Un article récemment paru dans le bulletin de la Conférence intercantonale de l'instruction publique de la Suisse romande et du Tessin (CIIP), souligne le fait que la prévention du suicide doit passer par une meilleure compréhension de la réalité des jeunes qui s'interrogent sur leur orientation sexuelle et par le développement d'un soutien adapté au sein de l'école notamment [Thorens-Gaud 2010].

Dans le canton de Vaud, les équipes PSPs (Promotion de la Santé et Prévention en milieu scolaire) ont pour mission de contribuer au bien-être de l'enfant et de l'adolescent/e à l'école afin de favoriser ses apprentissages scolaires et sociaux. Plus spécifiquement, il s'agit pour ces équipes de :

- Contribuer à promouvoir la santé physique, mentale et sociale des enfants et des adolescent/e/s.
- Contribuer à l'intégration sociale, scolaire et professionnelle.
- Développer des activités de santé communautaire.

Pour reprendre une citation de Deschamps à laquelle l'Unité PSPs du canton de Vaud se réfère, l'approche en santé communautaire « implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé [...]. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leur problème de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités ».

Les équipes PSPs comprennent des infirmiers/ères et médecins scolaires, des animateurs/trices de santé et des médiateurs/trices. Elles collaborent étroitement avec le corps enseignant, les parents et familles des élèves, les équipes PPLS (psychologues, psychomotricien-ne-s et logopédistes en milieu scolaire), ainsi qu'avec tous les autres partenaires du réseau de santé élargi.

Les animateurs/trices de santé ont pour mission de mettre en place des démarches qui permettent à l'école de développer une politique à long terme assurant un climat favorable aux apprentissages scolaires

L'école a pour mission de contribuer au bien-être de l'élève afin de favoriser ses apprentissages scolaires et sociaux

et sociaux : développer le sentiment d'appartenance à son école ; renforcer les relations sociales au sein de l'école ou de l'institution ; favoriser le climat de sécurité ; améliorer la connaissance de l'autre ; enrichir le partenariat école-famille.

Les infirmiers/ères scolaires offrent conseils, expertise et soins dans les domaines liés à la santé physique, mentale et sociale des enfants et des adolescent/e/s. Ils/elles veillent à l'intégration, l'accompagnement et la protection des enfants et des adolescent/e/s (voir le chapitre sur les infirmières scolaires).

Le médecin scolaire est à disposition des familles pour favoriser la scolarisation des enfants présentant, sur le plan médical, des besoins particuliers. Il contribue et encourage le dialogue entre l'enfant et sa famille et les professionnel/le/s de l'école, en collaboration avec le/la médecin traitant/e. Il est en outre à disposition des infirmiers/ères scolaires et de la direction de l'école pour toute question en lien avec ses compétences spécifiques.

Les médiateurs/trices ont pour mission d'établir et de maintenir les conditions permettant aux parties concernées (élèves, enseignant/e/s, parents) d'améliorer leurs relations et d'élaborer une solution à leur situation conflictuelle dans le cadre de l'école.



3.2.2 INFIRMIERS/ÈRES SCOLAIRES

Dans les établissements scolaires auxquels sont affilié/e/s des infirmier/ères scolaires (comme c'est le cas dans le canton de Vaud par exemple), ces derniers/ères pourraient être des interlocuteurs/trices de choix concernant :

- d'une part, l'accueil, le soutien, l'accompagnement et l'orientation de jeunes LGBT ou en questionnement par rapport à leur orientation sexuelle/identité de genre,
- d'autre part, la lutte contre les discriminations liées à l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, la sensibilisation des autres élèves et des différent/e/s intervenant/e/s scolaires.

En effet, dans le canton de Vaud, la mission de l'infirmier/ère scolaire en santé communautaire (ISSC) stipule qu'il/elle :

- offre son conseil, son expertise et des soins dans les domaines liés à la santé physique, mentale et sociale des enfants et des adolescent/e/s,
- répond en partenariat avec les adultes, les pairs et les services concernés aux besoins liés à l'intégration, à l'accompagnement et à la protection des enfants et des adolescent/e/s,
- développe des activités de promotion et de prévention en santé communautaire, en partenariat avec différent/e/s acteurs/trices internes et externes à l'établissement.

De plus, la place privilégiée qu'il/elle occupe dans les établissements scolaires en termes de visibilité et d'accessibilité devrait en faire une personne ressource. Il est vrai que les situations dans lesquelles les ISSC peuvent être amené/e/s à être en contact avec des jeunes LGBT sont variées : consultations, interventions dans les classes, animations de groupes dans le cadre de projets de prévention ou de promotion de la santé, entretiens individuels, suivi d'élèves avec des besoins particuliers, etc.

Le souci de préserver la santé des élèves LGBT est trop souvent absent

Or, il se trouve que les ISSC ne reçoivent à aucun moment de formation ou de sensibilisation concernant la santé des jeunes LGBT et le processus de coming out chez les adolescent/e/s. Le fait que, d'une part, ces sujets sont encore extrêmement tabous dans la plupart des établissements scolaires, et que, d'autre part, les élèves concerné/e/s se rendent peu (pour ne pas dire pas) visibles au sein de leur école, entraînent qu'une partie importante des ISSC n'a pas conscience des situations de fragilité ou de souffrances dans lesquelles peuvent se trouver les jeunes LGBT. Et pourtant, de par leur fonction, les ISSC sont quotidiennement en lien avec des élèves aux prises avec des problèmes tels que dépression, consommation de diverses substances, décrochage scolaire (entre autres), qui peuvent tout aussi bien être les conséquences d'une orientation sexuelle/identité de genre minoritaire mal acceptée. La prévention des atteintes à la santé des élèves LGBT dans les écoles est donc au mieux insuffisante et au pire inexistante, puisqu'elle dépend essentiellement de la sensibilité et des connaissances personnelles des ISSC et autres intervenant/e/s scolaires en la matière.

Pourtant, lorsqu'on connaît le taux alarmant de suicides ou tentatives de suicide chez les jeunes homo/bi-sexuel/le/s ou transgenres, et que l'on sait que le milieu scolaire est l'un des facteurs principaux dans la construction de l'estime de soi des enfants et adolescent/e/s (avec le milieu familial), il est urgent que les infirmiers/ères scolaires :

- soient formé/e/s (ou du moins sensibilisé/e/s) en ce qui concerne la santé des jeunes LGBT, afin de pouvoir non seulement accompagner ces jeunes, mais aussi lutter contre les différentes formes de discrimination dont ils/elles sont victimes. Cela suppose que les ISSC acceptent de se confronter à leurs propres représentations de la personne LGBT, de prendre de la distance afin d'observer leurs propres attitudes ou réactions (par ex. banalisation des propos ou insultes homophobes), ainsi que d'accueillir les représentations et les peurs de jeunes qui se comportent de manière homophobe ou intolérante, afin de les aider à cheminer vers le respect d'un autre différent,
- augmentent leur visibilité en tant que personnes ressources (affiches, dépliants, brochures, plaquettes d'associations sur des présentoirs visibles et accessibles, à l'intérieur et à l'extérieur de leur bureau, mais aussi présentation de l'homosexualité et de la bisexualité comme des variantes naturelles de la sexualité humaine lors de certaines interventions dans les classes),
- entretiennent des contacts avec des représentant/e/s d'associations de personnes LGBT afin d'étoffer leur offre en terme de documentation et d'interventions, ainsi qu'une collaboration plus approfondie avec les animateurs/trices en santé sexuelle intervenant dans les écoles.

Formation et visibilité sont nécessaires

Les points qui précèdent sont valables non seulement pour les ISSC, mais aussi pour les équipes de santé dans leur ensemble (médecins scolaires, médiateurs/trices, psychologues, animateurs/trices de santé, travailleurs/euses sociaux/ales). En effet, si les établissements scolaires vaudois sont tous dotés d'un(e) ou plusieurs

ISSC, il n'en va pas forcément de même dans les autres cantons. Dans le canton de Vaud, c'est l'Unité PSPs (Promotion de la santé et prévention en milieu scolaire) qui chapeaute tout ce qui touche à la prévention et à la promotion de la santé dans les écoles.

Un poste d'attachée aux questions d'homophobie et de diversité pour les cantons de Vaud (sous la supervision de l'Unité PSPs) et de Genève a récemment été créé. Le mandat lié à cette fonction consiste, entre autres, à mettre sur pied une formation continue pour les équipes de santé des écoles sur le thème qui nous intéresse, ce qui est réjouissant.

Outre les points cités plus haut, il serait intéressant et utile que chaque ISSC (voire chaque membre des équipes de santé) puisse avoir à sa disposition un livret concis mais complet abordant les questions essentielles liées à la thématique de la santé des personnes LGBT, à l'image du livret réalisé par l'association «MAG-Jeunes gais, lesbiennes, bi et trans» à destination des infirmières scolaires françaises⁴⁷. En effet, cela permettrait au moins aux membres des équipes de santé d'acquérir des connaissances de base en la matière et de ne pas se sentir trop démunis/e/s lorsqu'ils/elles sont confronté/e/s à ces questions, en attendant une formation ou une sensibilisation plus poussée.

Dans la même optique, la création d'une base de données regroupant des références de livres, d'articles et de documents utiles, ainsi que d'une « valise d'outils » à destination des ISSC (et, pourquoi pas, des équipes de santé) pourraient être judicieuses. La valise d'outils pourrait contenir par exemple :

- Des documents théoriques sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'homo/bi-sexualité, la transsexualité, l'homophobie (...),
- Des adresses d'associations et de sites internet,
- Un guide pour les infirmiers/ères scolaires,
- Des trames d'animations pour des interventions en classe,
- Des BD's ou brochures à destination des jeunes (cf. « Le monde de William⁴⁸ », « Essentiel⁴⁹ », paroles de la chanson « Homosentimental » de K⁵⁰),
- Des travaux effectués concernant le rôle des ISSC dans la lutte contre l'homophobie et les autres formes de discriminations,
- Etc.

Des informations et suggestions complémentaires sur ce thème figurent dans l'article destiné aux infirmières scolaires mentionné au chapitre 4.1 [Charrière 2011].

⁴⁷ <http://www.preos.ch/images/stories/documents/mag%20jeunes%20-%20livret%20infirmieres.pdf>

⁴⁸ <http://www.exaequo.be/pdf/278-EXA-brochwillam.pdf>

⁴⁹ <http://www.l-essentiel.ch/>

⁵⁰ <http://www.mosaic-info.ch/data/dataimages/Upload/Paroles-Homosentimental-K.pdf>

3.3 MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

Les médecins de premiers recours jouent un rôle-clé dans la prise en charge médicale de la population. Dans le contexte de méconnaissance actuel, les centres spécialisés visant la population LGBT comme les Checkpoint ont un rôle important à jouer comme lieux d'expertise et de ressources. Ils méritent donc d'être soutenus et développés, mais ils ne remplacent pas le rôle de proximité et de suivi global du médecin de premier recours [Bize 2011].

