

CHAPITRE 2.8.

Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées

*R. Bize, S. Berrut, E. Volkmar, D. Medico, M. Werlen,
A. Aegerter, R. Wahlen, P. Bodenmann*

Objectifs d'apprentissage

- Connaître l'impact de la stigmatisation et des discriminations sur la santé des personnes LGBTI et sur leur accès aux soins.
- Prendre conscience du présupposé hétérosexuel, cisgenre et dyadique qui peut invisibiliser les personnes LGBTI durant la consultation.
- Connaître les mesures de prévention et de promotion de la santé, ainsi que les soins pertinents pour les personnes LGBTI.
- Connaître les intérêts des enfants et adultes intersexué-e-s, le rôle des parents et identifier les aspects les plus importants de l'intégrité physique, psychique et de la situation sociale.
- Comprendre que la plupart des variations des caractéristiques sexuelles n'ont pas des conséquences directes sur la santé.
 - Identifier les ressources communautaires utiles.

Ce chapitre discute de la santé des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées (LGBTI), où attitude inclusive et respect des singularités occupent une position centrale. Il rappelle l'impact sur la santé de la stigmatisation, de la pathologisation, des discriminations et du déni des droits civils et humains. Connaître l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les variations du

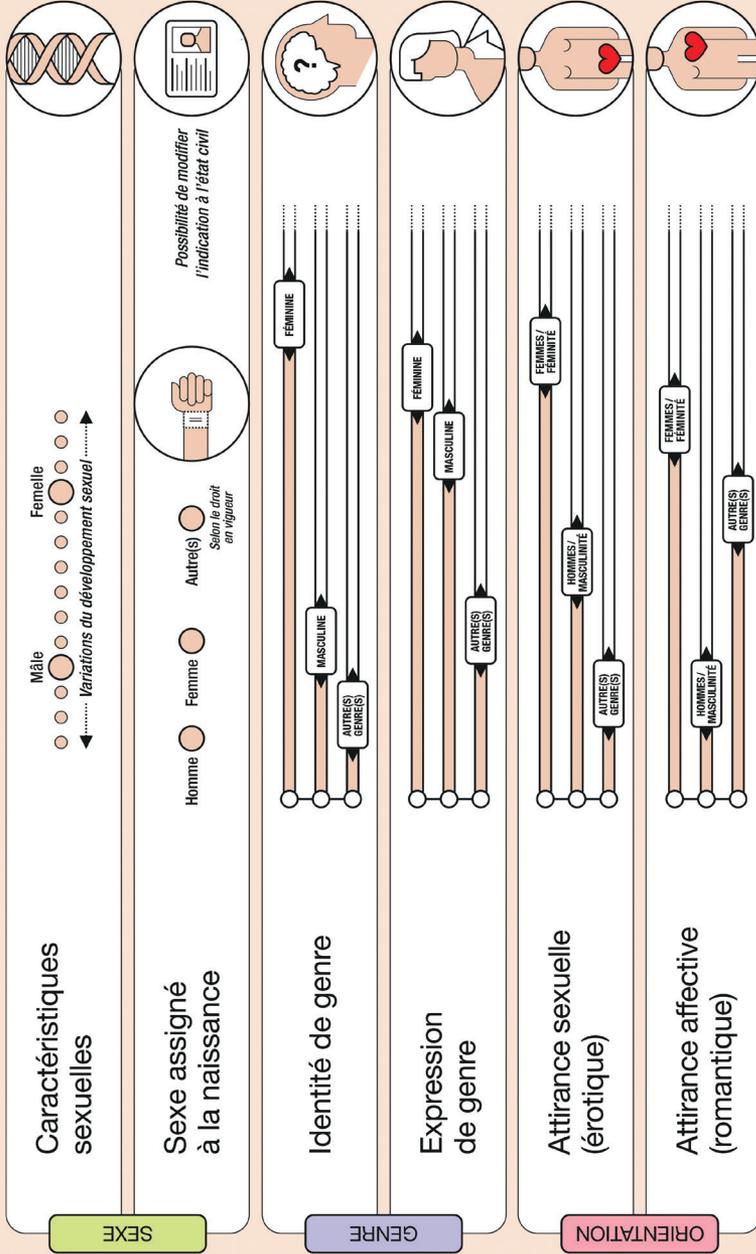
développement sexuel (VDS) de ses patient-e-s permet de fournir des conseils de promotion de la santé et de prévention ainsi que des soins plus adéquats. Cette approche ouverte et inclusive contribue à renforcer et à soutenir la résilience dont font preuve les personnes LGBTI.

