

MÉMOIRE RÉALISÉ PAR ISABELLE GOSSELIN,  
PSYCHOLOGUE AU CHU SAINT-PIERRE, DANS LE CADRE  
DU MASTER EN ÉTUDES DE GENRE

L'étude exploratoire de terrain discutée émane d'un travail de recherche réalisé dans le cadre de l'obtention d'un Master de spécialisation en études de genre<sup>1</sup>. Cette étude s'inscrit dans le contexte du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Saint-Pierre, un hôpital public situé au cœur de Bruxelles. Le CHU Saint-Pierre offre des soins de qualité à tou.te.s les patient.e.s sans discrimination quelle que soit leur origine, leurs convictions philosophiques ou religieuses ou encore leur condition sociale. En tant que psychologue au sein du service hospitalier de dépistage du VIH et des autres IST du CHU Saint-Pierre, j'ai souhaité comprendre comment sont abordées les questions de genre et de sexualité par les professionnel.le.s de l'institution. Dans ma pratique de psychologue, je suis amenée à constater de nombreuses inégalités sociales de santé, en termes de classe, de race<sup>2</sup>, de statut sérologique, de genre et de sexualité. Ma pratique de terrain au sein du CHU Saint-Pierre, un hôpital public qui doit accueillir tout le monde sans distinction, a révélé de nombreuses questions à investiguer : comment les soignant.e.s intègrent-ils.elles les diversités dans leur pratique clinique ? Est-il nécessaire de visibiliser et de cibler un certain public minorisé au sein de l'hôpital ? L'ensemble du personnel soignant est-il inclusif ? Comment la neutralité des soignant.e.s protège-t-elle ou affecte-t-elle les patient.e.s ? Les rencontres avec les patient.e.s dans la clinique psychothérapeutique sont venues questionner ma manière de travailler, de me positionner mais également le fonctionnement systémique de l'institution. Cette étude s'inscrit dès lors dans le cadre d'un projet institutionnel, porté par la direction médicale de l'hôpital, visant d'une part à proposer un état des lieux sur les attitudes et croyances des professionnel.le.s de l'institution à l'égard des personnes

---

<sup>1</sup> Isabelle Gosselin, « Queeriser l'hôpital public ? une clinique SOGIE en CHU », mémoire de Master de spécialisation études de genre sous la direction de Charlotte Pezeril, UCLouvain, ULB, ULiège, UMon, USL-B, UNamur, 2021.

<sup>2</sup> Race est utilisé ici dans le sens sociologique, faisant référence aux rapports sociaux et aux oppressions qui en découlent ; nullement dans un sens biologique.

LGBT+<sup>3</sup> et d'autre part à penser la mise en place d'un service spécifique favorisant l'accès aux soins de santé pour les personnes en minorité en termes de genre et de sexualité, soit une clinique dite SOGIE (Orientation Sexuelle, Identité et Expression de Genre).

### **Inégalités sociales de santé : race, classe, sexe, genre et intersectionnalité**

Notre étude concerne les inégalités sociales de santé à l'égard des minorités de genre et de sexualité, qui sont à articuler avec les inégalités en soins de santé à l'égard des personnes racisées ou de classes socialement défavorisées (Marmot, 2003<sup>4</sup> ; Cognet, 2020). En effet, nous savons que les traitements peuvent être différenciés selon la classe sociale, l'origine ethnique et culturelle (Prud'Homme, 2016.) Les préjugés concernant les patient.e.s de classe socio-économiques basse et les préjugés raciaux que subissent les personnes racisées, notamment dans les institutions de soins de santé, engendrent pour toutes ces personnes un stress chronique ayant des conséquences sur leur qualité de vie, leur espérance de vie et freinent l'accès aux soins (Carde, 2008, Brun, 2020). La grille de lecture intersectionnelle (Chamberland, Lebreton, 2012 ; Pezeril, 2019 ; Carde, 2021) dans les soins de santé permet de reconnaître et d'analyser les obstacles qui font barrage à l'égalité des traitements et les processus de stigmatisations et de discriminations croisées ou qui se co-produisent.

Notre étude exploratoire de terrain concerne les discriminations en soins de santé à l'égard des personnes minorisées en termes de genre et de sexualité et plus particulièrement, les mécanismes d'oppression liés au genre et/ou aux sexualités, dont la cis-hétéronormativité est l'un des moteurs, sont à articuler avec ceux liés à la race et à la classe sociale. La cis-hétéronormativité désigne la croyance selon laquelle l'hétérosexualité est une forme de sexualité naturelle, normale, idéale. Toutes les autres formes de sexualités sont dévaluées, subordonnées (Rubin, 1984). Cette hiérarchisation des sexualités se traduit par des gestes et processus hétérosexistes (Fish, 2006<sup>5</sup>). Elle renvoie à la destinée complémentaire des hommes et des femmes, à l'homophobie qui garantit la domination des uns sur les autres, à l'étanchéité des

---

<sup>3</sup> LGBT+ lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres. La santé des personnes intersexes, queer, asexuelles n'a pas été clairement prise en compte dans notre enquête, nous avons préféré parler de « diversité des minorités de genres et de sexualités », la littérature abondante concerne plus précisément les personnes LGBT.

<sup>4</sup> citée par Carde E. 2021

<sup>5</sup> cité par Charlebois, 2011

catégories masculines et féminines (Welzer-Lang, 1994<sup>6</sup>). Elle révèle les injustices commises à l'égard des personnes LGBT+ dans les interstices de la vie quotidienne, dans les gestes et allusions subtiles habituelles qui dévalorisent leur identité de genre et leur vie amoureuse et sexuelle. Selon Charlebois (2011), la hiérarchie des orientations sexuelles est sous-tendue par des dimensions structurelle, idéologique, politique et institutionnelle.