**Au moins
un/e patient/e LGBT
par jour**

Au vu de la proportion estimée de personnes LGBT dans la population générale, la plupart des médecins reçoivent chaque jour au moins une personne LGBT en consultation. Cette proportion est cependant fréquemment sous-estimée par les médecins [Bize 2010] notamment en raison du fait que les questions d'orientation sexuelle et d'identité de genre ne sont bien souvent pas abordées durant les consultations.

Une étude récente a comparé les attentes des patients masculins avec les expériences rapportées par ceux-ci en matière d'anamnèse sexuelle au cabinet médical [Meystre-Agustoni 2011]. Parmi les 1452 patients qui ont répondu à cette étude, 90.9% souhaitaient que leurs médecins leur posent des questions au sujet de leur sexualité de manière à pouvoir recevoir des conseils en matière de prévention. Malgré ce plébiscite, seuls 40.5% rapportent avoir parlé une fois au moins de sexualité en général avec leur médecin. Plus spécifiquement, seul 1 patient sur 4 à 5 s'est vu poser des questions au sujet d'infections sexuellement transmissibles qu'ils auraient pu contracter par le passé, du nombre de leurs partenaires sexuel/le/s ou de leur orientation sexuelle.

**Des occasions
manquées**

Le thème n'étant pas abordé par le/la médecin, et les patient/e/s LGBT ne sachant bien souvent pas quel accueil serait fait à un éventuel coming out, un grand nombre de ces derniers/ères s'abstiennent d'en parler. Cet état de fait est évidemment problématique par rapport à l'adéquation des soins et à la prévention du VIH et des IST, mais contribue également à maintenir la population LGBT dans une situation de minorité largement invisible durant les consultations [Makadon 2011].

Outre le fait de permettre à leurs patient/e/s LGBT de parler d'eux/d'elles dans de bonnes conditions et de favoriser ainsi une relation thérapeutique de qualité, il est indispensable que les médecins connaissent les spécificités de cette population et puissent, au besoin proposer des ressources appropriées.

Pour y parvenir, il faut que la thématique de santé LGBT devienne plus visible dans les cabinets médicaux et qu'une sensibilisation/formation des médecins soit mise en place conjointement par les associations professionnelles et communautaires LGBT (articles dans les revues professionnelles, répertoires de bonnes pratiques, modules dans les formations de base et formation continue).

Des informations et suggestions complémentaires sur ce thème figurent dans l'article destiné aux médecins de premier recours mentionné au chapitre 4.1 [Bize 2011]. ■

4. OUTILS

4.1 OUTILS RÉALISÉS OU À DÉVELOPPER EN PRIORITÉ

Comme mentionné précédemment, pour être efficace et adaptée, toute intervention devrait, dans la mesure du possible, être réalisée de manière conjointe par les organisations professionnelles ou acteurs/trices de terrain et les organisations communautaires LGBT. Ceci est hélas encore trop rarement le cas.

Nous constatons qu'excepté la question du VIH et des IST chez les HSH, la thématique de la santé des personnes LGBT est encore largement méconnue en Suisse. De plus, si un certain nombre de ressources et d'outils ont été développés au sujet de la santé des personnes LGBT, la plupart sont en anglais et ne sont pas forcément adaptés au contexte helvétique.

Le premier pas du groupe Santé PREOS a donc été d'introduire cette thématique dans les revues professionnelles destinées aux médecins et infirmiers/ères sous la forme de deux articles parus en septembre 2011 et d'un troisième à destination des psychologues publié en décembre 2011:

Des articles pour
les professionnel/le/s

Médecins de premier recours :

Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bodenmann P, Makadon HJ. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. Rev Med Suisse 2011 ; 7 :1716-21.

Infirmiers/ères :

Charrière E, Berrut S, Bize R, Volkmar E, Medico D, Balthasar H. Diversité sexuelle et santé scolaire – Des fragilités largement méconnues. Soins infirmiers 2011 ; 9 :9-11.

Psychologues :

Medico D., avec la collaboration de la Fondation Agnodice et du groupe Santé PREOS, La psychologie face aux personnes transgenres : Penser en termes de malades ou d'acteurs sociaux? Psychoscope 2011 ;12 :16 - 19.

Outre ces articles, des brochures d'information, des répertoires de bonnes pratiques ainsi que des modules de formation seront développés à l'intention des différent/e/s intervenant/e/s identifié/e/s dans ce rapport.

4.2 EXEMPLES D'OUTILS EXISTANT À L'ÉTRANGER

Voici quelques exemples de documents et outils qui ont été réalisés à l'étranger pour améliorer la prise en charge médicale des personnes LGBT et qui pourraient servir d'inspiration pour le développement d'outils adaptés au contexte Suisse romand :

- Brochure de l'association MAG pour les infirmières scolaires « Questions sur l'homosexualité... »⁵¹
- Brochure de L'Association des médecins gays/AIDES « Homosexuels, des patients comme les autres »⁵²
- Brochure de la Gay and Lesbian Medical Association « Guidelines for the care of lesbian, gay, bisexual and transgender patients »⁵³
- Supports de formation du Fenway Institute⁵⁴
- Module de formation en ligne « Gender and sexual diversity » du Gender and Health collaborative curriculum project⁵⁵

Cette liste n'est, bien entendu, pas exhaustive.

D'autres outils sont référencés sur le site www.sante-plurielle.ch (sous « ressources »).

⁵¹ <http://www.preos.ch/images/stories/documents/mag%20jeunes%20-%20livret%20infirmieres.pdf>

⁵² <http://www.aides.org/homo-patients-le-guide-pour-les-medecins-865>

⁵³ http://glma.org/_data/n_0001/resources/live/GLMA%20guidelines%202006%20FINAL.pdf

⁵⁴ <http://www.lgbthealtheducation.org/training/learning-modules/>

⁵⁵ <http://www.genderandhealth.ca/en/modules/sexandsexuality/>

4.3 RESSOURCES COMMUNAUTAIRES LGBT ET PISTES À DESTINATION DES PROFESSIONNEL/LE/S DE SANTÉ

En attendant que des guides de bonnes pratiques plus complets soient développés, voici les principales ressources communautaires LGBT actuellement disponibles, ainsi que des pistes pour améliorer la prise en charge de personnes LGBT par les professionnel/le/s de santé.

TYPE DE RESSOURCE	NOM DE LA RESSOURCE	LIEN INTERNET
Informations relatives à la santé des femmes lesbiennes et bisexuelles.	Santé PluriELLE	www.sante-plurielle.ch
Informations relatives au tissu associatif lesbien et bisexuel féminin en Suisse (association faitière nationale).	LOS	www.los.ch
Information relatives à la santé, dépistage VIH/IST, suivi médical et psychosocial pour les hommes gays et les HSH.	Checkpoint Vaud Checkpoint Genève Checkpoint Zürich Checkpoint Bâle	www.checkpoint-vd.ch www.checkpoint-ge.ch www.checkpoint-zh.ch www.checkpoint-bs.ch
Informations relatives au tissu associatif gay et bisexuel masculin en Suisse (association faitière nationale).	Pink Cross	www.pinkcross.ch
Site d'informations médicales destinées aux gays et HSH (géré par l'ASS).	Drgay.ch	www.drgay.ch
Information, soutien, médiation et orientation dans le réseau de soins pour les personnes transgenres. Conseil, sensibilisation et formation des professionnel/le/s concerné/e/s.	Fondation Agnodice	www.agnodice.ch
Association destinée aux personnes concernées par la question transgenre (association faitière nationale).	Transgender Network	www.transgender-network.ch/fr/
Groupe destiné aux personnes concernées par la question transgenre en Suisse romande.	Groupe trans 360	www.360.ch/trans
Informations générales pour les intervenant/e/s en milieu scolaire, les soignant/e/s, les autres professionnel/le/s intéressé/e/s, les jeunes et les parents.	Association PREOS Plateforme Mosaic-info	www.preos.ch www.mosaic-info.ch
Association visant à développer un environnement bénéfique pour les jeunes LGBT, à améliorer leur visibilité et à sensibiliser le public à ce thème.	LGBT Youth Suisse	www.lgbt-youth.ch
Informations relatives au VIH et à sa prévention. Gestion du site Drgay.ch.	Aide Suisse contre le SIDA (ASS)	www.aids.ch/f/
Centre de référence en matière de santé sexuelle et reproductive du canton de Vaud.	Fondation PROFA	www.profa.ch
Site d'information et de réponses aux questions des adolescent/e/s.	Ciao.ch	www.ciao.ch

Tableau 2.

Sélection de ressources communautaires LGBT disponibles en Suisse



(Les tableaux suivants sont tirés des articles publiés par le groupe Santé PREOS [Charrière 2011, Bize 2011])

Tableau 3.

Pistes à l'attention des infirmiers/ères scolaires pour améliorer la santé des jeunes LGBT



Se former (ou du moins, se sensibiliser) à la santé des jeunes LGBT. Ce qui comprend aussi le travail sur ses propres représentations, attitudes et réactions vis-à-vis des personnes LGBT et des manifestations d'homophobie.
Garder à l'esprit que l'élève en face de vous peut être homosexuel/le, bisexuel/le ou transgenre quelles que soient son apparence et vos impressions.
Ne pas minimiser si un/e jeune vous parle de lui/elle en tant que personne LGBT, ne pas non plus faire pression pour qu'il ou elle se définisse dans une « catégorie » précise.
Utiliser un langage neutre comme par exemple « As-tu un copain ou une copine ? ».
Garantir la confidentialité des informations transmises.
Etre attentif/ve aux signes de brimades ou violences de la part d'autres élèves (qui peuvent aussi concerner des jeunes non-LGBT perçu/e/s comme homosexuel/le/s par leurs camarades). Le cas échéant, agir au sein de l'établissement.
Evaluer la visibilité et l'acceptation du/de la jeune au sein de sa famille.
Augmenter la visibilité de l'ISSC en tant que personne ressource : affiches, dépliants, brochures et autres plaquettes d'associations sur des présentoirs visibles et accessibles, à l'intérieur ou à l'extérieur de son bureau, mais aussi en présentant les identités de genre et orientations sexuelles minoritaires comme des variantes naturelles lors de certaines interventions dans les classes.
Informers les jeunes concerné/e/s ou en questionnement sur l'existence des ressources communautaires LGBT, notamment des groupes de jeunes.
Entretenir des contacts avec des représentant/e/s d'associations de personnes LGBT afin d'étoffer l'offre en terme de documentation et d'interventions.
Collaborer de manière plus approfondie avec les animateurs/trices en santé sexuelle intervenant dans les écoles.

Tableau 4.

Comment créer un environnement accueillant au cabinet médical ?