Introduction

L'orientation sexuelle, l'identité de genre et les caractéristiques sexuelles sont trois concepts distincts et indépendants. L'orientation sexuelle recouvre classiquement trois dimensions: l'attraction sexuelle ou affective, les comportements (c'est-à-dire le sexe des partenaires sexuel-le-s), et l'auto-identification (par exemple en tant que personne lesbienne, gay ou bisexuelle). Ces trois dimensions ne sont pas nécessairement congruentes. Certaines personnes ont des rapports sexuels avec des personnes du même sexe, sans pour autant se définir comme homo- ou bisexuelles. Suivant la dimension considérée, les personnes non hétérosexuelles constitueraient entre 2 et 10% de la population¹, voire davantage. L'identité de genre décrit quant à elle, indépendamment du phénotype, le sentiment profond d'une personne d'être un homme, une femme ou d'un genre qui ne s'inscrit pas dans cette logique binaire. On estime qu'entre 0,3 et 0,5% des adultes et entre 1,2 et 2,7% des jeunes sont transgenres, c'est-à-dire ont une identité de genre qui ne correspond pas au genre qui est socialement et culturellement attendu sur la base du sexe légal qui leur a été assigné à la naissance^{2,3}. Une personne dont l'identité de genre correspond au genre assigné à la naissance est dite «cisgenre». Le chapitre «Santé des personnes transgenres, non binaires et agenres» aborde plus en détail la santé des personnes transgenres, non binaires et agenres. Les caractéristiques sexuelles comprennent les caractéristiques sexuelles primaires (hormones, chromosomes, organes génitaux internes et externes) ainsi que les caractéristiques sexuelles secondaires qui peuvent apparaître à la puberté ou se manifester plus tard. Les variations du développement sexuel (VDS ou intersexuation, terme générique regroupant l'ensemble des variations biologiques, innées, du développement sexuel) représentent des combinaisons de caractéristiques sexuelles ne correspondant pas aux définitions médicales binaires des corps «mâles» et «femelles»⁴. La proportion de personnes intersexuées dans la population est débattue, certaines sources estiment cette valeur entre 1,7% et 3,8%^{5,6}. L'adjectif «intersexe» désigne les personnes intersexuées adoptant un positionnement d'affirmation positif de soi. Elles reconnaissent une expérience commune d'invalidation médicale et rejettent la pathologisation de leur corps⁴. Les termes «VDS», «intersexuation», «variation des caractéristiques sexuelles» ou «"désordre" du développement sexuel (DSD)» sont synonymes, mais ont des connotations très différentes. Le terme «DSD» est au cœur d'une controverse entre le milieu médical et les personnes concernées et institutions de droits humains qui voient en lui une pathologisation de l'intersexuation. Ainsi cette section utilisera en alternance intersexuation et VDS. Une personne non intersexuée est dite «dyadique». La **figure 1** présente de manière schématique et simplifiée différentes facettes de la diversité sexuelle et de genre par rapport auxquelles chacun-e peut faire l'exercice de se situer. Les curseurs rendent compte de la diversité des situations individuelles.

Figure 1. Différentes facettes de la diversité sexuelle et de genre.

Adapté de Sam Killermann (www.genderbread.org) et Trans Student Educational Resources (TSER) (www.transstudent.org/gender).



NB : la façon dont une personne se définit elle-même prime sur toute forme de catégorisation.

Bize P, Volkmar E, Bernut S, Werlen M, Medico D. (2022)

Réalisation graphique de la figure 1 : Bastien Ramseyer, graphiste, Le Landeron.

La plupart des besoins médicaux des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées (LGBTI) reflètent ceux de la population générale et peuvent être satisfaits en suivant les standards de soins habituels. Depuis une trentaine d'années, des études suisses et internationales montrent cependant que les personnes LGBTI font face à des disparités spécifiques en matière de santé⁷⁻¹⁵. Ces personnes rencontrent aussi d'importantes difficultés pour accéder à des soins appropriés^{15,16}. Malgré cela, l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les VDS ne sont encore que très rarement abordées dans les consultations médicales et continuent souvent à ne pas être considérées comme des variables d'intérêt dans les enquêtes de santé effectuées auprès de la population. En Suisse, cette thématique n'est abordée que de manière sporadique dans la formation des médecins et du personnel soignant de premier recours.

Vignette clinique

Mme F, 48 ans, mariée avec deux filles adolescentes, fait partie de votre patientèle depuis plusieurs années. Elle présente une légère hypertension et a traversé par le passé plusieurs épisodes de dépression modérée. Elle vous consulte pour des problèmes d'insomnie et présente des signes d'anxiété durant la consultation. Lorsque vous lui demandez si elle rencontre actuellement des difficultés au niveau professionnel ou personnel, elle devient nerveuse et vous confie qu'elle traverse une période compliquée, qu'elle ne sait plus trop quoi faire, car elle est tombée amoureuse d'une collègue de travail. Elles se fréquentent depuis plusieurs mois en cachette. Elle souhaiterait se séparer de son mari pour pouvoir se mettre en couple avec cette femme, mais ne sait pas comment en parler à son conjoint et a peur que la situation ne perturbe ses filles. Elle éclate en sanglots. Quelle est votre réaction et comment continuez-vous l'entretien ?