### **Stress minoritaire / intra minoritaire et santé LGBT+**

Pour les LGBT+, la cis-hétéronormativité engendre un stress chronique comme l'illustrent le modèle du stress minoritaire (Meyer, 1995) et celui du stress intra-minoritaire (Pachankis, 2015). L'homophobie intériorisée, le stigma, les expériences de discrimination et de violence provoquent cet état de stress et par conséquent des comportements d'évitement, d'effacement et d'appréhension de gestes et attitudes lgbtphobes et cis-hétéronormés en vie quotidienne.

Le nombre d'études qui démontrent les besoins spécifiques en santé des personnes LGBT+ s'accroît (Goodenow, 2008; Chamberland, 2010 ; Saewyc, 2011; Alessandrin, 2020) Elles rendent compte d'un retard dans l'accès aux soins, de traitements parfois inadaptés, d'un manque de formation et de connaissances en santé LGBT+ chez les professionnel.le.s de la santé. De manière générale et commune à chaque sous-minorités, les troubles de santé mentale sont plus importants dans les communautés LGBT+ que dans la population hétérosexuelle et cis-genre, comme l'indique clairement le rapport publié par la commission européenne en juin 2017, « Health4LGBTI ». Des taux plus élevés de dépression, anxiété, idées suicidaires, tentatives de suicide, auto-mutilation et troubles alimentaires (Van Heeringen, 2000 ; Chartrain, 2013). La consommation de substances (alcool, tabac, drogues, médicaments psychotropes) est majorée dans la population LGBT+ de même que les comportements à risque (Saewyc, 2011 ; Ouafik, 2019). Notons également des retentissements de ces besoins spécifiques en santé somatique, l'appréhension à consulter mène par exemple les patient.e.s à retarder les consultations de dépistage du cancer (utérus, côlon) (Alessandrin et Meidani, 2020).

Plus précisément, en ce qui concerne la santé des lesbiennes, des bisexuelles et des femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF), elles sont dix fois plus

---

<sup>6</sup> cité par Faïsse C., 2016

enclines au tabagisme que leurs paires hétérosexuelles ou que les hommes gays (Saewyc, 2011). Chez les jeunes FSF, on rapporte des taux plus élevés de grossesse précoce. Elles ont quatre fois plus de risque que les femmes hétérosexuelles de contracter une infection sexuellement transmissible à l'exception du VIH. Elles présentent des risques plus élevés de développer de l'obésité, un surpoids, des maladies chroniques (hypertension, cholestérol, etc.) et de l'asthme que les femmes hétérosexuelles (Bowen, 2008 ; Observatoire du Sida et des Sexualités, bibliographie santé sexuelle des FSF, 2018). Enfin, elles sont plus à risque de subir de la violence dans leurs rapports sexuels avec des partenaires masculins (quand elles en ont), et ce en raison du sexisme visant à sanctionner les femmes qui ne respectent pas les codes d'une société hétéro-patriarcale (Goodenow et al., 2008).

En ce qui concerne la santé des hommes gays, bisexuels et les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH), dans la population belge, le VIH et les IST touchent de manière disproportionnée les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (Plateforme Prévention SIDA, 2019<sup>7</sup>). Ils sont plus à risque de présenter un cancer du côlon ou de la prostate (Alessandrin et Meidani, 2020) et présentent dix fois plus de troubles du comportement alimentaire (anorexie) que leurs pairs hétérosexuels (Kaminski, 2005).

Les personnes trans\* rencontrent les mêmes besoins spécifiques en santé que les FSF et les HSH mais de manière encore plus massive avec un risque accru de devoir faire face à de la précarité sociale (40% des personnes SDF aux États-Unis sont transgenres ; Chartrain, 2013), et d'avoir des pratiques sexuelles tarifées. Les tentatives de suicide sont extrêmement importantes (une personne sur deux selon une enquête américaine ; Chartrain, 2013), la prévalence d'infections au VIH chez les femmes transgenres dans cinq pays à revenus élevés sur une cohorte de seize pays où l'épidémie du VIH est prédominante atteint le taux de 21,3% (Baral, 2013).

Enfin, en France, une étude récente menée par Alessandrin et al. (2020) démontre l'appréhension des personnes LGBT+ à consulter des professionnel.le.s de la santé, 60% de leurs enquêtés disent se sentir « mal à l'aise » avec leur médecin généraliste et 40% d'entre eux.elles ne révèlent jamais leur orientation sexuelle ou identité de genre. Cette réalité du côté des patient.e.s rencontre celle des pratiques soignantes. Une

---

<sup>7</sup> <https://preventionsida.org/fr/>

enquête française (SOS Homophobie, 2015) rend compte de pratiques lesbophobes dans le contexte médical pour une femme lesbienne sur dix. De Olivera et coll. (2014) analysent dans les discours des soignant.e.s des propos et pratiques hétérosexistes à l'encontre des lesbiennes et bisexuelles en raison d'un manque de connaissance et de formation, et ce malgré une volonté de prodiguer des soins non discriminants et bienveillants. De plus, l'hétérosexualité des patient.e.s est présupposée comme le montrent McCann et Sharek en 2014, cela conduit les patient.e.s LGBT+ pour un tiers des répondant.e.s à leur enquête à ne pas parler de leur orientation sexuelle ou identité de genre. 70% des répondant.e.s estiment important en revanche que ces informations soient connues du personnel soignant pour bénéficier d'une prise en charge psychomédico-sociale adaptée. Galdeano (2021) a montré que l'intégration des questions de genre et de sexualité dans les contenus de formations des infirmier.ère.s pouvait s'avérer très utile et soutenante, permet de développer une meilleure conscience professionnelle, une meilleure confiance en soi et en leurs aptitudes. Paradiso et Lally (2018) rendent compte de l'inconfort des soignant.e.s à aborder des questions telles que la transidentité et se sentent dépourvu.e.s d'outils adéquats. Le faible sentiment de compétence des professionnel.le.s de la santé engendre un sentiment de peur, la crainte de poser un mauvais diagnostic clinique ou de manquer de respect envers les personnes transgenres.