Explorer ses propres croyances et représentations au sujet des personnes LGBT. Prendre conscience de l'incidence que ces représentations peuvent avoir sur le déroulement de la consultation.
Sensibiliser l'ensemble du personnel médical à l'importance d'adopter une attitude culturellement appropriée aux minorités, y compris aux personnes LGBT.
Dans la salle d'attente, signaler votre ouverture à cette thématique : charte de non discrimination, documentation à destination des patient/e/s LGBT, symboles d'ouverture comme le logo arc-en-ciel.
Inclure des options telles que « partenariat enregistré » ou « en couple non marié » dans les formulaires administratifs.

Garder présent à l'esprit que la personne en face de vous peut être gay, lesbienne, bisexuelle ou transgenre, quelles que soient son apparence et/ou vos impressions.
Utiliser un langage neutre, comme par exemple «Vivez-vous en couple ? » ou « Avez-vous un ou une partenaire ? » plutôt que « Avez-vous un petit ami (pour une fille) ? » ou « Etes-vous marié/e ? ».
Etre conscient/e qu'une personne mariée et/ou ayant des enfants n'est pas forcément hétérosexuelle ou cisgenre.
Ne pas partir du principe qu'être gay, lesbienne ou transgenre veut forcément dire ne pas avoir d'enfant ou de désir d'enfant.
Utiliser les termes que la personne utilise pour se désigner elle-même, notamment le prénom et le genre de son choix.
Normaliser l'anamnèse sexuelle dans la pratique médicale, tout en assurant systématiquement la personne du traitement strictement confidentiel des informations qu'elle vous communique.
Etre conscient/e que l'orientation sexuelle déclarée ne coïncide pas forcément avec les pratiques sexuelles réelles.
Etre conscient/e que l'orientation sexuelle est indépendante de l'identité de genre.
Eviter de pousser une personne transgenre ou bisexuelle à « se décider » pour un genre ou une orientation sexuelle. Le processus d'affirmation de soi peut prendre des années et être changeant.
Eviter de banaliser la souffrance chez les enfants/adolescent/e/s en questionnement par rapport à leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre. Ils/elles présentent un risque accru de dépression et d'être les victimes de harcèlement.
Ne pas focaliser le suivi médical uniquement sur la question du genre et/ou de l'orientation sexuelle.
Référer le/la patient/e à l'un/e de vos collègues si vous ne vous sentez pas à l'aise avec le sujet.

Soutenir l'estime et l'affirmation de soi. Renforcer la confiance dans la capacité à faire face aux difficultés.
Evaluer le soutien offert par l'entourage et les personnes de confiance et informer sur l'existence de ressources disponibles notamment auprès des associations LGBT.
Identifier les situations à risque de discrimination (lieu de travail, école, famille, etc.). Informer sur les ressources disponibles notamment auprès des associations LGBT pour dénoncer ces situations.
Etre attentif/ve aux signes de dépression, aux tendances suicidaires et aux signes de violences (y compris au sein du couple).
Le cas échéant, encourager l'arrêt du tabac et des drogues, évaluer la consommation d'alcool.
Dépister le VIH et les autres IST en fonction de l'anamnèse sexuelle.
Aborder la gestion des risques de transmission du VIH/IST dans le cadre d'un entretien de type « motivationnel ». Explorer l'ambivalence et les barrières à une protection efficace.
Vacciner contre les hépatites A et B.
Vacciner les jeunes filles/femmes contre le HPV selon les directives de l'OFSP. La vaccination des jeunes HSH contre le HPV est possible entre 9 et 26 ans et devrait être discutée avec le patient.
<i>NB : Pour celles et ceux qui souhaitent en savoir davantage, l'American College of Physicians a publié un guide détaillé sur la prise en charge des patient/e/s LGBT. [Makadon 2008]</i>

Tableau 5.

Attitudes et langage durant la consultation médicale



Tableau 6.

Mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies



5. RÉFÉRENCES

→ à lire
→ à lire absolument

- Advisory committee on the Safety of blood, tissues and organs (SaBTO). Donor selection criteria Review (April 2011). London: Department of Health.
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_129909.pdf
- Arrêt Schlumpf c. Suisse du 8 janvier 2009. Cour européenne des droits de l'homme, Strasbourg.
http://www.agnodice.ch/IMG/pdf/Arret_CEDH_Schlumpg_c._Suisse.pdf
- Bajos N, Beltzer N. les sexualités homo-bisexuelles: d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives in Enquête sur la sexualité en France. Paris : La Découverte. 2008.
- Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. Les comportements face au VIH/sida des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Résultats de Gaysurvey 2007. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne. Raisons de santé. 2008;140.
- Balthasar H. Populations particulières pour la prévention du VIH/sida, les jeunes homosexuels et bisexuels : revue de littérature. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne. Raisons de santé. 2004;99.
- Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. First anal intercourse and condom use among men who have sex with men in Switzerland. Arch Sex Behav. 2009;38:1000-8.
- Bartlett A, Smith G, King M. The response of mental health professionals to clients seeking help to change or redirect same-sex sexual orientation. BMC Psychiatry. 2009;9:11.
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/11>
- Bauer GR and Welles SL; Beyond assumptions of negligible risk: sexually transmitted diseases and women who have sex with women. AJPH. 2001;91:1282-6.
- Beck F, Firdion J-M, Legleye S, Schiltz M-A. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire: acquis des sciences sociales et perspectives, Saint-Denis: INPES, 2010.
<http://www.groupeactiongayetlesbienloiret.org/2010/10/20/ouvrage-les-minorites-sexuelles-face-au-risque-suicidaire/>
- Berrut S, La consommation de tabac, d'alcool et de drogues chez les lesbiennes et les femmes bisexuelles de Suisse Romande, mémoire post-grade en statistique, Université de Neuchâtel, 2007.
http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000,41,4,20070918130708-RB/mem_BerrutS.pdf
- Bezemer D, de Wolf F, Boerlijst MC, et al. A resurgent HIV-1 epidemic among men who have sex with men in the era of potent antiretroviral therapy. AIDS. 2008;22:1071-7.
- Biswajit B. Breast Cancer Risk Factors among lesbians: a literature review, Gay and Lesbian Health Victoria; 2010.
- Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bode-mann P, Makadon HJ. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. Revue Médicale Suisse. 2011;7:1712-7.
- Bize R. Centres ambulatoires de dépistage VIH/IST et de santé du type Checkpoint, destinés en priorité aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : Situation actuelle en Suisse et recommandations concernant l'offre en matière de soins. Lausanne 2010.
- Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2009;27:238-43.
- Bjorkman M, Malterud K. Being a lesbian- does the doctor need to know? Scandinavian Journal of primary health care. 2007;25:58-62.
- Blake SM, Ledsy R, Lehman T, et al. Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. AJPH. 2001;91:940-6.
- Bockting W. et al. Patient satisfaction with gender health services. Journal of Sex and Marital Therapy. 2004;30:277-94.
- Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL et al. Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. AJPH. 2010;100:468-75.
- Bowen D, Balsam K, Ender S. A review of obesity in sexual minority women. Obesity. 2008;16:221-8.
- Chamberland I, Lebreton C. La santé des adolescents lesbiennes et bisexuelles: état de la recherche et critique des biais androcentristes et hétérocentristes. Recherches féministes. 2010;23:91-107.
- Chapot F, Medico D, Volkmar E. Entre le marteau et l'enclume, rapport sur la situation des personnes transgenres actives dans les métiers du sexe à Lausanne. Fondation Agnodice. 2009.
- Charrière E, Berrut S et al., Diversité sexuelle et santé scolaire : des fragilités largement méconnues. Soins Infirmiers. 2011;9:9-11.
- Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. Journal of Homosexuality. 2006;51: 53-69.
- Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R, Katz M. HIV prevalence, risk, behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. AJPH. 2001;91:915-21.
- Cochand P, Signy P. Développement identitaire et risques de contamination par le VIH chez les jeunes homosexuels et bisexuels en Suisse romande. lausanne, Département universitaire de psychiatrie adulte, 2001 (Raisons de santé 71).
http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds71_fr.pdf
- Cochand P, Singy P, Weber O, et al. Prise de risque VIH et discours médico-préventif : étude qualitative auprès de jeunes homosexuels en Suisse romande. Revue Médicale Suisse. 2003.
- Davis V et al., Lignes directrices sur la santé des lesbiennes. Directives cliniques de la société d'obstétrique-gynécologie du Canada. 2000.
<http://www.sogc.org/guidelines/public/87F-PS-Mars2000.pdf>

- **Dayer C.** En quoi les discriminations nuisent-elles à la santé? Bulletin des médecins suisses. 2012;93:556-8.
- De Cuypere G et al.,** Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*. 2006.
- **Diamant AL, Schuster MA, McGuigan K, Lever J.** Lesbian's sexual history with men: implication for taking a sexual history. *Arch Intern Med*. 1999;159:2730-6.
- **Dibble SL et Robertson PA (Ed.).** *Lesbian Health 101: a clinician's guide*, UCSF Nursing Press: San Francisco, 2010.
- **Dilley JA, Wynkoop Simmons K, Boysun MJ, et al.** Demonstrating the importance and feasibility of including sexual orientation in public health surveys: Health disparities in the Pacific Northwest. *AJPH*. 2010;100:460-7.
- Dodge B, Sandfort GM.** A review of mental health research on bisexual individuals when compared to homosexual and heterosexual individuals, *Becoming visible: Counseling Bisexuals Across the Lifespan*, dir. Firestein BA, Columbia University Press: New York, pp. 28-51, 2007.
- **Dohrenwend A.** Perspective: A grand challenge to academic medicine: speak out on gay rights. *Acad Med*. 2009;84:788-92.
- Ermiler A ;** « Und wie verhüten Sie ? » Lesbische Frauen und ihre Erfahrungen mit ÄrztInnen im Schweizerischen Gesundheitswesen. Fachhochschule Aargau: Direktionsbereich Gesundheit. 2001.
- Feldman J et Bockting W,** Transgender health. *Minn Med*. 2003;86:25-32.
- Fish J.** Cervical screening in lesbian and bisexual women: a review of the worldwide literature using systematic methods. Leicester: De Montfort University. 2009.
- Fitzpatrick KK, Euton SJ, Jones JN, Schmidt NB.** Gender role, sexual orientation and suicide risk. *Journal of Affective Disorders*. 2005;87:35-42.
- **Frankowski B.** Sexual orientation and adolescents. *Pediatrics*. 2004;113:1827-32.
- **Garcia Nunez D., Jäger M.** Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo- ou bisexuelles ?. *Forum Med Suisse*. 2011;11:213-7.
- **Gay men's health crisis.** HIV risk for lesbians, bisexuals & other women who have sex with women. Women's institute at GMHC. 2009.
http://www.gmhc.org/files/editor/file/GMHC_lap_whitepaper_0609.pdf
- **Genon C, Chartrain C, Delebarre C.** Pour une promotion de la santé lesbienne: état des lieux des recherches, enjeux et propositions, *Genre, sexualité & société*, n.1 2009
<http://gss.revues.org/index951.html>
- **Goodenow C, Szalacha L, Westheimer K.** School support groups, other school factors, and the safety of sexual minority adolescents. *Psychology in the Schools*. 2006;43:573-89.
- **Grossman AH et D'Augelli AR,** Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37:527-37.
- Hammarberg T.** Ne tolérons plus la discrimination à l'encontre des transgenres. Point de vue du Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, 2009.
- **Hatzenbuehler ML.** How does sexual minority stigma «get under the skin»? A psychological mediation framework. *Psychol Bull*. 2009;135:707-30.
- **Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Keyes KM, et al.** The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: a prospective study. *AJPH*. 2010;100:452-9.
- Hatzenbuehler ML.** The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. *Pediatrics*. 2011;127:896-903.
- Herbst JH, Beeker C, Mathew A, et al.** The effectiveness of individual-, group-, and community-level HIV behavioral risk-reduction interventions for adult men who have sex with men: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2007;32:38-67.
- **Herbst J. et al.,** Estimating HIV Prevalence and Risk Behaviors of Transgender Persons in the US: A Systematic Review. *AIDS and behaviour*. 2008;12:1-17.
- **Huebner DM, Davis MC, Nemeroff CJ, et al.** The impact of internalized homophobia on HIV preventive interventions. *Am J Community Psychol*. 2002;30:327-48.
- Huebner DM, Davis MC.** Gay and bisexual men who disclose their sexual orientations in the workplace have higher workday levels of salivary cortisol and negative affect. *Ann Behav Med*. 2005;30:260-7.
- **Huebner DM, Davis MC.** Perceived antigay discrimination and physical health outcomes. *Health Psychol*. 2007;26:627-34.
- **Huebner DM, Rebchook GM, Kegeles SM.** Experiences of harassment, discrimination, and physical violence among young gay and bisexual men. *AJPH*. 2004;94:1200-3.
- **Institute of Medicine.** *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. The National Academies Press, Washington, DC: 2011.
- Jansen S. et Spijkerboer T.** Fleeing Homophobia: demandes d'asile liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre en Europe, C O C Nederland & Vrije Universiteit Amsterdam. Septembre 2011.
http://www.rechten.vu.nl/images/web_110098_FH_FR_tcm22-243075.pdf
- Jeannin A, Meystre-Agustoni, Locicero S, Dubois-Arber F.** *Système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse : rapport de synthèse 2004-2008*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2009 (Raisons de santé, 155a). Version corrigée septembre 2010.
- Kaminski PL, Chapman BP, Haynes SD, et al.** Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eat behav*. 2005;6:179-87.

