

La santé des personnes LGBTQIA+ : entre prise en charge globale et besoins spécifiques

par le Dr Margaux ARON*, le Dr Timothée LEROY**
et M^{me} Gaëlle FONTEYNE***



* Médecin généraliste
Membre de PSMG
1050 Bruxelles

** Médecin généraliste
Collaborateur de PSMG
5530 Spontin

*** Coordinatrice Promo Santé
& Médecine Générale asbl
(PSMG)
1060 Bruxelles
coordination@promosante-mg.be

Les auteurs déclarent ne pas présenter
de liens d'intérêts avec l'industrie
pharmaceutique ou de dispositifs
médicaux en ce qui concerne cet article.

Les études menées en Europe, au Canada ou encore aux États-Unis rapportent les mêmes constats : les patient-es LGBTQIA+ présentent un niveau de santé physique et mental inférieur à la population générale. Dès lors, en tant que médecin généraliste, comment proposer une prise en charge adaptée à ces patient-es, sans les réduire à leur statut de personne LGBTQIA+, et surtout dans quels cas de figure est-ce utile de connaître l'identité de genre, l'orientation ou les pratiques sexuelles de ses patient-es.

Prétest	Vrai	Faux
1. L'identité de genre renvoie à la manière dont la personne exprime son identité de genre, à travers son apparence par exemple, et la performe socialement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les spécificités en santé sexuelle de chaque « minorité » LGBTQIA+ dépendent uniquement de leurs pratiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les FSF ont un taux de participation inférieur au dépistage des IST et au cancer de col de l'utérus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réponses en page 23.		

ABSTRACT

This article aims to help the general practitioner to recognize the situations where it is useful to learn about the gender identity, orientation or sexual practices of their LGBTQIA+ patients by aiming for a psycho-medico-social global approach, a benevolent welcome and inclusive medicine. Guidance is offered on how and when to address these issues.

Keywords : LGBTQIA+, gender, sexual health, mental health, discrimination.

RÉSUMÉ

Cet article a pour objectif d'aider le-la médecin généraliste à reconnaître les situations où il est utile de s'informer sur l'identité de genre, l'orientation ou les pratiques sexuelles de ses patient-es LGBTQIA+ en visant une approche globale psycho-médico-sociale, un accueil bienveillant et une médecine inclusive. Des pistes sont proposées sur la manière et le moment d'aborder ces questions.

Mots-clés : LGBTQIA+, genre, santé sexuelle, santé mentale, discrimination.



Cet article a pour objectif d'aider le·la médecin généraliste à reconnaître les situations où il est utile de s'informer sur l'identité de genre, l'orientation ou les pratiques sexuelles de ses patient·es en visant une approche globale psycho-médico-sociale, un accueil bienveillant et une médecine inclusive. Des pistes sont proposées sur la manière et le moment d'aborder ces questions.

LGBTQIA+, de qui parle-t-on ?

Lesbienne, gay, bi, trans, queer, intersexe, asexuel·le/aromantique... cet acronyme a pour vocation de regrouper l'ensemble des personnes qui ne se qualifie pas comme cisgenre^a et hétérosexuel. Pour mieux accompagner et prendre soin de ces «minorités», il est important de comprendre la différence qu'il existe entre le sexe biologique, l'identité de genre, l'expression de genre et l'attraction sexuelle.

Le sexe biologique, mâle ou femelle, est défini génétiquement dès la naissance et s'exprime physiquement via des caractères sexuels principaux (pénis ou vagin) et secondaires (poitrine, pilosité). Cependant, certaines personnes, dites intersexes, naissent avec des caractéristiques propres aux deux sexes.

L'identité de genre est le genre auquel la personne s'identifie qui peut correspondre ou être différent du sexe biologique. C'est la réponse de chacun·e à «Qui je suis ?» ou plus explicitement «Est-ce que je me sens homme, femme, les deux ou aucun ?». Un individu qui identifie son genre comme identique à son sexe biologique sera défini comme cisgenre. Inversement, une personne sera dite transgenre si elle ne s'identifie pas à son sexe biologique. Un homme transgenre est donc une personne née de sexe féminin mais qui se définit comme un homme. Légalement et socialement, il n'est pas nécessaire que la personne ait fait sa transition (hormonale, chirurgicale) pour pouvoir se définir.