Sur base de ces différents constats : les difficultés liées à l'accès aux soins, la discrimination dans les soins de santé, le manque de formation des professionnel.le.s aux besoins spécifiques des personnes issues des minorités et l'absence de prise en considération des questions intersectionnelles dans les pratiques cliniques ; notre étude vise à comprendre les résistances et également explorer les leviers des professionnel.le.s de l'institution CHU Saint-Pierre sur l'intégration des diversités de genre et de sexualités dans leurs pratiques. Le but est de comprendre quels sont les facteurs qui déterminent une pratique de soins cis-hétéronormée, comment la formation et l'expertise en matière de genre et de sexualité peut influencer les pratiques de soins et les améliorer.

Notre position nous situe depuis l'intérieur de l'institution comme professionnelle de la santé mentale, mais également de la communauté LGBT+, et comme porteuse d'un projet novateur pour l'institution. Cette étude exploratoire est une étude mixte, à la fois quantitative et qualitative, analysée au travers de ces trois prismes : professionnel,

personnel et institutionnel. Les données quantitatives ont été récoltées de janvier à mars 2021 et qualitatives de février à mars 2021.

## **VOLET QUANTITATIF**

L'enquête quantitative a été diffusée via l'intranet de l'hôpital par l'envoi d'un questionnaire s'adressant à tout membre de l'institution, qu'il/elle soit soignant.e ou non. Les questions adressées aux membres de l'institution concernaient : les connaissances réelles et perçues des soignant.e.s en matière de santé LGBT+, les facteurs prédictifs d'hétéronormativité et l'inclusion des questions de genres et de sexualités dans la pratique clinique. Nous avons recueilli un total de 187 réponses, 75% (n=144) sont des femmes ; près de 50% (n=92) sont paramédicaux ou médecins, 25% (n=47) sont infirmier.ère.s et près de 26% (n=48) sont non soignants (administration, communication, accueil).

### **1) Connaissances réelles et perçues des soignant.e.s en matière de santé LGBT+**

Nous avons demandé aux répondant.e.s d'évaluer leurs connaissances en matière de santé LGBT+. Plus de 54% (n=100) des répondant.e.s expriment avoir de très bonnes connaissances, voire de parfaites connaissances sur ces questions. Néanmoins, à l'examen, on constate une importante disparité entre la perception de leurs connaissances et leurs réponses au questionnaire d'évaluation des connaissances en santé LGBT+<sup>8</sup>. Il est particulièrement intéressant de noter que ce sont les questions liées aux femmes lesbiennes, bisexuelles, FSF ainsi que les questions concernant la transidentité qui génèrent le plus d'erreurs dans les réponses. Les connaissances concernant les HSH sont relativement bonnes dès lors qu'elles concernent le VIH et IST ainsi que les connaissances en termes de santé mentale dans toute la population LGBT+.

### **2) Facteurs prédictifs d'hétéronormativité**

Il en ressort que le degré d'hétéronormativité varie en fonction du genre (les hommes cis étant plus hétéronormatifs), de la sexualité (les personnes hétérosexuelles étant les plus hétéronormées), d'une interaction entre genre et sexualité (les hommes cis

---

<sup>8</sup> Évaluation des connaissances des soignant.e.s et de leur expérience de soins à partir d'un questionnaire élaboré par Mathilde Guermonprez (2019) dans son mémoire de fin d'étude. Des items spécifiques pour les personnes trans\* de même que des questions sur le verbatim utilisé par les soignant.e.s, leurs connaissances en matière de santé en référence aux données issues de la littérature scientifique ont été ajoutés.

hétérosexuels étant les plus hétéronormés, les femmes lesbiennes ou bisexuelles ayant les scores les plus bas d'hétéronormativité), de la croyance (les personnes croyantes ont des scores plus élevés sur l'échelle d'hétéronormativité conformément à l'enquête « mesures d'attitude face au sexisme, à l'homophobie et à la transphobie »<sup>9</sup>). L'âge, la profession, la nationalité n'ont pas d'effet sur le degré d'hétéronormativité. On observe que moins les professionnel.le.s sont en contact avec des personnes LGBT+, soit dans leur vie privée (le degré de familiarité), soit dans leur vie professionnelle (l'expertise), plus ils obtiennent des scores d'hétéronormativité élevés.

### 3) Inclusion des questions de genres et de sexualités dans la pratique clinique

Il est intéressant de constater que la majorité des répondant.e.s issu.e.s du personnel soignant (n =131), conformément aux données issues de la littérature, n'interroge pas les patient.e.s sur leur identité de genre (soit 90% , n = 120) ni sur leur sexualité (soit 74%, n = 98). Ils.elles trouvent d'ailleurs que cela n'a pas d'importance, n'est pas utile. Ces données renvoient au biais hétéronormé dans les soins qui consiste à lutter pour une prétendue neutralité dans les soins et rejeter les spécificités liées à la condition minoritaire des personnes non hétérosexuelles, à savoir le « sexual orientation blindness » (Moleiro, 2015). Selon les répondant.e.s, des questions ouvertes leur ont permis d'expliquer leur point de vue. Ils/elles considèrent que ces informations ne sont soit pas nécessaires pour exercer leur profession, soit, les patient.e.s l'annoncent d'elle.eux-mêmes, comme l'illustrent certains commentaires libres dans le questionnaire : « pour moi toute sexualité est égale et donc je ne fais pas de distinction. De plus, ça ne me sert à rien dans ma pratique de connaître l'orientation sexuelle de mon patient.» Seules les personnes qui travaillent dans des services spécifiques, en lien avec la sexualité<sup>10</sup>, affirment au travers de leurs commentaires libres, la nécessité de connaître et d'interroger le genre et la sexualité des patient.e.s. «Travaillant en infectiologie, cela peut permettre un travail de prévention plus "ciblé" »; «Étant gynécologue, nous sommes parfois amenés à discuter de pratiques sexuelles diverses, de contraception, d'intimité, pour comprendre les plaintes/besoins/demandes de nos patientes.» Globalement, l'ensemble des réponses au questionnaire quantitatif révèle certains gestes et attitudes cis-hétéronormatifs