- Kiefer B. La santé est-elle un droit ? *Rev Med Suisse*. 2008;4:2768.
- King M, Semlyen J, Tai SS, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008;8:70.
- Klaue K, Spencer B, Balthasar H. Santé sexuelle et reproductive en Suisse. Lausanne : Institut de médecine sociale et préventive. *Raisons de santé*. 2002;85.
- Koutaissoff D, Ischy F, So-Barazetti B, et al. Rapport d'évaluation des prestations du service d'éducation sexuelle de Profa en milieu scolaire. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne. *Raisons de santé*. 2009;146.
- Lee J, Griffin G, Melvin C; Tobacco use among sexual minorities in the USA, 1987 to may 2007: a systematic review. *Tobacco Control*. 2009;18:275-82.
- Leu Christian. Sexuelle Orientierung und Suizidalität/Orientation sexuelle et comportements suicidaires. Bern: Pink Cross, LOS, fels, 2008.
Version française: http://www.sante-plurielle.ch/fichier/divers/orientation_sexuelle_suicide.pdf
Version allemande : http://www.sante-plurielle.ch/fichier/divers/sexuelleorientierung_suizid_2.pdf
- Lhomond B. et Saurel-Cubizolles M.-J. Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé : résultats de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, Homosexualités au temps du sida, dir. Broca &al, ANRS, pp.107-130, 2003.
- Lombardi E. Enhancing transgender health care. *AJPH*. 2001;91:869-72.
- Makadon HJ. Ending LGBT invisibility in health care: The first step in ensuring equitable care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2011;78:220-4.
- Makadon HJ, Mayer KH, Potter J, Goldhammer H. Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health. Philadelphia: American College of physicians, 2008.
- Makadon HJ. Improving health care for the lesbian and gay communities. *N Engl J Med*. 2006;354:895-7.
- May KC. The integration of health and equity in national health strategies to address the rise of HIV among MSM / minorities – A health promotion approach. Oral presentation at the IUHPE World Conference 2010, Geneva.
- McNair Ruth P. Lesbian Health Inequalities: A Cultural Minority Issue for health Professionals. *eMJA*. 2003;178:643-5.
http://www.mja.com.au/public/issues/178_12_160603/mcn10852_fm.html
- Meckler GD, Elliott MN, Kanouse DE, et al. Nondisclosure of sexual orientation to a physician among a sample of gay, lesbian, and bisexual youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160:1248-54.
- Medico D, Chapot F, Volkmar E, Santiago M. Adapter la prévention IST/VIH-sida dans des contextes de liminarité sociale, éthique et enjeux. Enquête auprès d'un groupe de personnes transgenres travailleuses du sexe brésiliennes en Suisse Romande. In *Minorité sexuelles et constructions du genre*. 2009, PUQ : Montréal.
- Medico D, Lévy JJ, Otis J, Laroche P, Lavoie R. La prévention du VIH/SIDA chez les hommes bisexuels : entre pulsion et confiance. in Godin G, Lévy JJ, Trottier G (Dir.), *Vulnérabilités et prévention VIH/SIDA, enjeux contemporains*. Québec, QC : Presses de l'Université Laval. 2002 (pp. 144-158).
- Medico D, Lévy JJ, Otis J. Transmission et prévention du VIH/SIDA : risques et sentiments parmi des bisexuelles de Montréal. *Revue des sciences sociales*. 2007;37:112-6.
- Mercer CH, Bailey JV, Johnson AM, Erens B, Wellings K, Fenton KA, Copas AJ; Women who report having sex with women: British national probability data on prevalence, sexual behaviors, and health outcomes. *AJPH*. 2007;97:1126-32.
- Meyer IH, Colten ME. Sampling gay men: Random Digit Dialing versus sources in the Gay Community. *J Homosex*. 1999;37:99-110.
- Meyer I. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129:674-97.
- Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F. Talking about sexuality and HIV prevention in medical offices: the situation in Switzerland. *Sexual and Relationship Therapy*. 2006;21:289-301.
- Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish ? *Swiss Med Wkly*. 2011;141:w13178.
- Namaste V. 10 choses à savoir sur les Trans et le VIH. *Transcriptases*. 2010;143:11-3.
- Northridge ME. Editor's note: advancing lesbian, gay, bisexual, and transgender health. *AJPH*. 2001;91:855.
- Office fédéral de la santé publique OFSP. Infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse de 1988 à 2006: Situation actuelle et perspectives. *Bulletin de l'OFSP*. 2008;8:1-10.
- Office fédéral de la santé publique OFSP. Programme national VIH et IST 2011–2017 (PNVI 2011–2017). 2011.
http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/index.html?lang=fr
- Office fédéral de la santé publique OFSP. Statistiques trimestrielles VIH au 30 juin 2010. *Bulletin de l'OFSP*. 2010;31:718-21.
- Olyslager F, Conway L. On the Calculation of the Prevalence of Transsexualism. *WPATH symposium*. 2007.
- Pillone J, Semaille C. Accès au don du sang des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et impact sur le risque de transmission du VIH par transfusion : tour d'horizon international. *Transfusion Clinique et Biologique*. 2011;18:151-7.
- Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Predictors of substance use over time among gay, lesbian, and bisexual youths: an examination of three hypotheses. *Addictive Behaviors*. 2004;29:1623-31.

- Rosenthal A, Diamant A. Sexuality as vulnerability : the care of lesbian and gay patients. In: King TE., Wheeler M., Fernandez A., et al. eds. *Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients - Principles, Practice, Population*. McGraw-Hill ed. 2007:275-83.
- Rust PC. *Bisexuality in the United States*, Columbia University Press, 1999.
- Ryan C, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *Pediatrics*. 2009;123:346-52.
- Ryan C, Futterman D. *Lesbian and gay youth: care and counseling*. Columbia University Press. New-York. 1998.
- Sandfort T and al., Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders: Findings From the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:85-91.
- Sandfort TG, Bakker F, Schellevis FG, et al. Sexual orientation and mental and physical health status: findings from a Dutch population survey. *AJPH*. 2006;96:1119-25.
- Santé Canada. « Certaines circonstances » équité et sensibilisation du système de soins de santé quant au besoin des populations minoritaires et marginalisées. 2001.
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-certain-equit-acces/2001-certain-equit-acces-fra.pdf
- Saurel-Cubizolles MJ, Lhomond B. Les femmes qui ont des relations homosexuelles: leur biographie sexuelle, leur santé reproductive et leur expérience des violences. *Gynécologie, obstétrique & fertilité*. 2005;33:776-82.
- Sausa L. *The HIV Prevention and Educational Needs of Trans Youth*, 2003.
- Sausa L.A. Translating Research into Practice: Trans Youth Recommendations for Improving School Systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues In Education*. 2005;3:15-28.
- Seal DW, Kelly JA, Bloom FR, et al. HIV prevention with young men who have sex with men: what young men themselves say is needed. Medical College of Wisconsin CITY Project Research Team. *AIDS Care*. 2000;12:5-26.
- Sell RL, Becker JB. Sexual orientation data collection and progress toward Healthy People 2010. *AJPH*. 2001;91:876-82.
- Sironi F. *Transsexualité et métamorphose humaine. Approche géopolitique clinique*. Université Paris 8. 2009. Disponible sous www.agnodice.ch.
- Sironi F. *Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique. Pratiques psychologiques*. 2003;4:3-13.
- Solarz A (Ed.). *Lesbian health: current assessment and directions for the future*, Washington: National Academy Press, 1999.
- SOS Homophobie, *Analyse de la lesbophobie dans le domaine de la médecine/santé*, commission lesbophobie, 2005.
http://crips.centredoc.fr/docs/PDF_GED/E00984.pdf
- Spencer B, So-barazetti B, Glardon MJ. Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive. *Raisons de santé*. 2001;66.
- Schwappach DL, Bruggmann P. An integrated model of care to counter high incidence of HIV and sexually transmitted diseases in men who have sex with men - initial analysis of service utilizers in Zurich. *BMC Public Health*. 2008;8:180.
- Steele LS, Tinnmouth JM, Lu A. Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors. *Family Practice*. 2006;23:631-6
- Thorens-Gaud E. La prévention du suicide chez les jeunes : les adolescents homosexuels, une catégorie exposée au risque. *Bulletin CIIP no 24*. Juin 2010.
- Tjekpema M. Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada. In *Rapports sur la santé de Statistique Canada*, vol. 19, no 1, mars 2008.
- Vitale A. *Rethinking the Gender Identity Disorder Terminology in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*, 2005.
- Wälinder J. Incidence and Sex Ratio of Transsexualism in Sweden. *British Journal of Psychiatry*. 1971;119:195-6.
- Wang J, Hausermann M, Vounatsou P. et al. Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey. *Prev Med*. 2007a;44:70-5.
- Wang J, Hausermann M, Ajdacic-Gross V. et al. High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men's Health Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007b;42:414-20.
- Wang J, Hausermann M, Wydler H. et al. Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: Findings from 3 probability surveys. *Journal of Psychiatric Research*. 2012;46:980-6.
- Whittle S, Turner L, Combs R, Rhodes S. *Transgender Euro Study: Legal survey and focus on transgender experience of health care*. 2008, Bruxelles, ILGA Europe. Disponible sous : www.agnodice.ch
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH): *Standards de soins pour le traitement des troubles de l'identité de genre*. Février 2001, 6ème version, chapitre V : Évaluation et prise en charge des enfants et des adolescents.
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH): *Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conformiste*. Septembre 2011, 7ème version. Disponible sous www.agnodice.ch
- Ziegler A R, Herz N, Bertschi M, Montini M, Curchod A.e (eds.). *Droits des gays et des lesbiennes en Suisse / Rechte der Lesben und Schwulen in der Schweiz*, Stämpfli, Berne: 2007.