Santé des personnes LGBTI

Similarités dans les expériences vécues par les personnes LGBTI

Les personnes LGBTI sont nombreuses à avoir subi des violences psychologiques, verbales et/ou physiques^{15,17,18}. Elles vivent un stress quotidien lié au fait d'appartenir à une minorité encore fortement stigmatisée et soumise à des discriminations institutionnelles et individuelles¹⁹⁻²¹ (*minority stress model*). Contrairement à d'autres minorités, la réalisation par l'enfant ou l'adolescent-e LGBTI du caractère minoritaire et marginalisé de son orientation sexuelle, de son identité de genre ou de ses caractéristiques sexuelles survient dans l'isolement ou un certain secret, sans le soutien de parents ou de proches partageant le même statut minoritaire. Il en résulte très fréquemment des problèmes d'estime de soi, d'anxiété, ainsi qu'une incidence plus élevée de troubles dépressifs et de comportements suicidaires²²⁻²⁴. Cette minorité présente également, en comparaison avec la population générale, un risque accru de développer des addictions (tabac, alcool et drogues)^{17,25}. Les

maux de tête, les lombalgies, l'insomnie ou encore l'hypertension artérielle constituent quelques autres exemples d'affections surreprésentées chez les personnes LGBT^{17,8,26}. Il existe encore cependant de nombreuses lacunes dans les connaissances, particulièrement en ce qui concerne les personnes transgenres ou intersexes.

Exemples d'enjeux spécifiques aux différents sous-groupes minoritaires

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) présentent un risque accru de contracter le VIH ou d'autres IST (infections sexuellement transmissibles) par rapport aux hommes exclusivement hétérosexuels. À l'instar de ce qui est observé au niveau du col de l'utérus, les infections par le HPV (papillomavirus humain) dans la région anale y augmentent le risque de cancer. Les personnes transgenres sont également très vulnérables face au risque d'infection par le VIH²⁷.

Les relations sexuelles entre femmes comportent un risque faible de transmission du VIH, mais ce risque est avéré pour d'autres IST comme les infections dues au HPV notamment. Les femmes lesbiennes recourent moins régulièrement aux contrôles gynécologiques et aux frottis de dépistage que les femmes hétérosexuelles, alors que ces examens devraient être pratiqués à une fréquence identique pour toutes les femmes²⁸. Les femmes lesbiennes et bisexuelles rencontrent des difficultés pour accéder à des soins adaptés et respectueux et une proportion non négligeable d'entre elles rapportent avoir vécu des discriminations en contexte médical^{15,16}. Les études sur la population transgenre fournissent des données claires tant sur la taille de cette population, qui avait été largement sous-estimée, que sur des besoins de santé alarmants et un accès aux soins médicaux de base qui reste problématique²⁹. Malgré cela, les actions politiques et les financements pour améliorer l'accès des personnes transgenres à la santé et aux mesures de prévention sont encore insuffisants. Les VDS ne menacent pas la santé, bien qu'exceptionnellement un traitement médical puisse être nécessaire. *A contrario*, leur prise en charge médicale génère de nombreux problèmes éthiques et de santé :

- Violation de l'intégrité physique et psychique des personnes intersexuées (par exemple : problèmes de cicatrisation, effets secondaires dus à la prise d'hormones, taux d'infections plus élevé, difficultés d'accès au dossier médical, médication permanente due aux interventions, traumatismes, infertilité, douleurs chroniques, incontinence, détresse psychologique)²³ ;
- Le niveau de détresse des femmes intersexuées est comparable à celui de femmes victimes de violences sexuelles ou physiques²³ ;
- Le taux de tentatives de suicide semble être nettement supérieur à celui observé en population générale^{23,24} ;
- Discriminations, stigmatisations et violences institutionnelles (la littérature scientifique atteste des effets néfastes des procédures modifiant les caractéristiques sexuelles des enfants intersexués³⁰⁻³⁴) ;
- Le sentiment d'être inférieur ou « malade » peut être exacerbé par le traitement médical³⁵.

Une enquête de l'Union européenne (2020) a inclus pour la première fois les personnes intersexes¹⁸. 62% se sont senti-e-s discriminé-e-s dans au moins un aspect de leur vie, du fait d'être intersexe, dans les 12 mois précédant l'enquête. 62% ont subi des interventions chirurgicales modifiant leurs caractéristiques sexuelles sans pouvoir donner leur consentement. Les répondant-e-s intersexes disent que les principaux problèmes rencontrés dans leur pays sont la discrimination du fait de leurs caractéristiques sexuelles, le harcèlement et/ou la violence. 19% ont rencontré des obstacles lors de l'enregistrement de leur état civil ou de leur genre pour un document officiel.

Quel rôle pour le médecin de premier recours (mpr)?