---

<sup>9</sup> Myrte Dierckx, Joz Motmans et Petra Meier, Rapport *Beyond the box*, Université d'Anvers, 2014

<sup>10</sup> Par services spécifiques, nous entendons, les services des maladies infectieuses, de fertilité/PMA, le Centre de Prise en Charge des Violences Sexuelles, la gynécologie.

décrits par Fish (2006), à savoir : le présupposé de l'hétérosexualité, l'appel à l'assimilation au groupe majoritaire, la division entre vie privée et vie publique.

## **VOLET QUALITATIF**

Ces résultats visent à enrichir l'enquête quantitative. Nous avons interviewé 19 personnes au total, certaines ont répondu directement à notre invitation à participer à un entretien de recherche sur la mise en place d'un service spécifique LGBT+ au sein de l'institution et sur l'inclusion des questions de genre et de sexualité dans les pratiques professionnelles des répondant.e.s. Sur les 19 personnes contactées, 7 collègues proches ou éloigné.e.s ont répondu ; 12 ont répondu suite à l'invitation qui faisait suite au questionnaire quantitatif. Les entretiens ont été réalisés à l'hôpital, pendant les heures de travail, dans les services respectifs des répondant.e.s. Nous avons pu rencontrer des psychologues (n = 4), des médecins psychiatres (n=2), un.e gynécologue (n=1), un.e infectiologue et un.e médecin généraliste du service des maladies infectieuses (n=2), une personne accueillante (n=1), des non soignantes (n=3), des assistantes sociales (n=2) et un.e infirmier.e (n=1), des sage-femmes (n=2), un.e ergothérapeute (n=1). Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participant.es. Ceux-ci ont été intégralement retranscrits et anonymisés.

L'approche qualitative adoptée est inductive, ancrée sur le terrain (Grounded theory). Cette approche méthodologique a permis de faire émerger différentes thématiques qui ont pu être mises en discussion durant une heure d'entretien : la prise en charge des patient.e.s LGBT+, le sentiment de compétence pour la prise en charge des patient.e.s LGBT+, l'intégration des soignant.e.s LGBT+ dans les équipes de soins, l'intérêt d'une clinique inclusive SOGIE et la position politique de l'institution et mécanismes d'oppression.

### **1) Prise en charge des patient.e.s LGBT+**

Une différence est observée suivant le fait ; que les personnes soient familières ou non avec un public LGBT+, que les personnes questionnent le poids de la norme, notamment dans le discours et le verbatim utilisé, comme ce médecin nous l'a expliqué : " je pense que nommer les choses c'est aussi permettre à l'esprit, au cerveau humain de les conceptualiser. Quand il n'y a pas de mot pour désigner quelque chose, on a des difficultés à se représenter je pense qu'apprendre à désigner correctement par un mot dont on connaît la signification, c'est permettre à une certaine identité d'exister



et de se la représenter mentalement.” Nommer différentes sexualités ou identités de genre dans une consultation permet, selon lui, de rendre compte de différentes réalités et de les accueillir au sein d’une consultation. D’autres personnes, plus familières avec le public LGBT+, rapportent le poids de l’hétéronormativité dans les discours et la difficulté de s’en défaire. “On est encore actuellement dans des démarches de soins où les questions sont encore très hétéro-cis-centrées où les questions dans les anamnèses de base sont euh... la façon dont on va recevoir un patient est basée sur ce modèle !” De même, l’hôpital étant un lieu majoritairement féminin, l’un des répondants qui travaille dans le service technique, comme ingénieur sensibilisé aux inégalités et discriminations, nous livre son questionnement sur le caractère systémique et genré de l’hétéronormativité et son impact dans les soins de santé. Que ce soit envers les patient.e.s ou entre membres du personnel, dès lors qu’il est question de sexualités ou genre différents, cela suscite des blagues voire des propos injurieux selon différent.e.s répondant.e.s. Malgré le fait que certains services affichent leur ouverture à l’égard des publics minorisés en termes de genre et de sexualité, les patient.e.s peinent à franchir les murs de l’institution. Cette médecin travaille dans un service spécifique, elle observe des comportements et attitudes de la part de professionnel.le.s qui peuvent engendrer un sentiment d’insécurité chez les patient.e.s : “je pense que c’est plutôt des patients qui, dans certaines circonstances se sentent mal accueillis. Ça veut pas dire, je veux dire, c’est dans un ressenti, c’est dans la manière d’être traité, ce sont pas des propos homophobes, c’est simplement dans la manière d’être pris en charge [...comme par exemple ?] pas beaucoup parler, pas beaucoup donner d’explications, être un peu rude dans la manière d’agir.”

Parmi les répondant.e.s, certain.e.s pourtant familier.es avec les questions LGBT+, expriment avec sincérité, dès lors qu’il s’agit de transidentité, leur inconfort, leur difficulté à modifier leurs schémas de pensée, leurs représentations stéréotypées et binaires malgré une volonté de les remettre en question comme cette gynécologue à propos de traitement de fertilité (PMA) avec une personne transgenre. “Alors moi, parler de stimulation ovarienne, de prélèvement d’ovocytes chez « Monsieur », ça n’est pas possible ! Parce que techniquement, on ne prend pas des œufs chez Monsieur ! [...] On n’explique pas une FIV à un homme ! C’est parce qu’on a des automatismes hein !” Lorsque les personnes sont peu sensibilisées au public LGBT+, le discours utilisé est parfois empreint de stéréotypes et renvoie à une pathologisation des pratiques sexuelles non hétéronormées; la binarité des identités y est considérée comme

rassurante, comme nous le livre cette psychologue : “c’est quand même plus facile il me semble pour beaucoup de gens, de savoir : c’est « il » ou c’est « elle » qu’il faut dire.”