L'expression de genre renvoie à la manière dont la personne exprime son identité de genre, à travers son apparence par exemple, et la performe socialement, c'est-à-dire, en fonction des «normes» établies par la société qui définissent comment les hommes et les femmes doivent se comporter socialement, s'habiller, etc. Typiquement, un homme en société portera le plus souvent des cheveux courts et une tenue considérée comme masculine

(pantalon, etc.), alors qu'une femme aura plus fréquemment des cheveux longs et un habit considéré comme féminin, en fonction du contexte socio-culturel. Par exemple, un homme travesti est un homme cisgenre mais qui se comporte et porte des vêtements perçus par ses pairs comme étant féminins.

Enfin, l'attraction sexuelle correspond à l'attraction physique envers une personne, qu'elle soit du même sexe (homosexuel), opposé (hétérosexuel), les deux (bisexuels) ou aucun (asexuel). Un homme (cis ou trans) qui est attiré sexuellement par un autre homme, est dit gay. Pareillement, une femme lesbienne, est une femme (cis ou trans) attirée sexuellement par une autre femme.

Pourquoi connaître le genre ou l'orientation de mon patient ou de ma patiente ?

Chacune de ces «minorités» peut présenter des spécificités quant à leur santé mais globalement, les enquêtes montrent que les personnes LGBTQIA+ ont un état de santé, tant physique que mental, généralement inférieur à la population générale⁽¹⁾. Les normes culturelles et sociales qui construisent l'hétéronormativité, la binarité des genres et de corps impactent directement la vie et la santé des personnes LGBTQIA+ au quotidien : rejet, discrimination, exclusion, violences (physique et verbale), etc. « Ces particularités ne relèvent pas simplement des pratiques de l'individu mais dépendent des rapports sociaux, des rapports de pouvoir (classe sociale, nationalité, orientation sexuelle...) et de la légitimité à se dire «LGBTI» dans un secteur de soins »⁽²⁾. Ces discriminations engendrent des problèmes de dépression, d'anxiété, des pensées suicidaires, des comportements à risque, etc. Ainsi, les jeunes LGBTQIA+ ont 2 à 5 fois plus de risque de se suicider que les jeunes hétérosexuel·les⁽³⁾. Les personnes LGBTQIA+ sont plus à même d'avoir des pratiques sexuelles à risque (différents facteurs peuvent l'expliquer comme la perception qu'un rapport sexuel sans pénétration n'est pas à risque d'IST, l'effet des pratiques de chemsex sur l'inhibition, etc.) et d'être positives à une IST, notamment le HIV (près de 70 % des nouvelles contaminations aux USA en 2016 concernaient des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) en lien notamment avec la difficulté d'accès à l'information et à la prévention, la détresse psychologique, ou encore la honte.

Ignorer les vulnérabilités des personnes LGBTQIA+ en matière de santé et de parcours de vie revient à fermer les yeux sur les risques encourus et à renfor-

a. Une personne cisgenre est une personne dont le genre est conforme à son assignation à la naissance.

cer les inégalités d'accès aux soins. Connaître son patient ou sa patiente dans sa globalité est donc primordial afin de pouvoir l'accompagner dans tous ses questionnements et étapes de vie.

Focus sur l'état de santé mentale et physique des personnes LGBTQIA+

Connaître les spécificités en termes de santé mentale et physique des femmes lesbiennes et bisexuelles, des hommes gays et bisexuels, des personnes trans et intersexes permet de porter une attention particulière aux inégalités de santé décrites chez ces dernier·ères. Une vulnérabilité commune à toutes les personnes LGBTQIA+ est le risque élevé de discrimination et/ou d'être ramenés à une norme projetée qui ne correspond pas à son vécu⁽⁴⁾. Selon une étude française, 14,3% des personnes HSH^b préfèrent ainsi éviter le système de soins suite à des discriminations vécues⁽⁵⁾.

La littérature rapporte que le niveau de santé des femmes lesbiennes et bisexuelles est généralement inférieur à celui des femmes hétérosexuelles. Concernant la santé sexuelle et physique, elles ont un taux de participation inférieure au dépistage des IST et du cancer du col, ce qui peut notamment s'expliquer par la fausse croyance que les FSF^c n'ont pas besoin d'un suivi gynécologique, idée partagée par certain·es soignant·es⁽⁶⁾. On décrit également plus d'IST, plus de surpoids et d'obésité et plus de maladies cardio-vasculaires. Il en est de même en santé mentale où on observe plus de dépression, d'anxiété, de nervosité, d'automutilation, de tentatives de suicide et de problématiques d'assuétude⁽¹⁾.