Rôle du MPR dans la provision de soins adaptés aux personnes LGBTI

Face à cette situation préoccupante, il revient aux autorités de mettre sur pied une offre sanitaire adaptée. Un partenariat étroit avec les communautés concernées fait partie des pratiques recommandées pour y parvenir³⁶. Le succès des centres Checkpoint de Genève, Vaud, Zurich, Bâle, Berne et Lucerne destinés en priorité aux HSH et, pour ceux de Vaud, Zurich et Berne, ouverts aux HSH et aux personnes transgenres, démontre la faisabilité et la pertinence d'une approche communautaire ciblée³⁷. Ces centres ne pourront néanmoins jamais répondre à l'entier des besoins ni se substituer au rôle privilégié et gratifiant que pourra occuper tout MPR désireux d'offrir aux personnes LGBTI une approche culturellement sensible et compétente. Dans leur grande majorité, les personnes LGBT souhaitent communiquer librement avec leur médecin au sujet de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre^{38,39}, mais hésitent par peur d'être jugées ou moins bien soignées si elles se confient. Pour les adultes intersexués le manque de médecins qualifiés pour répondre à leurs besoins spécifiques pose problème. De leur côté, beaucoup de médecins et de soignant-e-s éprouvent des difficultés à aborder le thème de la sexualité^{40,41} et, *a fortiori*, celui de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre ou des VDS. Même en l'absence de discriminations avérées, il est fréquent que de petits détails accroissent le sentiment d'invisibilité et d'insécurité des personnes LGBTI. Le fait qu'un médecin demande à sa patiente quelle contraception elle utilise présuppose que celle-ci a des rapports hétérosexuels. Ce type de questionnement peut aussi provoquer un stress psychologique ou créer une situation traumatisante dans le cas d'une adolescente intersexuée qui ne vit pas une puberté semblable aux autres jeunes femmes. Les présupposés «hétérosexuel», «cisgenre» et «dyadique», fréquemment exprimés dans les conversations courantes et les entretiens médicaux, ont tendance à provoquer l'autocensure⁴²⁻⁴⁴. Le déclenchement de ce réflexe compromet la possibilité d'une alliance thérapeutique de qualité. Tout médecin souhaitant offrir une prise en charge plus adéquate aux personnes LGBTI devra commencer par prendre conscience du fait que cette «tache aveugle» n'est pas une fatalité et qu'elle ne répond que très rarement au souhait des personnes LGBTI. Malgré le biais de conformité sociale déjà évoqué, entre 5% et 10% de la population s'identifie comme LGBT ou présente une VDS, mettant potentiellement le médecin de premier recours en contact quotidien avec au moins une personne

LGBTI⁴⁵. Comme cela a bien été démontré dans une enquête sur les attentes des jeunes LGBT vis-à-vis du corps médical, les MPR peuvent créer un climat propice à des soins adaptés sans bouleverser leur pratique⁴⁶. Les enjeux sont avant tout d'offrir un environnement accueillant et sécurisant (**tableau I**) et d'aborder sans *a priori* et de manière non jugeante les questions de sexualité, d'orientation sexuelle, d'identité de genre^{26,47} ou de VDS (**tableau II**). De plus, pouvoir parler de sexualité sans tabou et sans pathologisation permet d'adapter les conseils préventifs, les dépistages et les éventuels traitements.

Rôle du MPR auprès des personnes intersexuées et de leur entourage

S'appuyant sur des principes éthiques, la médecine se doit de traiter ses patient·e·s selon leur intérêt supérieur, que ce soit en les informant ou en les laissant participer dans la prise de décision^{24,48,49}. Le principe éthique et juridique de l'autodétermination d'une personne capable de discernement est primordial⁵⁰. Ainsi, aucune décision significative visant à déterminer le sexe d'un enfant ne devrait être prise avant que cet enfant puisse se prononcer librement, quand l'intervention ne représente aucun caractère d'urgence pour la vie ou la santé. Les interventions irréversibles non vitales ou non urgentes pour la santé de l'enfant ne sont jamais justifiées. Si, après une consultation psychologique, les parents continuent d'insister pour la réalisation d'interventions non urgentes, les droits de l'enfant à l'autodétermination et au développement doivent être considérés comme primordiaux. Si nécessaire, l'Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte doit en être informée⁵¹. La réalisation d'interventions précoces sur des enfants avec une VDS dépend des conseils que les parents reçoivent de la part des professionnel·le·s de la santé, ce dont ni les parents ni les professionnels ne semblent pleinement conscients⁵². Il n'existe pas de preuve que les variations génitales d'un enfant conduisent à une détresse parentale ingérable⁵². Il est donc primordial que les parents soient rassurés et informés de manière adéquate sur la diversité humaine et l'intérêt prépondérant de l'enfant. Un soutien psychosocial des parents, et un dialogue avec les associations concernées sont essentiels. Les gynécologues, urologues, endocrinologues et sages-femmes sont des personnes de contact cruciales dans le suivi des personnes intersexuées et de leurs parents. Ce sont souvent elles qui

Tableau I. Comment créer un environnement accueillant ?

LGBTI : personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées/intersexes.

- Explorer ses propres croyances et représentations au sujet des personnes LGBTI. Prendre conscience de l'impact 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 LGBTI
- Dans la salle d'attente, signaler votre ouverture à cette thématique : charte de non-discrimination ou charte de la diversité, symbole arc-en-ciel, documentation à destination des patient·e·s LGBTI (par exemple brochures d'information et offre de conseil des associations)
- Inclure des options telles que « partenariat enregistré », « en couple non marié » ou « prénom et pronom d'usage » dans les formulaires administratifs

vont remarquer ou même diagnostiquer la variation peu après la naissance ou plus tard dans la vie de la personne avec une VDS. Ces professionnel-le-s de la santé doivent réussir à utiliser des mots et adopter des attitudes adéquates ainsi qu'une posture non pathologisante afin de ne pas augmenter la détresse des parents ou un sentiment d'aliénation de la personne et de rassurer et renforcer («empowering») l'autonomie des parents et de la personne concernée. Il est également recommandé qu'un-e sage-femme et/ou un-e psychologue formé-e-s soient présent-e-s lors de l'annonce du «diagnostic» aux parents, pour que ceux-ci aient un visage familier ou sensible vers qui se tourner^{56,59}. Finalement, les professionnel-le-s de santé doivent réaliser les examens cliniques nécessaires dans le respect de l'intégrité physique de la personne.