## **2) Sentiment de compétence pour la prise en charge des patient.e.s LGBT+**

Acquérir un sentiment de compétence paraît très clairement en lien avec la pratique spécifique des soignant.e.s. C’est au contact des patient.e.s que leur pratique clinique s’est modifiée et c’est en équipe que l’accueil et les soins inclusifs peuvent avoir lieu. En service de fertilité/PMA, la longue expérience avec les couples homosexuel.le.s a favorisé dans l’équipe, une meilleure intégration des questions de genre et de sexualité : “Presque toute l’équipe prend en charge ça depuis le départ. [C’est l’expérience ?] Voilà! [...] Je dis toujours quand je remonte dans mes souvenirs, moi j’avais pas d’idées sur l’homoparentalité, j’avais pas de situations dans mon entourage proche, j’avais pas un avis très tranché et puis en fait quand on rencontre au début dans les consultations, c’est une évidence que bah oui, on voit pas comment on pourrait ne pas accéder à ce type de demande. Je trouve que c’est des patients qui nous convainquent que c’est une évidence. » Cette médecin traduit l’importance de l’expérience de terrain pour améliorer ses connaissances, compétences professionnelles. La formation n’apparaît donc pas suffisante, c’est au contact des patients, en écoutant leur savoir, que les professionnel.le.s de la santé peuvent augmenter leur qualité de clinicien.ne.

Plusieurs répondant.e.s ont exprimé le manque de formation. Cette lacune constitue un frein, une résistance à l’inclusion des questions de genre et de sexualité par ces professionnel.le.s de la santé comme le souligne cette psychologue : “Avoir une certaine expertise est super relevant, ça met les patients à l’aise [... et quand il n’y a pas cette expertise?] Je pense que la conversation sera plus vite finie. Alors que quelqu’un qui est vraiment on va dire expert dans le thème va pouvoir explorer plein de choses [...] C’est pas quelque chose qu’on inclut très fort dans notre travail ici quand je pense aux questions de genre [...] C’est pas quelque chose que je demande c’est vrai” Certain.e.s expriment leur crainte à ouvrir la parole sur les questions de transidentité, la peur de “mal faire”, de heurter, de blesser l’autre. “Ces questions de transgenre, d’identité sexuelle, je trouve ça tellement impressionnant.” “Au niveau du changement de sexe, je me sens comme ça, je me sens tremblante.” La formation étant la clé pour favoriser une pratique inclusive, elle devrait selon certain.e.s participant.e.s à

l'enquête être davantage adaptée aux pratiques professionnelles, promue et instituée dans l'institution. Cette infirmière-coordinatrice en témoigne : "C'est toujours compliqué entre ce qui est proposé comme formation et ce qu'on a vraiment besoin comme formation dans la pratique." Lorsque les personnes se sentent peu confortables, notamment avec les questions liées à la transidentité par exemple, elles ont rapidement tendance à référer les patient.e.s vers des collègues identifiés comme « expert.e.s ». Cette infirmière sociale a bénéficié de plusieurs formations, notamment celles dispensées par la fédération laïque des planning familiaux sur la santé des personnes LGBT+. Elle nous dit recevoir régulièrement de la part de ses collègues « sociales » des demandes de suivi, conseils, pour des patient.e.s LGBT+ ou ayant subi des violences sexuelles, avec lesquelles ses collègues éprouvent des difficultés à exercer leur métier : "les violences sexuelles c'est trop touchy, les gens ne se sentent pas à l'aise, les violences sexuelles plus LGBTQI+ : là on va m'appeler [...] Parce que j'ai suivi la formation pour les violences sexuelles, que j'ai fait une formation LGBTQI+ et que je fais aussi une spécialisation en études de genre".

### **3) Intégration des soignant.e.s LGBT+ dans les équipes de soins**

Certain.e.s répondant.e.s, issu.e.s des minorités de genre et de sexualité (n = 5)) nous ont fait part de leurs difficultés à se rendre visibles au sein de l'institution. Certaines équipes ne seraient pas toujours inclusives. Comme le dit cette collègue à propos du vécu de son homosexualité dans une équipe : "c'est une des raisons pour laquelle je suis partie, je ne me sentais pas à ma place, je ne me sentais pas accueillie et je sentais que je devais avoir trop de prudence avec ce que je disais". Il faudrait que les minorités de genre et de sexualité soient visibles, soutenues institutionnellement, de sorte à permettre aux professionnel.le.s concerné.e.s de se sentir en sécurité dans toute l'institution, qu'ils et elles n'aient plus à « devoir faire attention » à correspondre à la cis-hétéronorme. . La question qui en résulte est de savoir quelle importance cela peut-il avoir pour les professionnel.le.s et pour les patient.e.s? Faut-il des personnes out parmi les soignant.e.s pour garantir une meilleure prise en charge? Cette assistante sociale oriente parfois des personnes LGBT+ vers des professionnel.le.s issu.e.s des mêmes minorités : "de jeunes gays qui sont un peu en difficulté par rapport à leur diagnostic, ils sont un peu perdus et c'est sûr qu'ils sont très à l'aise avec lui parce que c'est un médecin dans la même communauté." Faut-il des personnes visibles en tant que minorité pour que les équipes parviennent à remettre en question