Les études rapportent également un état de santé général moins bon des hommes gays et bisexuels en comparaison aux hommes hétérosexuels. On retrouve ainsi plus de pathologies musculo-squelettiques, de cancers, de problèmes hépatiques, rénaux, d'IST, d'obésité et de tabagisme. Le risque de développer un cancer anal est deux fois plus élevé et le risque est d'autant plus important chez les patients séropositifs. En matière de santé mentale, on note plus de troubles alimentaires, de dépression et d'anxiété, de risque de suicide et de problématiques d'assuétude dont le recours au « chemsex^d »⁽¹⁾.

Chez les personnes trans, les inégalités de santé sont particulièrement marquées avec une morbidité importante en termes de mortalité, de cancers, de diabète, etc. Du point de vue des maladies infectieuses, on retrouve un taux de VIH et d'IST important. Pour ce qui est de la santé mentale, la consommation de substances psychoactives est souvent problématique et 50% des personnes trans souffrent de dépression, d'un état de stress et d'anxiété. Un taux élevé de personnes rapporte avoir été victime d'abus sexuels et de violences. Pour ce qui est du risque de suicide, les études décrivent des taux inquiétants allant de 22% à 43% selon la littérature européenne, américaine et canadienne⁽¹⁾.

Enfin, chez les personnes intersexes, on décrit surtout des problèmes de santé mentale liés à un contexte d'isolement, de harcèlement, de stigmatisation, de discriminations et de rejet par l'entourage. On retrouve également un pourcentage important de TS ou d'idées suicidaires. Les traitements chirurgicaux modifiant les caractéristiques sexuelles effectués sans le consentement de la personne intersexe amènent à des troubles psychologiques conséquents⁽¹⁾.

Quand et comment interroger le genre, l'orientation sexuelle ou l'identité de mon patient ou de ma patiente ?

S'informer sur l'identité de genre, l'orientation ou les pratiques sexuelles de ses patients et patientes est important dans certaines situations, entre autres en matière de santé mentale et de santé sexuelle, comme cela a été présenté dans le paragraphe précédent. Les questions pertinentes et non-intrusives sur l'orientation et les pratiques sexuelles, l'identité de genre, doivent être en lien direct avec le motif de consultation. Il s'agit avant tout de ne pas présupposer l'orientation et les pratiques sexuelles de la personne, le nombre et l'identité de genre de son·sa ou ses partenaires sexuel·les ou encore du genre de la personne, en demandant par exemple *quels prénoms et pronoms utilisez-vous ?* Il conviendra également de ne pas se focaliser sur certaines dimensions – les IST par exemple, plutôt que la vie relationnelle, affective et sexuelle dans son ensemble en interrogeant la personne sur d'autres aspects comme, *avez-vous besoin ou désirez-vous un moyen de contraception ?* – au détriment d'une approche globale sur le plan psycho-médico-social.

L'enjeu pour le professionnel de santé est de trouver un équilibre entre une prise en charge tenant compte

b. HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (cisgenres ou non).

c. FSF : Femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes (cisgenres ou non).

d. Le Chemsex est l'usage de substances psychoactives dans un cadre sexuel.



des vulnérabilités spécifiques quand c'est opportun et tout en évitant de réduire les patient.es à leur identité LGBTQIA+.

À cela s'ajoutent d'autres déterminants sociaux de la santé – l'origine, le statut social, l'âge, etc. – qui peuvent avoir un impact plus ou moins important sur l'état de santé des personnes LGBTQIA+ et qu'il est utile de prendre en compte. On parle d'intersectionnalité. Des études ont montré que *les personnes LGBT sont plus susceptibles de vivre seules après 50 ans. L'isolement et la solitude sont relevés chez ces populations âgées, notamment celles vivant en milieu rural, éloignées des villes ou n'ayant pas fait leur coming-out*⁽¹⁾.

Quelles recommandations pour une prise en charge incluant l'altérité ?

Les diverses vulnérabilités discutées précédemment marquent l'importance d'une formation de base du médecin généraliste lui permettant d'interpréter les symptômes dans un contexte précis et de pouvoir proposer des actions de prévention, y compris de réduction des risques (RdR), adaptées.

Le-la patient.e attend de son médecin généraliste une attitude de non-jugement, de neutralité, d'écoute et de proactivité quand c'est opportun.