Soutien des personnes intersexuées par les pairs

Le contact avec d'autres personnes intersexuées est considéré comme important par toutes les personnes interrogées dans le cadre d'une étude²⁴. Les professionnel-le-s de

Tableau II. Attitudes et langage durant la consultation.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Garder présent à l'esprit que la personne en face de vous peut être gay, lesbienne, bisexuelle, transgenre ou intersexuée, quelles que soient son apparence et/ou vos impressions• Utiliser un langage neutre : «Vivez-vous en couple?» ou «Avez-vous un ou une partenaire?» plutôt que «Avez-vous un petit ami (pour une fille)?» ou «Êtes-vous marié-e?»• Être conscient-e qu'une personne mariée et/ou ayant des enfants n'est pas forcément hétérosexuelle et peut être trans ou intersexuée• Ne pas partir du principe qu'être gay, lesbienne, transgenre ou intersexué veut forcément dire ne pas avoir d'enfants ou de désir d'avoir un 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• Favoriser l'estime de soi de la personne à propos de son corps, son identité ou son orientation sexuelle | <ul style="list-style-type: none">• Être conscient-e que l'orientation sexuelle déclarée ne coïncide pas forcément avec les pratiques sexuelles réelles• Être conscient-e que l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les caractéristiques sexuelles sont trois concepts indépendants• Ne pas pousser les patient-e-s à «se décider» pour un genre ou une orientation sexuelle. Le processus d'affirmation de soi peut prendre des années et être changeant• Éviter de banaliser la souffrance chez les enfants en questionnement par rapport à leur identité de genre. Ils présentent un risque accru de dépression et d'être les cibles de harcèlement• Ne pas focaliser le suivi médical uniquement sur la question du genre, de l'orientation sexuelle ou de l'intersexuation• Référer la-le patient-e à un-e collègue si vous ne vous sentez pas à l'aise avec le sujet• Prendre en compte le fait que les personnes avec une VDS préfèrent que leur variation ne soit pas considérée comme un désordre, une anomalie, une ambiguïté, une malformation ou une maladie |
|--|---|

la santé doivent donc connaître les ressources et associations disponibles. Un soutien (non pathologisant) par des psychologues spécialisés dans les VDS est également identifié comme important^{24,53}. Les mesures psychologiques visant à promouvoir l'acceptation des variations physiologiques peuvent soulager les parents et contribuer au report de traitements médicaux⁵⁴. Des études ont montré que les personnes intersexuées ressentent souvent un sentiment de honte, une faible estime de soi et ont peur de réactions négatives⁵⁵.

Médicalisation des personnes intersexuées – aspects historiques

La médicalisation de l'intersexuation est devenue protocolaire depuis les années 1950 par le biais de publications répétées. Le paradigme de John Hopkins qui recommandait des opérations aussi vite que possible et dans le secret a regagné du terrain en 2005, assurant à la médecine un pouvoir disciplinaire sur des corps « désordonnés ». Les variations ont été médicalisées et pathologisées : la médecine traite désormais un-e patient-e avec un « désordre » du développement sexuel. Or, cette réinsertion du déviant dans le médical ne permet pas aux personnes intersexuées d'exister comme sujet social, de se penser comme une personne intersexe, et freine la subjectivation^{56,57}.

Rôle du MPR auprès des jeunes LGBT ou en questionnement

Il est très courant que des personnes homo- ou bisexuelles ressentent leur première attirance pour une ou des personnes du même sexe durant l'enfance ou l'adolescence. Chez les personnes transgenres, le sentiment d'incongruence de genre peut émerger plus tôt encore. La période de prise de conscience et de dévoilement d'une orientation sexuelle et/ou d'une identité de genre minoritaire (*coming out*) est souvent une période d'intense questionnement et de grande vulnérabilité. En fonction des ressources personnelles et de l'entourage, les défis d'adaptation peuvent alors paraître insurmontables et favoriser un déni, des comportements suicidaires, des troubles alimentaires et de l'automutilation, des prises de risques par rapport au VIH ou des consommations de substances psychotropes. Moyennant la création d'un climat de confiance, d'ouverture et de non-jugement, le médecin de premier recours pourra occuper une place privilégiée pour venir en aide à un-e jeune dans cette situation^{47,58} (tableau III). Lorsqu'elle est bien négociée, la phase d'acceptation de soi en tant que personne LGBT peut devenir une expérience enrichissante dans le processus de développement identitaire⁵⁹. Les services de consultation pour adolescent-e-s, comme la Division interdisciplinaire de santé des adolescents (DISA) du CHUV à Lausanne ou la Consultation santé jeunes des HUG à Genève, offrent également un environnement propice à l'accompagnement des jeunes en questionnement par rapport à leur orientation sexuelle ou leur identité de genre.