l'hétéronormativité systémique et améliorer la qualité des prises en charge ? Selon certain.es, oui : “on a un staff très hétérogène au niveau de la sexualité tu vois, je veux dire euh donc y’a quelque-chose qui est déjà tout à fait libéré je trouve dans « on a le droit d’aimer qui on veut, on fait des bébés ensemble », enfin tu vois ce que je veux dire : du même sexe, enfin c’est quelque chose d’assez... C’est pas tabou, c’est très fluide avec ça ! Juste pour te dire parce-que on doit beaucoup lutter contre les pensées très figées.” “La présence de personnes LGBT dans une équipe peut amener différents éléments de réflexion ou même au-delà des LGBT, des différentes pratiques sexuelles ou de pratiques de drogue.” Au-delà des questions de genre et de sexualités, la répondante suivante interroge la diversité de race et de classes au sein des équipes “sans ghettoïser le centre mais je trouve qu’on devrait vraiment faire un effort de ... race, de genre [...] j’aimerais bien être entourée de ces gens-là et justement discuter de situations qui me sont moins connues et demander des conseils de comment est-ce qu’ils abordent telle ou telle personne.” Néanmoins, des résistances apparaissent aussi dans les discours des professionnel.le.s, témoignant de la violence de certain.e.s patient.e.s, supposant que certaines communautés religieuses seraient moins ouvertes ou tolérantes. Cette médiatrice évoque le caractère homophobe de propos tenus par un patient lorsque la réponse du médecin ne rencontrait pas ses attentes: “la réponse ne lui convenait pas, il s’est mis en colère, il s’est frustré et a commencé à tenir des propos du genre, « de toutes façons, c’est un homosexuel, c’est tous des pédés, il m’a fait des propositions et moi je ne suis pas de ce bord-là ». Des propos durs et puis il a menacé de s’en prendre à ce médecin.” Il faudrait dès lors que l’institution garantisse la sécurité de toutes et tous, patient.e.s et professionnel.le.s. Malgré cela, des répondant.e.s soulignent le prosélytisme qui pourrait en découdre et craignent que visibiliser la communauté LGBT+ ne participe à sa stigmatisation : “doit-on faire la publicité du fait qu’on a du personnel qui fait partie de cette minorité ou est-ce qu’en fait, ils sont là et c’est normal ? Est-ce que finalement l’intégration des minorités, ce n’est pas juste qu’ils soient là parce qu’ils sont compétents sans devoir en faire de la publicité ? On s’en fiche qu’il soit homosexuel, ou d’une autre couleur de peau, ou d’une certaine religion. En fait, ils sont là parce qu’ils sont compétents et c’est tout ce qu’on demande.” Les réponses oscillent donc entre la crainte de choquer un certain public, de stigmatiser des personnes, de faire la “publicité” des lgbt+ et l’intérêt de visibiliser et d’inclure les questions de genre et de sexualité tant que cela sera nécessaire pour améliorer la qualité des soins de santé.

#### **4) Intérêt d'une clinique inclusive SOGIE**

“Si il faut faire du spécifique pour que ça devienne aspécifique, ben c’est très bien.” Ce propos résume assez bien les différentes positions cette tension évoquée ci-dessus. Le désarroi des professionnel.le.s face au constat de leur sentiment d'incompétence, face à l'idée d'ouvrir une clinique spécifique pour lutter contre les discriminations, que cela soit “encore nécessaire aujourd'hui”. La plupart des répondant.e.s comprend l'intérêt d'un tel service pour les questions de transidentités, mais pas pour les questions de sexualités. Cela rencontre leurs appréhensions à travailler avec des personnes transgenres, non binaires, une telle clinique qualifiée d'experte en la matière permettrait aux professionnel.le.s mis en difficulté sur ces questions de référer leurs patient.e.s vers un service spécifique. Par ailleurs, rapidement la résistance au militantisme fait surface. Il ne faudrait pas que l'institution devienne trop radicale, virulente, extrémiste : “c’est fatigant et finalement pour moi, ça travaille à l’envers du truc. Il faut être attentif à ça dans l’hôpital, à ne pas être trop dans la militance [...] L’hôpital, je pense doit rester ce lieu là, pas un lieu où on s’affronte, je veux dire c’est un lieu où on partage, on échange, les bonnes manières de faire.” Cela signifie-t-il qu’une clinique SOGIE, un service qui adopte une position mineure au sens sociologique du terme, une position en marge de l'institution, où les mécanismes d'oppression sont questionnés, visibilisés, pourrait déstabiliser l'édifice hospitalier ? Si tel était le cas, ne pourrait-on pas maintenir l'équilibre de l'institution favorisant davantage la formation à l'ensemble du personnel ? Cela permettrait de ne plus perdre de temps dans la prise en charge et éviterait peut-être la genèse du sentiment d'incompétence inhérent au manque de formation ? Ne pourrait-on pas mieux collaborer avec les réseaux de professionnel.le.s déjà mis en place par le secteur associatif (Ex-aequo ; Go to Gyneco ; Genres Pluriels) ?

#### **5) Position politique de l'institution et mécanismes d'oppression**

Les différents entretiens réalisés ont permis de soulever des questions plus politiques, notamment en ce qui concerne le concept de neutralité des soignant.e.s. Lors des entretiens d'embauches, quelles questions éthiques peuvent ou non être posées au risque d'être discriminant.e. ? Ce médecin interroge la possibilité d'interroger les futur.e.s candidat.e.s professionnel.le.s sur leur rapport à la diversité des genres et des sexualités : “quand on fait un recrutement on doit se baser sur le CV de la personne,

son expérience professionnelle et sur la qualité du contact qu'on a avec elle au cours de l'entretien. C'est une question qui serait plus d'ordre politique qui pourrait être considérée comme discriminatoire.“ “Il est évident que si devait s'ouvrir une clinique LGBT oui, alors là la question pourrait se poser, parce que ça fait vraiment partie des compétences professionnelles.” Prendre soin, de manière inclusive et intersectionnelle, devient dès lors un acte politique parce que non-neutre, positionné, situé, comme le souligne ce même médecin. “ il serait important d'informer toute personne qu'on recruterait que effectivement dans l'hypothèse où ça se mettrait en place à [l'hôpital] il existe une clinique qui est dédiée à ça et que par exemple dans un recrutement de psychologue peut-être qu'à un moment donné elles seront amenées à devoir participer ou donner un coup de main on ne sait jamais, en tout cas signaler que cette clinique existe et que l'hôpital a un positionnement par rapport à cette question-là.”