RECOMMANDATIONS

En plus des besoins communs à l'ensemble de la population, **les besoins spécifiques des personnes LGBT (Lesbiennes, Gay, Bisexuelles, Transgenres) en matière de santé ne sont plus à démontrer.** En témoignent une abondante littérature scientifique et les constats inlassablement dressés par les milieux communautaires LGBT.

Au niveau romand, le groupe de travail Santé PREOS s'est attaché à en dresser un inventaire dans le présent rapport. Les recommandations qui suivent sont prioritairement destinées aux autorités (politiques, administratives et académiques) en charge de la santé publique, de l'action sociale et de l'instruction publique.

En dépit des nombreuses preuves scientifiques, les acteurs/trices du système de santé peinent encore à prendre en compte ces besoins et à y répondre de façon adéquate et professionnelle. La principale raison réside moins dans l'hostilité des soignant/e/s que dans l'ignorance, les fausses croyances, les représentations inadéquates et la minimisation des problèmes rencontrés par les personnes LGBT.

Etant donné **l'urgence de certains enjeux de santé chez les jeunes LGBT** comme le risque suicidaire, ou encore la recrudescence des infections sexuellement transmissibles, il n'est plus question d'attendre que les soignant/e/s finissent par s'informer d'eux/elles-mêmes. Il faut au contraire une stratégie volontariste pour créer sans délai des pôles de compétences en matière de santé des personnes LGBT et un ensemble de formations pour les professionnel/le/s concerné/e/s. Ce n'est que par ce biais que les changements nécessaires pourront survenir et ouvrir la voie à des pratiques de soins véritablement intégratives, intelligentes et respectueuses des singularités.

La mise en place de telles formations doit s'accompagner de changements dans les pratiques, en particulier en ce qui concerne l'accès aux soins, l'accueil et la prise en charge des personnes LGBT dans le système de santé et dans l'environnement scolaire. Il s'agit en outre de supprimer les discriminations et de prévenir les violences dont les personnes LGBT peuvent encore faire l'objet dans ces environnements.

C'est dans cette perspective que les professionnel/le/s du groupe Santé PREOS adressent **37 recommandations** aux autorités en charge de la santé, de l'action sociale et de l'instruction publique.

Ces recommandations se répartissent en **6 axes prioritaires**, à savoir : la formation des professionnel/le/s de la santé ; l'accès aux soins ; la prévention et la promotion de la santé ; la suppression des pratiques discriminatoires ; la santé scolaire ; la recherche.

Le groupe Santé PREOS invite également les professionnel/le/s des domaines concernés à prendre en compte ces bonnes pratiques et à les mettre en œuvre sans délai, en concertation avec les organisations communautaires LGBT.

→ Formation et sensibilisation des professionnel/le/s de la santé

Former les professionnel/le/s de la santé aux spécificités propres à la santé des personnes LGBT (formations de base et formation continue)

1. Toutes les Hautes écoles universitaires (HEU) ou spécialisées (HES) du domaine de la santé doivent introduire des modules de formation spécifiquement dédiés à la santé des personnes LGBT dans le cadre des formations de base qu'elles dispensent. Ces modules doivent tenir compte des connaissances scientifiques les plus actuelles dans le domaine de la santé des personnes LGBT et permettre aux soignant/e/s d'intervenir avec discernement, de façon adéquate et professionnelle. L'acquisition de compétences pour aborder de manière neutre et inclusive les questions relatives à la vie affective et sexuelle doit faire partie des exigences de base. Ces modules doivent être élaborés et enseignés dans une démarche collaborative avec les organisations communautaires LGBT actives dans le domaine de la santé.
2. Des formations postgraduées et continues doivent être élaborées et proposées aux médecins de premier recours (médecins généralistes, internistes, pédiatres), aux médecins spécialistes (gynécologues, endocrinologues, psychiatres), aux psychologues et psychothérapeutes, aux sages-femmes, ainsi qu'aux professionnel/le/s de la santé et du domaine psychosocial en milieu scolaire (médecins, infirmiers/ères, médiateurs/trices, animateurs/trices en santé, psychologues et conseillers/ères sociaux/ales).

Réformer la formation et les approches actuelles concernant la prise en charge des personnes transgenres

Des améliorations substantielles doivent être apportées dans la formation des professionnel/le/s de la santé, de manière à prévenir toute forme de dogmatisme et de maltraitance lors de la prise en charge.

3. Les formations de base, postgraduées et continues doivent inclure des enseignements basés sur une approche phénoménologique de l'identité, où le genre se conçoit, indépendamment du sexe, comme un équilibre variable entre les composantes féminines et masculines.
4. Les rares chirurgien/ne/s pratiquant la chirurgie de réassignation sexuelle en Suisse doivent être soutenu/e/s pour se former plus longuement auprès des chirurgien/ne/s les plus expérimenté/e/s et compétent/e/s des pays étrangers de référence (MtoF: Thaïlande, USA, Canada, FtoM: Belgique, par exemple).

Informier et sensibiliser les acteurs/trices du système de santé via les réseaux professionnels

Les professionnel/le/s de la santé doivent être régulièrement informé/e/s et sensibilisé/e/s sur les besoins des personnes LGBT et sur les façons d'y répondre.

5. Les chercheurs/euses spécialisé/e/s dans les questions de santé des personnes LGBT doivent publier les résultats de leurs recherches plus fréquemment dans les revues professionnelles. Celles-ci doivent, quant à elles, solliciter davantage de contributions, mettre en question les pratiques problématiques et solliciter des prises de position auprès des publics concernés.

6. Les associations professionnelles et communautaires LGBT doivent éditer et diffuser ensemble des répertoires de bonnes pratiques pour améliorer la prise en charge des personnes LGBT dans le système de santé.

→ Accès aux soins des personnes LGBT

Ouvrir des consultations dédiées aux personnes LGBT dans les agglomérations

7. En attendant qu'une majorité des soignant/e/s soit formée aux spécificités de la prise en charge des personnes LGBT, les grands centres urbains doivent se doter de consultations spécialisées dans le traitement des problèmes de santé des personnes LGBT sur le modèle des Checkpoints développés à Genève et à Zurich. Ces centres doivent constituer des pôles de compétences en matière de prise en charge et, dans toute la mesure du possible, engager des professionnel/le/s LGBT. Ils doivent constituer une ressource en termes de conseil et d'expertise pour tous les professionnel/le/s de la santé confronté/e/s aux difficultés rencontrées par les personnes LGBT.

Créer les conditions propices à l'expression et au traitement des besoins des personnes LGBT dans les consultations

8. Les professionnel/le/s de la santé doivent favoriser l'expression et le traitement des besoins des personnes LGBT. Ils/Elles doivent rechercher la confiance de leurs patient/e/s en employant un langage inclusif et en signalant leur ouverture à l'égard des personnes LGBT au moyen de brochures ou d'affiches dans les lieux de soins.
9. Les professionnel/le/s de la santé doivent s'abstenir de tout présupposé concernant l'orientation sexuelle ou l'identité de genre des patient/e/s, respecter et prendre en compte leur façon de se définir, les orienter, le cas échéant, vers des professionnel/le/s qualifié/e/s.

Assurer l'accès des personnes transgenres à une chirurgie de réassignation sexuelle de meilleure qualité

10. En attendant la formation spécialisée des chirurgien/ne/s suisses à l'étranger, les opérations de réassignation sexuelle doivent être prises en charge lorsqu'elles sont réalisées par les chirurgien/ne/s expérimenté/e/s des pays mentionnés à la recommandation 4, à qualité égale ou supérieure et à coût moindre, sous couvert de l'assurance de base (LAMal).

Améliorer l'accès aux soins des personnes transgenres les plus vulnérables

11. Chaque canton doit développer et offrir une consultation médicale de référence capable d'accueillir, de manière compétente et culturellement adaptée, les personnes transgenres les plus vulnérables, particulièrement les travailleuses du sexe transgenres migrantes, y compris lorsqu'elles sont sans papier ou sans assurance.

→ Prévention et promotion de la santé

Pratiquer systématiquement l'anamnèse sexuelle au cabinet médical

12. Les médecins doivent pratiquer l'anamnèse sexuelle systématiquement de manière à disposer des informations pertinentes pour la prise en charge de leurs patient/e/s quelles que soient leur orientation sexuelle et leur identité de genre.

Détecter et prévenir les atteintes à la santé des personnes LGBT

13. Les soignant/e/s doivent se montrer sensibles, comprendre les mécanismes, et apporter des réponses à toute forme de morbidité potentiellement associée au stress minoritaire : abus de substances et addictions, troubles alimentaires, dépressions, idéations suicidaires, comportements à risques, etc.

14. Les soignant/e/s doivent proposer aux patient/e/s LGBT des tests de dépistage du VIH et des autres IST (infections sexuellement transmissibles) en fonction de l'anamnèse sexuelle et les pratiquer avec le consentement explicite de leurs patient/e/s. Les examens effectués doivent être accompagnés de conseils adaptés. Les personnes séropositives doivent être correctement informées, soutenues et guidées, le cas échéant, en faisant appel aux ressources communautaires LGBT.

15. Les instances compétentes au niveau fédéral doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour diminuer les coûts des tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles (en particulier gonorrhée, chlamydia, hépatites). Ces tests doivent être proposés à des prix abordables dans les consultations anonymes des policliniques et des Checkpoints.

16. S'agissant des personnes transgenres, les soignant/e/s doivent prévenir ou dépister les pathologies spécifiques au nouvel environnement hormonal, telles que décalcifications, thromboses, cancers du sein, risques cardio-vasculaires, fluctuations de la libido, etc. Mêmes diminués par l'hormonothérapie, les risques propres à l'anatomie native doivent également être pris en considération (possibilités de cancer de la prostate chez les femmes transgenre ou de cancer du sein chez les hommes transgenres, etc.).