Conclusion

Bien qu'elles soient exposées à des risques accrus d'atteintes à leur santé, les personnes LGBTI retardent souvent leur recours aux soins et se déclarent moins satisfaites des soins

reçus. Il suffit pourtant de peu de chose pour que cela change. En devenant plus sensibles aux minorités LGBTI et en intégrant la diversité des orientations sexuelles, des identités de genre et les VDS dans la conduite des entretiens, les médecins et les soignant-e-s peuvent grandement contribuer à améliorer l'accès à des soins de qualité et la satisfaction de leurs patient-e-s LGBTI. Le fait d'aborder la sexualité de manière ouverte et non jugeante sera aussi profitable à l'ensemble des patient-e-s qui auraient des difficultés ou des questions dans ce domaine. Le développement et la mise en œuvre d'une formation des médecins et des soignant-e-s de premier recours consacrée à la santé des personnes LGBTI constituent une étape indispensable en vue de généraliser l'adoption de pratiques compétentes et culturellement adaptées²⁶.

Tableau III. Mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies.

LGBTI: personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, intersexuées/intersexes; IST: infections sexuellement transmissibles; HPV: papillomavirus humain.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l'estime et l'affirmation de soi. Renforcer la confiance dans la capacité à faire face aux difficultés • Évaluer le soutien offert par l'entourage et les personnes de confiance et informer sur l'existence de ressources disponibles auprès des associations LGBTI • Identifier les situations à risque de discrimination (lieu de travail, école, famille, etc.). Informer sur les ressources disponibles auprès des associations LGBTI pour dénoncer ces situations • Favoriser le contact avec d'autres personnes intersexes ou LGBT pour favoriser un positionnement d'affirmation positif de soi <p>[Expliquer que l'intersexuation, l'homo- ou la bisexualité, et la transidentité font partie intégrante de la diversité humaine]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prêter attention 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 et de la situation clinique • Offrir une prise en charge et un traitement précoce aux personnes diagnostiquées avec une infection par le VIH⁶⁰ ou une autre IST | <ul style="list-style-type: none"> • 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. Connaître les indications pour une prophylaxie préexposition au VIH (PrEP)⁶¹ • Aborder la question du suivi gynécologique avec les patientes lesbiennes et bisexuelles • Soutenir le suivi des personnes VDS par des spécialistes après leur enfance • Vacciner contre les hépatites A et B • Vacciner les adolescent-e-s et jeunes adultes contre le HPV selon les directives de l'Office fédéral de la santé publique <p>NB : Pour celles et ceux qui souhaitent en savoir davantage, l'American College of Physicians publie un guide détaillé sur la prise en charge des patient-e-s LGBT²⁶. D'autres ressources pour la formation des médecins sont disponibles sur le site internet du « National LGBT Health Education Center » (www.lgbthealtheducation.org/).</p> |
|---|--|

Implications pratiques

- Le fait d'adopter une attitude et un langage inclusifs et de connaître l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'intersexuation de ses patient-e-s permet de fournir des soins plus adéquats.
- Une attention particulière doit être portée à l'impact de la stigmatisation, des discriminations et de la violence subie sur la santé de ses patient-e-s LGBTI.
- La détection des jeunes présentant une identité de genre atypique permet un accompagnement médical et psychosocial de ces jeunes et de leur famille, ce qui améliore sensiblement le pronostic en termes de santé future.
- La dissimulation de la VDS, l'isolement et les conséquences physiques et mentales d'un traitement médical sans consentement libre et éclairé de l'enfant intersexué peuvent avoir un impact majeur sur sa vie. La découverte de la variation de l'enfant à un stade précoce et l'échange avec des pairs sont importants pour la santé à long terme.
- Le soutien à l'estime et à l'affirmation de soi, ainsi que le renforcement de la confiance dans la capacité à faire face aux difficultés constituent des éléments centraux de promotion de la santé pour les patient-e-s LGBTI.
- L'identification des facteurs de risque (consommation de tabac, d'alcool, de drogues, rapports sexuels à risque de transmission du VIH ou d'autres IST, autres formes de mises en danger) et leur prise en charge (entretien motivationnel, dépistages ciblés, vaccinations, soutien psychologique) sont indiquées.
- Si les parents des enfants LGBTI se trouvent dans une situation de détresse, la prise en charge psychosociale et, si nécessaire, thérapeutique des parents peut également être indiquée.