Pour conclure, notre étude exploratoire de terrain a permis de rendre compte des données issues de la littérature telles que le manque de formation des professionnel.le.s de la santé et ses conséquences dans l'accès aux soins de santé, plus spécifiquement pour les personnes transgenres et FSF. Notre enquête a également soulevé la question de la cis-hétéronormativité comme quelque chose qui peut être à la fois rassurant, sécurisant, à la fois stigmatisant et discriminant. Il semble donc bien complexe de penser les soins de manière plus inclusive. Proposer une clinique SOGIE à l'hôpital pourrait rendre visible la présence de spécificités de santé des groupes minorisés, améliorer l'accès et la qualité de soins mais pourrait également stigmatiser, pathologiser voire détourner la fonction de neutralité de l'institution. Un tel service spécifique mènerait l'institution à prendre une position qui peut être qualifiée de “non-neutre”. Ce serait une manière de permettre à l'institution de questionner ses pratiques et les mécanismes d'oppression à l'œuvre dans les soins de santé. Si les résistances des professionnel.le.s nous ont parfois heurtées, avec le recul, elles paraissent légitimes et nous conduisent à nous interroger davantage sur ce projet. Il apparaît que les professionnel.le.s sont disposé.e.s à bénéficier de formations, de discussions, de partages d'expériences. Aujourd'hui, des formations existent telles celle dispensée par la Fédération Laïque des Centre de Plannings Familiaux (FLCPF) qui propose aux professionnel.le.s des plannings un axe LGBTQI+ en partenariat avec

diverses associations communautaires et avec l'Observatoire du sida et des Sexualités<sup>11</sup>. Certaines associations dispensent leur formation dans les auditoriums universitaires en médecine (comme Go To Gyneco), d'autres se rendent sur le terrain (notamment Ex Aequo à propos du Chemsex). La FLCPF propose de plus un groupe de supervision spécifique des questions liées à la santé des LGBTQI+. Ces moments d'échanges, auxquels nous participons, sont particulièrement riches car ils bénéficient d'un espace sécurisé et d'une écoute attentive et ouvertes à la remise en question de la part de tou.te.s les participant.e.s. De notre enquête, il apparaît précisément la nécessité de fournir un cadre sécurisant aux professionnel.le.s pour accueillir leurs doutes et questionnements sur ces questions, pour leur permettre de s'ouvrir à la diversité mais aussi pour s'autoriser une certaine visibilité lorsque qu'il.elles font partie des minorités de genre et de sexualité.

Aujourd'hui, les revendications du secteur associatif concernent l'ouverture d'une maison de santé sexuelle, hors contexte hospitalier, au centre-ville. Dès lors, faut-il instituer un service spécifique au sein de l'institution hospitalière au risque de déforer le financement et la mise en place d'une maison de santé sexuelle, laquelle serait initiée et construite à partir du savoir des patient.e.s, des personnes concernées ? Instituer la formation, des temps de supervisions et la garantie de soins inclusifs dans toute l'institution ; proposer une réelle collaboration avec les associations communautaires, voire disposer d'une antenne au sein de l'institution ou des permanences spécifiques ; développer un réseau interne de professionnel.le.s intéressé.e.s par la question de la diversité de genre et de sexualité et formé.e.s aux questions de santé spécifiques ; visibiliser la position de l'institution sur son ouverture et son accueil non discriminant à l'égard des genres et des sexualités différentes semblent compatibles avec les projets menés par les associations et avec les attentes de nos répondant.e.s.

---

<sup>11</sup> <https://www.planningfamilial.net/thematiques/lgbtqi/>

## BIBLIOGRAPHIE

- ALESSANDRIN, Arnaud & A. MEIDANI. (2020). Cancers, minorités de genre et de sexualité : un nouvel élément de mesure dans la santé des LGBTI ?. Dans : Anastasia Meidani éd., Masculinités et féminités face au cancer: Expériences cancéreuses et interactions soignantes (pp. 161-178). Toulouse, France: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.meida.2020.01.0161>"
- BARAL, Stefan, T. POTEAT, S. STRÖMDAHL, A. WIRTZ, T. GUADAMUZ, & C. BEYRER. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(3), 214–222. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8)
- BOWEN, Deborah, K. BALSAM, & S. ENDER. (2008). A Review of Obesity Issues in Sexual Minority Women. *Obesity* (Silver Spring, Md.), 16(2), 221–228. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.34>
- BRUN, Solène, P. Simon. (2020) L'invisibilité des minorités dans les chiffres du Coronavirus : le détour par la Seine-Saint-Denis. De facto, Dossier : Inégalités ethnoraciales et pandémie de coronavirus, pp.68-78. fhal-02887933
- CARDE, Estelle (2008) « Dossier n° 12 – Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », Bulletin Amades [En ligne], 74 | 2008, mis en ligne le 01 juin 2009. URL : <http://journals.openedition.org/amades/496> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.496>
- CARDE, Estelle. (2021). Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité. *Sciences sociales et santé*, 1(1), 5-30. <https://doi.org/10.1684/sss.2021.0189>
- CHAMBERLAND, Line. & C. LEBRETON. (2012). Réflexions autour de la notion d'homophobie : succès politique, malaises conceptuels et application empirique. *Nouvelles Questions Féministes*, 1(1), 27- 43. <https://doi.org/10.3917/nqf.311.0027>
- CHARLEBOIS, Bastien J. (2011). Au-delà de la phobie de l'homo : quand le concept d'homophobie porte ombrage à la lutte contre l'hétérosexisme et l'hétéronormativité. *Reflets* (Sudbury), 17(1), 112–149. <https://doi.org/10.7202/1005235ar>
- CHARTRAIN, Cécile. (2013). Protéger, prendre en charge et accompagner les jeunes LGBT. *Cahiers de l'action*, 3(3), 37-53. <https://doi.org/10.3917/cact.040.0037>
- COGNET, Marguerite. (2020). Les services de santé : lieu d'un racisme méconnu. In *Racismes de France* (pp. 74–86). La Découverte.
- DE OLIVEIRA, Joao, M. ALMEIDA, & C. NOGUEIRA. (2015). Exploring Medical Personnel's Discourses on the Sexual Health of Lesbian and Bisexual Women in Greater Lisbon, Portugal. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 297–309. <https://doi.org/10.15446/rcp.v23n2.38657>