Protéger l'intégrité et la santé des demandeurs/euses d'asile LGBT

17. Les demandeurs/euses d'asile LGBT, spécialement gays ou transgenres, sont exposé/e/s dans les centres d'hébergement collectif à de graves dangers de violence psychique et physique. Le personnel médical doit repérer précocement ces vulnérabilités et exiger de l'administration leur transfert en hébergement externe, privé donc plus sûr, sans attendre l'évidence des violences.

Protéger l'intégrité et la santé des détenu/e/s transgenres

18. Les prisonnier/e/s transgenres sont encore le plus souvent détenu/e/s dans des unités correspondant à leur sexe biologique ce qui justifie leur isolement total sous prétexte de les protéger de leurs co-détenus. Cette double peine, psychiquement délétère, est contraire aux droits humains. Les juges et les services pénitentiaires doivent incarcérer les personnes transgenres dans l'environnement correspondant à leur identité et leur expression de genre, conformément aux bonnes pratiques internationales.

Intégrer les personnes transgenres, les lesbiennes, bisexuelles et autres femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) dans le programme national de prévention du VIH et des IST et mieux prendre en compte leurs besoins spécifiques

19. Les besoins des personnes transgenres, des lesbiennes, bisexuelles et autres FSF ont été sous-estimés lors de l'élaboration du programme national 2011-2017, en dépit des preuves scientifiques. Les personnes transgenres, les lesbiennes, bisexuelles et autres FSF doivent faire partie des publics prioritairement visés par le programme national de prévention du VIH et autres infections sexuellement transmissibles et cela en fonction de leurs spécificités.
20. Il faut cesser d'assimiler systématiquement toutes les personnes transgenres à des HSH, une telle négation de leur identité ne pouvant que les détourner des mesures de prévention proposées.
21. Il faut promouvoir les contrôles gynécologiques auprès des lesbiennes et augmenter la visibilité des rapports sexuels entre femmes dans les messages de prévention VIH/IST. Des messages préventifs spécifiques doivent être adressés aux lesbiennes, femmes bisexuelles et autres FSF, car celles-ci ne se sentent pas concernées par les messages généralistes visant les femmes.

Intégrer la thématique LGBT dans les programmes de promotion de la santé mentale et les réseaux de prise en charge associés

22. Dans le cadre des programmes de promotion de la santé mentale, les personnes LGBT doivent faire partie des publics prioritairement visés. Dans ce but, les autorités sanitaires doivent rechercher la collaboration et l'expertise des organisations communautaires LGBT.

→ Corriger les pratiques discriminatoires

Lever l'exigence de stérilisation des personnes transgenres pour le changement d'état civil

23. La condition d'irréversibilité du changement de sexe imposée en Suisse par la jurisprudence fédérale de 1993 pour autoriser le changement d'état civil des personnes vivant dans le rôle social opposé à leur sexe de naissance offrait jusqu'à présent un «choix» entre un acte chirurgical lourd, pas forcément souhaité pour nombre d'entre elles, et la désinsertion sociale et professionnelle. La question est certes politique et juridique, mais aussi médicale et éthique. Elle vient de faire l'objet le 1^{er} février 2012 d'un avis de droit de l'Office Fédéral de l'Etat Civil soulignant que la stérilisation ou les opérations chirurgicales ne sauraient être exigées par l'ordre juridique comme préalable aux changements de sexe (dans ce même avis, l'OFEC conclut également que la dissolution des mariages ou partenariats enregistrés ne saurait être imposée). Nous demandons donc que les tribunaux cantonaux et les juges de 1^{ère} instance respectent les droits humains et mettent en œuvre rapidement et sans réserve la demande du Commissaire aux Droits de l'Homme du Conseil de l'Europe (dont elle est membre) : « Recommandation 4. Dans les textes encadrant le processus de changement de nom et de sexe, cesser de subordonner la reconnaissance de l'identité de genre d'une personne à une obligation légale de stérilisation et de soumission à d'autres traitements médicaux ».

Prise en charge des personnes transgenres : étendre la couverture de l'assurance de base aux moins de 25 ans

24. Le refus par les médecins-conseil de certains assureurs LAMal - sur la base d'une jurisprudence anachronique (ATF 114 V 153 du 6 juin 1988 et 114 V 162 du 16 septembre 1988) - de prendre en charge avant l'âge de 25 ans des interventions chirurgicales (mammaires ou génitales) pourtant formellement recommandées par leurs médecins retarde dangereusement le processus d'intervention précoce au détriment de l'insertion sociale, professionnelle et affective. Cette même limite des 25 ans, unique en Europe, doit être abolie par la Suisse. Pour mémoire, l'Allemagne l'a jugée anticonstitutionnelle dès 1988 et a récemment autorisé une opération génitale de réassignation à 16 ans.

Permettre aux HSH de participer au don du sang en adaptant les critères d'exclusion

25. Il faut lever la mesure d'exclusion permanente des HSH du don du sang au profit d'une exclusion temporaire dont la durée reste à définir. Plusieurs pays ont d'ores et déjà assoupli les critères d'accès, parmi lesquels le Royaume-Uni, l'Espagne, l'Italie, la Nouvelle Zélande et le Japon. Vu les performances des tests de dépistage actuels, une mesure d'exclusion temporaire s'avère à la fois proportionnée et suffisante pour couvrir la fenêtre silencieuse qui précède l'apparition des marqueurs biologiques de l'infection lors de la phase précoce d'une éventuelle infection.

→ Santé scolaire

Instaurer un climat scolaire favorable à l'expression et l'épanouissement des personnes LGBT et à celles issues de familles arc-en-ciel (familles dans laquelle au moins un des parents est homosexuel, bisexuel ou transgenre)

26. Les établissements scolaires doivent être des lieux favorisant l'expression et l'épanouissement de tous/toutes, y compris des personnes LGBT. Ils doivent fournir un environnement sûr, ce qui n'implique pas seulement l'absence de violences physiques ou verbales, mais aussi un climat où les jeunes LGBT se sentent à l'aise d'être eux/elles-mêmes. Pour y parvenir les établissements scolaires doivent combattre et prévenir le rejet lié à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre. Ceci implique d'informer et de sensibiliser le corps enseignant et les élèves et de sanctionner toute forme de violence et d'humiliation à l'encontre des personnes LGBT, assimilées comme telles, ou issues de familles arc-en-ciel.

27. En cas de violences liées à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre, les établissements scolaires doivent systématiquement réagir et prendre des mesures de sensibilisation à l'échelle de l'établissement.

28. Les établissements scolaires doivent soutenir et prolonger les projets menés par l'attachée aux questions d'homophobie et de diversité des cantons de Vaud et de Genève, ainsi que les Réseaux d'Alliés.

Aborder de manière systématique la thématique LGBT dans les heures dédiées à l'éducation sexuelle

29. Il faut adapter les cours d'éducation sexuelle à l'état des connaissances actuelles sur la situation des personnes LGBT. Il faudrait notamment concevoir le programme en fonction des étapes du développement

identitaire, ce qui impliquerait de thématiser la diversité sexuelle plus tôt dans le parcours scolaire et de manière plus systématique.

-
- 30.** Dans la formation de base (GESVAP), il faut sensibiliser les intervenant/e/s en éducation sexuelle aux identités de genre minoritaires et aux spécificités de l'entrée dans la sexualité gaie et lesbienne et des risques qui y sont associés de manière à adapter les messages de prévention de façon pertinente.
-
- 31.** L'orientation sexuelle et les identités de genres minoritaires doivent faire partie des thèmes systématiquement traités par les intervenant/e/s en éducation sexuelle, quand bien même les élèves ne posent aucune question à ce sujet. Le cas échéant, la formation des intervenant/e/s en éducation sexuelle doit être adaptée pour aider ces derniers/ères à aborder au mieux ce sujet en classe.

Instaurer une pratique de réseau dans la prise en charge des jeunes LGBT en milieu scolaire

- 32.** Il faut sensibiliser et former les équipes médicales et psychosociales des établissements scolaires (infirmiers/ères, conseillers/ères sociaux/ales, psychologues, médiateurs/trices, animateurs/trices et médecins scolaires,...) aux thématiques LGBT.
-
- 33.** Les établissements scolaires doivent apporter la garantie que tout élève LGBT ou en phase de questionnement identitaire puisse facilement accéder à :
- un/e ou plusieurs interlocuteurs/trices de confiance formé/e/s à la thématique LGBT ou capables de référer l'élève vers des professionnel/le/s qualifié/e/s;
 - des informations objectives et rassurantes susceptibles de l'aider et de l'orienter vers un soutien adéquat;
 - un soutien de l'administration scolaire en vue d'un changement de genre et de prénom, dès lors qu'une telle mesure est également soutenue par les parents et les professionnel/le/s de santé qui suivent l'élève. La fondation Agnodice peut fournir des conseils et un accompagnement à cet égard.
-
- 34.** Il faut développer et faire connaître des espaces, des lieux confidentiels où les jeunes peuvent s'exprimer en dehors de l'école : lignes téléphoniques (147, Telme,...), groupes de jeunes LGBT, sites internet (Ciao, Dr Gay,...), consultations de santé sexuelle.
-
- 35.** La collaboration des organisations LGBT reconnues d'utilité publique doit être systématiquement recherchée par les établissements scolaires dans la conduite d'actions de lutte contre l'homophobie/transphobie et /ou d'ouverture à la diversité LGBT, au besoin en faisant appel aux ressources existant dans d'autres cantons.

→ Améliorer les connaissances sur les besoins de santé des personnes LGBT

Encourager la recherche sur les besoins des personnes LGBT

36. Il faut encourager les recherches qualitatives et quantitatives sur les besoins de santé des personnes LGBT de manière à améliorer les connaissances sur ces publics et à mieux en tenir compte dans les programmes de santé.

37. Il faut introduire des questions sur l'orientation sexuelle et les identités de genre minoritaires dans les enquêtes de santé (adultes et jeunes) et autres dispositifs d'observation statistique. Il faut en outre investir des moyens suffisants pour analyser et diffuser les résultats. ■

EMPFEHLUNGEN

→ Ausbildung und Sensibilisierung der Gesundheitsfachleute

Die Gesundheitsfachleute hinsichtlich der gesundheitlichen Bedürfnisse von LGBT ausbilden (Grundausbildungen und Weiterbildung)

1. Alle Hoch- und Fachschulen im Gesundheitsbereich müssen in ihren Grundausbildungen Ausbildungsmodulare einführen, die die Gesundheit von LGBT behandeln. Diese Module sollen den aktuellsten wissenschaftlichen Kenntnissen zur Gesundheit von LGBT Rechnung tragen und es den Pflegefachleuten erlauben, sich ein Urteilsvermögen anzueignen sowie auf angemessene und professionelle Weise zu intervenieren. Zu den Grundanforderungen gehört auch der Erwerb von Kompetenzen, um auf neutrale und umfassende Art alle Fragen rund um das Gefühls- und Sexualleben ansprechen zu können. Die Ausarbeitung und Umsetzung dieser Module müssen in Zusammenarbeit mit den im Gesundheitsbereich aktiven LGBT-Organisationen erfolgen.
2. Es braucht Nachdiplom-Ausbildungen und Weiterbildungen für: Hausärztinnen und -ärzte (Allgemeinärzte/-innen, InternistInnen, Kinderärzte/-innen); SpezialistInnen (Gynäkologie, Endokrinologie, Psychiatrie); PsychologInnen und PsychotherapeutInnen; Hebammen; Gesundheitsfachleute und SozialpsychologInnen im schulischen Bereich (Ärzte/-innen, KrankenpflegerInnen, MediatorInnen, GesundheitsanimatordInnen, SozialpsychologInnen und -beraterInnen).