Un accueil et un suivi bienveillant et respectueux des « minorités genrées, sexuelles et sexuées » permet d'installer un climat de confiance et de confidentialité⁽⁴⁾.

Cela peut se traduire par un cadre de consultation « friendly » avec des affiches, des brochures LGBTQIA+, l'utilisation d'un langage inclusif et des questions ouvertes comme, *avez-vous un, une ou plusieurs partenaires ? êtes-vous sexuellement active ?* plutôt que *vous avez un-e copain-copine/mari-femme ?*, la valorisation de la parole de la personne peut avoir un effet positif (par exemple : *merci pour votre confiance*), tout comme le fait de prendre en compte la récurrence des violences médicales vécues dans le passé pouvant amener à un recours tardif à la consultation.

Par ailleurs, comme tout individu, chaque médecin généraliste a une vision du monde découlant de son éducation, de sa culture, de son genre, de ses expériences de vie et qui est mobilisée dans ses relations avec ses patient.es. Il est important de prendre conscience de ses propres représentations pour éviter de les projeter sur ses patient.es⁽⁴⁾.

Dans une perspective de médecine inclusive, le-la médecin généraliste portera également son attention sur le vécu des patient.es face aux différents systèmes de discrimination interagissant (genre, origine, classe sociale, statut VIH, âge, etc.). Les études montrent que les personnes LGBTQIA+ immigrantes et/ou racisées souffrent plus de stigmatisation que les hommes gays blancs de classe moyenne. Il existerait une stratification sociale excluant les personnes trans, immigrantes et racisées considérées comme « moins désirables ». De plus, les expériences vécues ou perçues d'exclusion et de rejet dans la communauté d'origine ou dans la société en général renvoient ces derniers à leur altérité pouvant affecter leur construction identitaire⁽⁷⁾.

Conclusion

Il ne faut pas avoir peur en tant que médecin traitant d'admettre ne pas être un.e expert.e sur le sujet, de l'exprimer à la personne en face de vous et de la référer vers des structures adaptées si nécessaire : les centres de planning familial, les maisons Arc-en-Ciel/Rainbow House, Ex Aequo (pour les HSH), Merhaba (pour les LGBTQIA+ issues de l'immigration), O'YES et le projet Go to Gynéco (orienté vers les FSF), la Plateforme Prévention Sida, Genre Pluriels (qui s'adresse aux personnes Transgenre et Intersexe), etc. Comme souvent, on en apprend plus via le-la patient.e que dans les livres et les manuels. Le plus important est de ne pas émettre de jugement - ne partez donc pas du principe que toute personne se présentant à votre consultation est hétérosexuelle et cisgenre - et de permettre au patient ou à la patiente de s'exprimer s'il-elle le souhaite, en lui offrant un environnement inclusif et en adaptant notre langage pour le-la mettre en confiance.

Bibliographie

1. Observatoire du sida et des sexualités, Note de lecture Health 4 LGBTI, mai 2018.
2. ExAequo, Inégalités de santé LGBTQI : l'exemple de la double invisibilisation des lesbiennes, 2020 (<https://www.youtube.com/watch?v=tLCbudXKHe8>).
3. Beck F, Firdion J-M, Legleye S, Schiltz M-A. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et Perspectives. [Nouvelle édition 2014]. Saint-Denis: Inpes, coll. Santé en action, 2014 : 140 pages.
4. CRISP, Guide pour un meilleur accueil des minorités genrées, sexuelles et sexuées à destination des professionnel·le·s de santé, 2021.
5. Alessandrin A, Dagorn J, Meidani A, Richard G, Toulze M (dir.), Santé LGBT ; Les minorités de genre et de sexualité face aux soins, Éditions Bord de l'eau, 2020.
6. Go To Gynéco, Guide pratique pour l'accueil et le suivi des patient·es lesbiennes, bies & co, 2020.
7. H. El-Hage, E. Jin Lee, *LGBTQ racisés : frontières identitaires et barrières structurelles*, in Alterstice, Vol. 6, n°2, 2016.

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Connaître les vulnérabilités en matière de santé mentale et physique des personnes LGBTQIA+ sans se focaliser uniquement sur celles-ci
2. L'identité de genre, l'expression de genre et les orientations sexuelles sont propres à chaque individu et peuvent évoluer dans le temps en fonction du contexte de vie, des expériences et choix de la personne
3. Adopter un langage inclusif et une attitude d'ouverture en consultation
4. Référer vers les structures adaptées si nécessaire.

La Rédaction