Bibliographie

- 1 Geary RS, Tanton C, Erens B, Clifton S, Prah P, Wellings K, et al. Sexual identity, attraction and behaviour in Britain: The implications of using different dimensions of sexual orientation to estimate the size of sexual minority populations and inform public health interventions. *PLoS One* 2018;13(1):e0189607.
- 2 Zhang Q, Goodman M, Adams N, Corneil T, Hashemi L, Kreukels B, et al. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgend Health* 2020;21(2):125-37.
- 3 Goodman M, Adams N, Corneil T, Kreukels B, Motmans J, Coleman E. Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2019;48(2):303-21.
- 4* Charlebois J. À qui appartient-il de déterminer les modes d'intervention auprès des personnes intersexuées? *Nouvelles pratiques sociales* 2016;28:66-86.
- 5 Blackless M, Charuvastra A, Derryck A, Fausto-Sterling A, Lauzanne K, Lee E. How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *Am J Hum Biol* 2000;12(2):151-66.
- 6 Hauck L, Richter-Appelt H, Schweizer K. Zum problem der häufigkeitsbestimmung von intergeschlechtlichkeit und varianten der geschlechtentwicklung: Eine übersichtsarbeit. *Zeitschrift für Sexualforschung* 2019;32(2):80-9.
- 7 Institute of Medicine (U.S.). Committee on lesbian gay

- bisexual and transgender health Issues and research gaps and opportunities. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding. Washington, DC: National Academies Press 2011.
- 8** Wang J, Hausermann M, Vounatsou P, Aggleton P, Weiss MG. Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey. *Prev Med* 2007;44(1):70-5.
- 9*** Elliott MN, Kanouse DE, Burkhart Q, Abel GA, Lyratzopoulos G, Beckett MK, et al. Sexual minorities in England have poorer health and worse health care experiences: a national survey. *J Gen Intern Med* 2015;30(1):9-16.
- 10** Gonzales G, Przedworski J, Henning-Smith C. Comparison of health and health risk factors between lesbian, gay, and bisexual adults and heterosexual adults in the United States: Results from the National Health Interview Survey. *JAMA Intern Med* 2016;176(9):1344-51.
- 11** Bränström R, Hatzembuehler ML, Pachankis JE, Link BG. Sexual orientation disparities in preventable disease: A fundamental cause perspective. *Am J Public Health* 2016;106(6):1109-15.
- 12** Whittle S, Turner L, Combs R, Rhodes S. Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on Transgender Experience of Healthcare. Bruxelles: ILGA Europe, 2008. Available from: www.agnodice.ch/IMG/pdf/transgender_web.pdf
- 13**** Zeeman L, Sherriff N, Browne K, McGlynn N, Miranda M, Gios L, et al. A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *Eur J Public Health* 2019;29(5):974-80.
- 14** Blondeel K, Say L, Chou D, Toskin I, Khosla R, Scolaro E, et al. Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *Int J Equity Health* 2016;15:16.
- 15*** Béziane C, Anex E, Le Pogam MA, Künzle M. La santé des femmes* qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF) 2019: rapport préliminaire. 2020. Available from: <https://info-fouffe.ch/wp-content/uploads/2020/11/Rapport-preliminaire-denquete.pdf>
- 16** Meads C, Martin A. A Systematic Review of Sexual Minority Women's Experiences of Health Care in the UK. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(17):3032.
- 17*** Lucia S, Stadelmann S, Amiguet M, Ribeaud D, Bize R. Enquêtes populationnelles sur la victimisation et la délinquance chez les jeunes dans les cantons de Vaud et Zurich. Les jeunes non-exclusivement hétérosexuel·le·s : populations davantage exposées? Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017. (Raisons de santé 279).
- 18**** FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. A long way to go for LGBTI equality. 2020.
- 19** Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003;129(5):674-97.
- 20** Frost DM, Lehavot K, Meyer IH. Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *J Behav Med* 2015;38(1):1-8.
- 21** Hatzembuehler ML, McLaughlin KA, Keyes KM, Hasin DS. The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: a prospective study. *Am J Public Health* 2010;100(3):452-9.
- 22*** Wang J, Hausermann M, Wydler H, Mohler-Kuo M, Weiss MG. Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: findings from 3 probability surveys. *J Psychiatr Res* 2012;46(8):980-6.
- 23** Schützmann K, Brinkmann L, Schacht M, Richter-Appelt H. Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex development. *Arch Sex Behav* 2009;38(1):16-33.
- 24** Van Lisdonk J. Living with Intersex/DSD: An Exploratory Study of the Social Situation of People with Intersex. The Hague: The Netherlands Institute of Social Research, 2014.
- 25** Clark TC, Lucassen MF, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *J Adolesc Health* 2014;55(1):93-9.
- 26*** Makadon HJ, Mayer KH, Potter J, Goldhammer H, Physicians ACo. The Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health. Second edition. ed2015.
- 27** Baral SD, Poteat T, Stromdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2013;13(3):214-22.
- 28** Chetcuti N, Beltzer N, Methy N, Laborde C, Velter A, Bajos N, et al. Preventive care's forgotten

women: Life course, sexuality, and sexual health among homo- sexually and bisexually active women in France. *J Sex Res* 2012;50(6):587-97.

29 Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet* 2016;388(10042):390-400.

30 Liao L-M, Hegarty P, Creighton S, Lundberg T, Roen K. Clitoral surgery on minors: an interview study with clinical experts of differences of sex development. *BMJ Open* 2019;9(6):1-7.

31* Davis G. *Contesting Intersex: The Dubious Diagnosis*. New York: New York University Press, 2015.

32 Springer A. Assessment of outcome in hypospadias surgery – a review. *Front Pediatr* 2014;2:2.

33 Hirvikoski T, Nordenström A, Wedell A, Ritzén M, Lajic S. Prenatal dexamethasone treatment of children at risk for congenital adrenal hyperplasia: The Swedish experience and standpoint. *J Clin Endocrinol Metab* 2012;97(6):1881-3.