DIERCKX Myrte, J. MOTMANS et P. MEIER. (2014) Rapport de synthèse. « Beyond the box ». Mesures d'attitudes en matière de sexisme, d'homophobie et de transphobie. <https://igvmiefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/BB%20Synthese%20FR.pdf>

FRAÏSSÉ, Christelle, & BARRIENTOS, J. (2016). Le concept d'homophobie : une perspective psychosociale. *Sexologies : European journal of sexology*, 25(3), 133–140. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2016.02.001>

GELLY, Maud. & L. PITTI. (2016). Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, 1(1), 7-18. <https://doi.org/10.3917/agone.058.0007>

GUERMONPREZ Mathilde, « Accès aux soins et prise en charge des personnes lesbiennes, Gays et bisexuelles en Belgique : Représentations, pratiques et vécus des professionnel.le.s de la santé », Mémoire réalisé sous la direction de la professeure Sandrine Detandt, 2019-2020, faculté de sciences psychologiques et de l'éducation ULB

GOODENOW, Carol, L. SZALACHA, L. ROBIN, & K. WESTHEIMER. (2008). Dimensions of Sexual Orientation and HIV-Related Risk Among Adolescent Females: Evidence From a Statewide Survey. *American Journal of Public Health* (1971), 98(6), 1051–1058. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.080531>

HUGHTO white J., Jaclyn, Sari L. REISNER, & John E. PACHANKIS. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine* (1982), 147, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>

KAMINSKI, Patricia, B. CHAPMAN, S. HAYNES, & L OWN. (2005). Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eating Behaviors : an International Journal*, 6(3), 179–187. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.11.003>

MCCANN, Edward, & D. SHAREK. (2014). Survey of lesbian, gay, bisexual, and transgender people's experiences of mental health services in Ireland. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 118–127. <https://doi.org/10.1111/inm.12018>

MEYER, Ilan (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56. Retrieved February 6, 2021, from <http://www.jstor.org/stable/2137286>

MOLEIRO Carla, N. Pinto (2015) Sexual orientation and gender identity: review of concepts, controversies and their relation to psychopathology classification systems. *Front. Psychol.* 6:1511. doi.org 10.3389/fpsyg.2015.01511

MONTES-GALDEANO, Francisco, P. ROMAN, C. ROPER-PADILLA, A. ROMERO-LÓPEZ, C. RUIZ-GONZÁLEZ, & M. RODRIGUEZ-ARRASTIA. (2021). Improving the

care management of trans patients: Focus groups of nursing students' perceptions. *Journal of Nursing Management*, 29(1), 75–84. <https://doi.org/10.1111/jonm.13160>

PARADISO, Catherine, & R. LALLY. (2018). Nurse Practitioner Knowledge, Attitudes, and Beliefs When Caring for Transgender People. *Transgender Health*, 3(1), 48–56. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0048>

PEZERIL Charlotte. (2019) Lutte contre le SIDA et promotion de la santé sexuelle », *Santé conjugulée*, mars, N°86, pp17-22

PRUD'HOMME, Dorothee. (2016). Du « soin global » au traitement discriminatoire. *Terrains & travaux*, 29(2), 85–104. <https://doi.org/10.3917/tt.029.0085>

OUAFIK Maxence. (2019) La syndémie, un concept neuf *Santé conjugulée*. (2019). *LGBTQI+ des patient.e.s aux besoins spécifiques*, mars, n°86.

RÉGNY Marjolaine, Note de lecture du rapport State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people (Commission européenne, juin 2017), 2018.

RÉGNY Marjolaine, Observatoire du sida et des sexualités, sélection bibliographique : santé sexuelle des FSF, 2018, <https://www.observatoire-sidasexualites.be/selection-bibliographique-sante-sexuelle-des-fsf/>

RUBIN Gayle. (2010) *Penser le sexe in Surveiller et jouir. Anthropologie politique du sexe*. E.P.E.L.(epub)

SAEWYC, Elizabeth. (2011). Research on Adolescent Sexual Orientation: Development, Health Disparities, Stigma, and Resilience. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 256–272. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00727.x>

VAN HEERINGEN, Cornelis, & J. VINCKE. (2000). Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(11), 494–499. <https://doi.org/10.1007/s001270050270>

#### AUTRES RESSOURCES

SOS Homophobie (2015) *Enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie* [https://www.soshomophobie.org/sites/default/files/enquete\\_sur\\_la\\_visibilite\\_des\\_lesbiennes\\_et\\_la\\_lesbo\\_phobie\\_2015.pdf](https://www.soshomophobie.org/sites/default/files/enquete_sur_la_visibilite_des_lesbiennes_et_la_lesbo_phobie_2015.pdf)