Die bisherige Ausbildung und aktuellen Ansätze für die Betreuung von transidente Menschen überarbeiten

Die Ausbildung der Gesundheitsfachleute muss substanziell verbessert werden, um jegliche Form von Dogmatismus und falscher Behandlung in der Betreuung zu verhindern.

3. Die Grund- und Nachdiplomausbildungen sowie die Weiterbildungen müssen Wissen vermitteln, das auf einem phänomenologischen Ansatz der Identität beruht, bei dem die Identität – unabhängig vom Geschlecht – als variables Gleichgewicht zwischen weiblichen und männlichen Faktoren verstanden wird.
4. Die wenigen Chirurginnen und Chirurgen, die in der Schweiz geschlechtsangleichende Operationen vornehmen, müssen unterstützt werden, damit sie eine längere Ausbildung bei den erfahrensten und kompetentesten ausländischen Spezialisten aus Referenzländern geniessen können (z. B. MtoF in Thailand, den USA und Kanada; FtoM in Belgien).

Die Gesundheitsfachleute über berufliche Netzwerke informieren und sensibilisieren

Die Gesundheitsfachleute müssen regelmässig zu den Bedürfnissen der LGBT und den Ansätzen zur Erfüllung dieser Bedürfnisse informiert bzw. dafür sensibilisiert werden.

5. Die auf Fragen zur Gesundheit von LGBT spezialisierten ForscherInnen müssen die Resultate ihrer Arbeit öfters in Fachpublikationen veröffentlichen. Letztere wiederum müssen vermehrt solche Beiträge einfordern, die problematische Praxis hinterfragen und bei den betroffenen Zielgruppen Stellungnahmen einholen.

6. Die LGBT-Organisationen müssen gemeinsam Good-Practice-Kataloge erstellen und diese in Umlauf bringen, um die gesundheitliche Betreuung von LGBT zu verbessern.

➔ Zugang zur Betreuung für LGBT

Spezielle Beratungsstellen für LGBT in den Agglomerationen schaffen

7. Bis eine Mehrheit der Gesundheitsfachleute für die besondere Betreuung von LGBT geschult sein wird, müssen die Ballungszentren Beratungsangebote bereitstellen, die nach dem Vorbild des Modells der Checkpoints in Genf und Zürich auf die Behandlung der gesundheitlichen Fragen von LGBT spezialisiert sind. Diese Anlaufstellen müssen hinsichtlich der Betreuung Kompetenzzentren sein und – soweit als möglich – auch LGBT-Fachleute engagieren. Sie müssen Beratung und Expertise anbieten für alle Gesundheitsfachleute, die mit den Schwierigkeiten, welche LGBT haben, konfrontiert sind.

Die Betreuung so konzipieren, dass sie der Äusserung und der Behandlung der Bedürfnisse der LGBT förderlich ist

8. Die Gesundheitsfachleute müssen die Äusserung und die Behandlung der Bedürfnisse von LGBT fördern. Sie müssen das Vertrauen ihrer PatientInnen gewinnen, indem sie ihre Offenheit gegenüber LGBT signalisieren, etwa durch Broschüren oder Aushänge in den Behandlungsräumen.
9. Die Gesundheitsfachleute müssen jegliche Vorurteile vermeiden hinsichtlich der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität ihrer PatientInnen. Sie müssen deren Art, sich zu definieren, respektieren und berücksichtigen, und die PatientInnen gegebenenfalls an für LGBT-Anliegen qualifizierte SpezialistInnen weiterweisen.

Transidente Menschen den Zugang zu einer qualitativ besseren Chirurgie für die geschlechtliche Angleichung garantieren

10. Bis die Schweizer Chirurginnen und Chirurgen ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, müssen die Eingriffe für eine geschlechtliche Angleichung, wenn sie von erfahrenen Chirurginnen und Chirurgen der unter Empfehlung 4 aufgeführten Länder durchgeführt werden, in gleicher oder höheren Qualität sowie zu tieferen Kosten von der Grundversicherung (KVG) übernommen werden.

Für besonders gefährdete transidente Menschen den Zugang zur Betreuung verbessern

11. Jeder Kanton muss eine medizinische Beratung konzipieren und anbieten, die auf kompetente und kulturell geeignete Art die am meisten gefährdeten Trans-Menschen betreuen kann, insbesondere transidente Migrantinnen, die Sexarbeiterinnen sind, auch dann, wenn sie keine Papiere haben oder nicht versichert sind.

→ Prävention und Gesundheitsförderung.

In Arztpraxen systematisch eine sexuelle Anamnese durchführen

12. Die Ärztinnen und Ärzte müssen systematisch eine sexuelle Anamnese durchführen, um über verlässliche Informationen für die Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten zu verfügen – unabhängig von deren sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität.

Die gesundheitliche Beeinträchtigung von LGBT aufdecken und verhindern

13. Die Gesundheitsfachleute müssen sensibel sein, die Mechanismen verstehen und Antworten haben auf jegliche Art von Morbidität, die durch den Stress, dem Minderheiten ausgesetzt sind, hervorgerufen werden kann: Missbrauch von Drogen und Medikamenten, Sucht, Essstörungen, Depressionen, Suizidgefahr, gefährliches Verhalten usw.

14. Die Gesundheitsfachleute müssen LGBT-PatientInnen aufgrund der sexuellen Anamnese Tests für HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen anbieten und diese nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis ihrer PatientInnen durchführen. Die durchgeführten Tests müssen um eine geeignete Beratung ergänzt werden. HIV-positive Personen müssen korrekt informiert, unterstützt und beraten werden, gegebenenfalls mit der Unterstützung durch LGBT-Organisationen.

15. Die zuständigen Behörden auf Bundesebene müssen alle nötigen Massnahmen ergreifen, um die Kosten für die Tests von sexuell übertragbaren Infektionen (insbesondere Gonorrhoe, Chlamydien-Infektion, Hepatitis) zu senken. Diese Tests müssen zu einem erschwinglichen Preis und anonym in Polikliniken und Checkpoints angeboten werden.

16. Bei transidente Menschen müssen die Gesundheitsfachleute auf Beschwerden und Risiken achten und diese verhindern, die für das neue hormonelle Umfeld typisch sind, etwa Osteoporose, Thrombose, Brustkrebs, Herz-/Kreislaufisiken, Libidoschwankungen usw. Auch wenn sie durch die Hormontherapie vermindert werden, müssen jene Risiken, die durch die Geburtsanatomie gegeben sind, berücksichtigt werden (Prostatakrebs-Risiko bei transidenten Frauen oder Brustkrebs-Risiko bei transidenten Männern usw.).

Die Integrität und die Gesundheit von LGBT-Asylsuchenden schützen

17. LGBT-Asylsuchende, besonders Schwule und transidente Menschen, sind in den Asylunterkünften einer grossen Gefahr von psychischer und körperlicher Gewalt ausgesetzt. Das medizinische Personal muss diese Gefährdung frühzeitig erkennen und von der Verwaltung verlangen, dass diese Asylsuchenden extern untergebracht werden, und zwar privat, da so mehr Sicherheit besteht, ohne eine tatsächliche Gewaltausübung abzuwarten.

Die Integrität und Gesundheit von Transidenten Häftlingen schützen

18. Transidente Häftlinge werden meistens noch gemäss ihrem biologischen Geschlechts interniert und – unter dem Vorwand, sie vor ihren Mithäftlingen zu schützen – komplett isoliert. Diese doppelte Strafe schadet der Psyche und widerspricht den Menschenrechten. Die RichterInnen und Strafvollzugsanstalten müssen Trans-Personen gemäss ihrer Identität und ihrem selbst gewählten Geschlecht – in Übereinstimmung mit der internationalen «good practice» – internieren.

Transidente Menschen, lesbische und bisexuelle Frauen sowie andere Frauen, die sexuelle Beziehungen zu Frauen haben (FSF), in das nationale Präventionsprogramm für HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (IST) integrieren und ihre besonderen Bedürfnisse besser berücksichtigen

19. Die Bedürfnisse von transidente Menschen, lesbischen, bisexuellen Frauen und FSF wurden bei der Erarbeitung des nationalen Programms 2011-2017 trotz wissenschaftlicher Belege nicht genügend berücksichtigt. Diese Personen müssen Teil der Zielgruppen sein, die das nationale Programm anspricht, und zwar entsprechend ihrer besonderen Bedürfnisse.
20. Es darf keine systematische Angleichung aller transidente Menschen an HSH mehr stattfinden. Eine solche Vernachlässigung ihrer Identität führt dazu, dass sie die vorhandenen Präventionsmassnahmen nicht nutzen können.
21. In den Botschaften zur Prävention von HIV und anderen STI müssen die gynäkologischen Kontrollen bei lesbischen Frauen gefördert und die Sichtbarkeit der sexuellen Kontakte unter Frauen erhöht werden. Es braucht spezifische Präventionsaussagen für lesbische und bisexuelle Frauen sowie FSF, denn all diese Frauen fühlen sich durch allgemeine Botschaften an Frauen nicht angesprochen.

Die LGBT-Thematik in die Förderungsprogramme für die mentale Gesundheit und die entsprechenden Betreuungsnetzwerke integrieren

22. Programme, die die mentale Gesundheit fördern, müssen unbedingt auch LGBT ansprechen. Für dieses Ziel müssen die Gesundheitsbehörden die Zusammenarbeit mit LGBT-Organisationen anstreben und auf deren Expertise zurückgreifen.