34 Cools M, Nordenström A, Robeva R, Hall J, Westerveld P, Flück C, et al. Caring for individuals with a Difference of Sex Development (DSD): a consensus statement. *Nat Rev Endocrinol* 2018;14(7):415-29.

35 Alderson J, Madill A, Balen A. Fear of devaluation: Understanding the experience of intersexed women with androgen insensitivity syndrome. *Br J Health Psychol* 2004;9(1):81-100.

36 McNair RP, Hegarty K. Guidelines for the primary care of lesbian, gay, and bisexual people: a systematic review. *Ann Fam Med* 2010;8(6):533-41.

37 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.

38 Haider AH, Schneider EB, Kodadek LM, Adler RR, Ranjit A, Torain M, et al. Emergency department query for patient-centered approaches to sexual orientation and gender identity: The EQUALITY study. *JAMA Intern Med* 2017;177(6):819-28.

39 Maragh-Bass AC, Torain M, Adler R, Ranjit A, Schneider E, Shields RY, et al. Is it okay to ask: Transgender patient perspectives on sexual orientation and gender identity collection in healthcare. *Acad Emerg Med* 2017;24(6):655-67.

40 Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Heller K, Pecoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* 2011;141:w13178.

41 Angélick S. L'abord de la sexualité en consultation gynécologique. *Rev Med Suisse* 2017;13(554):590-3.

42 Utamsingh PD, Richman LS, Martin JL, Lattanner MR, Chaikind JR. Heteronormativity and practitioner-patient interaction. *Health Commun* 2015;31(5):566-74.

43 Beagan BL, Kumas-Tan Z. Approaches to diversity in family medicine: «I have always tried to be colour blind». *Can Fam Physician* 2009;55(8):e21-8.

44* Garcia Nuñez D, Jäger M. Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo- ou bisexuelles? *Forum Med Suisse* 2011;11(12):213-7.

45** Makadon HJ. Ending LGBT invisibility in health care: the first step in ensuring equitable care. *Cleve Clin J Med* 2011;78(4):220-4.

46 Snyder BK, Burack GD, Petrova A. LGBTQ Youth's Perceptions of Primary Care. *Clin Pediatr (Phila)* 2017;56(5):443-50.

47 Mayer KH, Bekker LG, Stall R, Grulich AE, Colfax G, Lama JR. Comprehensive clinical care for men who have sex with men: an integrated approach. *Lancet* 2012;380(9839):378-87.

48* Conn J, Gillam L, Conway G. Ethics in practice – Revealing the diagnosis of androgen insensitivity syndrome in adulthood. *BMJ (Clinical research)* 2005;331:628-30.

49 Roen K. *Intersex/DSD. The Palgrave Handbook of the Psychology of Sexuality and Gender*. London: Palgrave Macmillan; 2015. p. 183-97.

50 Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine. Attitude à adopter face aux variations du développement sexuel. *Prise de position no. 20/2012*. Berne: NEK-CNE; 2012.

51 Werlen M. Persönlichkeitsschutz des Kindes, höchstpersönliche Rechte und Grenzen elterlicher Sorge im Rahmen medizinischer Praxis. Das Beispiel von Varianten der Geschlechtsentwicklung und DSD. Berne: Stämpfli Verlag; 2014.

52* Lundberg T, Dønåsen I, Hegarty P, Roen K. Moving Intersex/DSD Rights and Care Forward: Lay Understandings of Common Dilemmas. *Journal of Social and Political Psychology* 2019;7(1). 53 MacKenzie D, Huntington A, Gilmour JA. The experiences of people with an intersex condi-

tion: a journey from silence to voice. *J Clin Nurs* 2009;18(12):1775-83.

54 Ernst MM, Liao LM, Baratz AB, Sandberg DE. Disorders of Sex Development/Intersex: Gaps in psychosocial care for children. *Pediatrics* 2018;142(2).

55 Cull ML, Simmonds M. Importance of support groups for intersex (disorders of sex development) patients, families and the medical profession. *Sex Dev* 2010;4(4-5):310-2.

56 Aegerter A. Intersex rights: from medical collaboration to human rights opposition. The

intersex movement from the « Consensus statement ». Sion: Université de Genève, 2020.

57 Charlebois J. Les sujets intersexes peuvent-ils (se) penser?. *Socio* 2017;9:143-62.

58 Society for Adolescent Health and Medicine. Recommendations for promoting the health and well-being of lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents: a position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. *J Adolesc Health* 2013;52(4):506-10.

59 Kwon P. Resilience in lesbian, gay, and bisexual indi-

viduals. *Pers Soc Psychol Rev* 2013;17(4):371-83.

60 Tshikung ON, Calmy A. Traitements antirétroviraux: utiles de la prévention au traitement de l'infection VIH. *Rev Med Suisse* 2016;12(500):97-102.

61 Tarr P, Boffi El Amari E, Haerry D, Fehr J, Calmy A. Prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP): une protection efficace. *Swiss Medical Forum* 2017;17(2627):579-82.

* à lire

** à lire absolument