→ Diskriminierungen beheben

Die Forderung nach Fortpflanzungsunfähigkeit von Transmenschern für die Änderung des Zivilstandes abschaffen

23. In der Schweiz stellte die vom Bundesgericht 1993 aufgestellte Bedingung eines «irreversiblen Geschlechtswechsels», was von den Gerichten als operative Sterilisation ausgelegt wird, vor der Genehmigung einer Änderung des Zivilstandes jene Personen, die in einer sozialen Rolle leben, die nicht ihrem Geburtsgeschlecht entspricht, bis anhin vor die «Wahl» zwischen einem schwerwiegenden chirurgischen Eingriff, den viele von ihnen nicht unbedingt wollen, und sozialem und beruflichem

Ausschluss. Die Fragestellung ist einerseits politisch und juristisch, hat andererseits aber auch medizinische und ethische Aspekte. Sie war Gegenstand einer Rechtsauskunft des Eidgenössischen Amtes für das Zivilstandswesen (EAZW) vom 1. Februar 2012: Das EAZW spricht sich in seiner Stellungnahme gegen das zwingende Erfordernis einer Sterilisation oder chirurgischer Eingriffe als Vorbedingung für eine Änderung des Geschlechts im Zivilstandsregister aus. Gleichzeitig äussert es sich auch gegen die zwingende Auflösung einer Ehe oder eingetragenen Partnerschaft als Vorbedingung für die Anerkennung einer Geschlechtsänderung. Wir verlangen daher insbesondere von den zuständigen Gerichten erster Instanz sowie von den Rechtsmittelinstanzen, dass sie die Menschenrechte respektieren und die Empfehlung des vormaligen Kommissars für Menschenrechte des Europarates (in dem die Schweiz Mitgliedstaat ist), Thomas Hammarberg, sofort und vorbehaltlos umsetzen. «Empfehlung 4. In den Dokumenten zur Änderung des Namens und des Geschlechts die Anerkennung der Geschlechtsidentität einer Person nicht mehr von einer gesetzlichen Verpflichtung zur Sterilisation oder zu anderen medizinischen Behandlungen abhängig machen».

Betreuung von transidente Menschen: die Deckung der Grundversicherung auf die unter 25-Jährigen ausdehnen

24. Die Weigerung der Vertrauensärzte einiger Grundversicherer (auf der Grundlage einer überholten Rechtsprechung, BGE 114 V 153 vom 6. Juni 1988 und 114 V 162 vom 16. September 1988), die Kosten für chirurgische Eingriffe (Brüste oder Genitalien) an unter 25-Jährigen zu übernehmen, die jedoch von deren Ärzten ausdrücklich empfohlen werden, verzögert auf riskante Weise den frühzeitigen Interventionsprozess auf Kosten der sozialen, beruflichen und emotionalen Eingliederung. Die Schweiz muss diese Begrenzung auf ein Alter über 25 Jahre, mit der sie in Europa alleine dasteht, abschaffen. Zur Erinnerung: Deutschland hat diese Begrenzung 1988 als verfassungswidrig erklärt und kürzlich eine geschlechte Angleichung im Alter von 16 Jahren bewilligt.

Den MSM durch die Anpassung der Ausschlusskriterien Blutspenden erlauben

25. Das grundsätzliche Blutspendenverbot für MSM muss zugunsten eines temporären Ausschlusses abgeschafft werden, dessen Dauer noch zu definieren ist. Mehrere Länder – u.a. Grossbritannien, Spanien, Italien, Neuseeland und Japan – haben die Ausschlusskriterien bereits gelockert. Angesichts der Aussagekraft der aktuellen Tests ist ein zeitlich begrenzter Ausschluss angemessen und genügend, um das diagnostische Fenster abzudecken, das vor dem Auftreten der biologischen Marker der Infektion während der frühen Phase einer möglichen Ansteckung besteht.

→ Gesundheitsförderung in den Schulen

In den Schulen ein Klima schaffen, das die Entfaltung von LGBT oder Jugendlichen aus Regenbogenfamilien (Familien, in denen mindestens ein Elternteil homo- oder bisexuell oder transident ist) fördert

26. Schulen müssen Orte sein, in denen die Entfaltung aller SchülerInnen, eingeschlossen LGBT, gefördert wird. Sie müssen ein sicherer Ort sein: Es soll nicht nur keine verbale oder körperliche Gewalt stattfinden, sondern auch ein Klima herrschen, in dem sich junge LGBT in ihrer Identität wohl fühlen.

Um dies zu erreichen, müssen die Schulen die Ausgrenzung aufgrund der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität bekämpfen und verhindern. Sie müssen LehrerInnen und SchülerInnen informieren und sensibilisieren und jegliche Form von Gewalt oder Erniedrigung sanktionieren, die gegen LGBT oder Jugendliche aus Regenbogenfamilien gerichtet ist.

-
- 27.** Bei Gewaltakten aufgrund von sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität müssen die Schulen systematisch reagieren und Sensibilisierungsmassnahmen für die ganze Schule ergreifen.
-
- 28.** Die Schulen müssen die Projekte unterstützen und weiterführen, die von der Verantwortlichen für Homophobie und Diversität der Kantone Waadt und Genf sowie vom Réseau des Alliés durchgeführt werden.

Im Sexualkundeunterricht die LGBT-Thematik vermehrt einbringen

- 29.** Der Sexualkundeunterricht muss auf den neusten Wissensstand hinsichtlich der Situation von LGBT gebracht werden. Insbesondere müsste das Unterrichtsprogramm entlang der Phasen der Identitätsentwicklung konzipiert werden. Dies würde bedeuten, dass die sexuelle Diversität im Schulunterricht früher und systematischer thematisiert werden müsste.
-
- 30.** In der Ausbildung (GESVAP: Ausbildung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit an den Universitäten Genf und Lausanne) müssen die angehenden AkteurInnen im Bereich der sexuellen Erziehung für atypische Geschlechtsidentitäten sensibilisiert werden sowie für die Besonderheiten des Eintritts in die schwule oder lesbische Sexualität und die damit verbundenen Risiken, um die Präventionsbotschaften entsprechend anzupassen.
-
- 31.** Die sexuelle Orientierung und die verschiedenen Geschlechtsidentitäten müssen systematisch behandelt werden, auch wenn die SchülerInnen keine diesbezüglichen Fragen stellen. Die Ausbildung der SexualpädagogInnen muss gegebenenfalls angepasst werden, um sie darin zu unterstützen, diese Thema in den Klassen anzusprechen.

Im schulischen Umfeld eine Netzwerkpraxis für die Betreuung von LGBT-Jugendlichen aufbauen

- 32.** Die medizinischen und sozialpsychologischen Schulteams müssen geschult und sensibilisiert werden hinsichtlich der LGBT-Thematik (KrankenpflegerInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, MediatorInnen, AnimatorInnen und Schulärzte/-innen etc.)
-
- 33.** Die Schulen müssen gewährleisten, dass alle LGBT-SchülerInnen oder jene, die auf der Suche nach ihrer Identität sind, einen leichten Zugang haben zu:
- einer vertrauenswürdigen Ansprechperson, die zur LGBT-Thematik ausgebildet wurde oder die fähig ist, die SchülerInnen an dafür qualifizierte Fachleute weiterzuleiten;
 - objektiven und unterstützenden Informationen, die ihnen helfen und sie auf eine geeignete Unterstützung hinweisen;
 - einer Unterstützung der Schulleitung für eine Änderung des Geschlechts oder des Namens, wenn

ein solches Vorgehen auch von den Eltern und den Gesundheitsfachleuten, die den Schüler oder die Schülerin betreuen, gut geheissen wird. Die Stiftung Agnodice vermittelt hierzu Beratung und Begleitung.

-
- 34. Geschützte Orte und Angebote müssen vorhanden sein und bekannt gemacht werden, wohin sich die Jugendlichen ausserhalb der Schule wenden können: Beratungstelefone (147, Telme usw.), Gruppen für LGBT-Jugendliche, Webportale (Ciao, Dr. Gay usw.), Beratungsstellen zur sexuellen Gesundheit.
-
- 35. Die Schulen müssen systematisch die Zusammenarbeit mit den öffentlich anerkannten LGBT-Organisationen anstreben, um Massnahmen zugunsten von LGBT-Jugendlichen zu etablieren – wenn nötig, indem sie auf Anlaufstellen in anderen Kantonen zurückgreifen.


➔ **Das Wissen über die gesundheitlichen Bedürfnisse von LGBT verbessern**

Die Forschung zu den Bedürfnissen von LGBT verstärken

- 36. Es braucht eine Förderung der qualitativen und quantitativen Forschung zu den gesundheitlichen Bedürfnissen von LGBT, um das Wissen zu diesen Zielgruppen zu verbessern und es besser in den Gesundheitsprogrammen zu verankern.
-
- 37. Es braucht eine Aufnahme von Fragen zur sexuellen Orientierung und zu Geschlechtsidentitäten in den Gesundheitsumfragen und in anderen statistischen Erfassungsinstrumenten. Zudem ist eine genügend hohe Investition von Mitteln zur Analyse und Verbreitung der Resultate solcher Erhebungen notwendig. ■

ABRÉVIATIONS

CDC	Centers for Disease Control and Prevention: Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (USA)
CIM	Classification Internationale des Maladies éditée par l'OMS
DSM	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux édité par l'Association américaine de psychiatrie
FSF	Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes, y compris celles ne s'identifiant pas comme lesbiennes ou bisexuelles
FtoM (ou FtM)	De l'anglais Female-to-Male. Personne à qui le sexe féminin a été assigné à la naissance et qui accomplit une transition, sociale et/ou physique, partielle ou complète, vers le masculin
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, y compris ceux ne s'identifiant pas comme gays ou bisexuels
ISSC	Infirmière scolaire en santé communautaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
LGB	Lesbiennes, Gays et Bisexuel-le-s
LGBT	Lesbiennes, Gays, Bisexuel-le-s et Transgenres
MtoF (ou MtF)	De l'anglais Male-to-Female. Personne à qui le sexe masculin a été assigné à la naissance et qui accomplit une transition, sociale et/ou physique, partielle ou complète, vers le féminin
NHS	National Health Service (Royaume-Uni)
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMU	Policlinique Médicale Universitaire
PSPs	Promotion de la Santé et Prévention en milieu scolaire (Vaud)
TFA	Tribunal fédéral des assurances



REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer nos vifs remerciements

- à **l'Office fédéral de la santé publique** pour le soutien financier qu'il a apporté à l'association PREOS en vue de diffuser les connaissances contenues dans ce rapport. Nous remercions également
- le **Dr Patrick Bodenmann** de la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne pour son soutien et ses conseils,
- le **Professeur Harvey Makadon** pour son travail d'expertise et pour ses interventions sur la santé des personnes LGBT au CHUV et à la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne,
- le **Dr Bertrand Kiefer** pour la publication dans la Revue Médicale Suisse de l'article relatant le rôle que peuvent jouer les médecins de premier recours dans la santé des personnes LGBT,
- **Mme Brigitte Longerich** pour la publication dans la Revue Soins Infirmiers de l'article sur le rôle que peuvent jouer les infirmières scolaires vis-à-vis des jeunes LGBT,
- la **Drsse Françoise Narring**
- et **Mme Anita Cotting** pour leur contribution aux Journées PREOS.

Les journées PREOS ont été soutenues par :



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP



JURACH
RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA



L a u s a n n e



Fondation
Les Enfants d'Abord

network
GAY LEADERSHIP

LA BOUSSOLE

360°

PINK CROSS



Agnodice
Fondation

LOS



PLANES
FONDATION SUISSE POUR LA SANTÉ
SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Avec le soutien de la
Loterie Romande

MIGROS
pour-cent culturel



www.preos.ch