

OBSERVATOIRE
DU SIDA ET
DES SEXUALITÉS
NOTE DE LECTURE
HEALTH 4 LGBTI

Rédigée par Marjolaine Régnny, MAI 2018

TASK 1: STATE-OF-THE-ART STUDY FOCUSING ON THE HEALTH INEQUALITIES FACED BY LGBTI PEOPLE

D1.1 STATE-OF-THE-ART SYNTHESIS REPORT (SSR)

JUNE, 2017

SOMMAIRE

I. Causes des inégalités en matière de santé des personnes LGBTI : interactions des facteurs environnementaux, sociaux, culturels, et politiques	2
II. Inégalités de santé et état de santé des personnes LGBTI.....	3
III. Analyse intersectionnelle.....	5
IV. Freins dans l'usage des services de santé des personnes LGBTI et dans les soins apportés par les professionnel·le·s de santé.....	6
V. Recommandations	7
VI. Conclusion.....	8

INTRODUCTION

Ce document synthétise les résultats du rapport produit en juin 2017 dans le cadre du projet européen « Health 4 LGBTI », intitulé « État de l'art sur les inégalités de santé auxquelles font face les personnes LGBTI¹ ». Ce projet a été lancé afin de mieux comprendre les inégalités et de les réduire. Il rapporte les freins identifiés dans la prise en charge par les professionnel·le·s de santé, à partir des recherches scientifiques et de la littérature grise, dans le contexte des pays membres de l'Union Européenne.

Ce rapport vise à expliquer :

- Les causes structurelles des inégalités de santé des personnes LGBTI et le rapport aux services de soins
- Les freins relevant des soins procurés par les professionnel·le·s de santé aux personnes LGBTI
- Les freins auxquels doivent faire face les personnes LGBTI lorsqu'elles utilisent ou tentent d'accéder aux services de soins.

Cet état de l'art a été élaboré à partir des études des travaux de recherches, qui ont donné lieu à deux documents, disponibles en annexes du rapport : il s'agit d'une revue de la littérature scientifique et d'une revue de la littérature grise (documents émanant d'institutions de santé publique, des ministères des pays membres, etc).

¹ LGBTI = lesbiennes, gays, bisexuel·le·s, trans, intersexes

I. CAUSES DES INEGALITES EN MATIERE DE SANTE DES PERSONNES LGBTI : INTERACTIONS DES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX, SOCIAUX, CULTURELS, ET POLITIQUES

Cette partie expose les facteurs structureaux qui expliquent les inégalités de santé, qui ressortent des travaux de recherches réalisés en UE. Il s'agit donc de phénomènes sociaux, inscrits dans un contexte social, culturel et politique, et qui posent le cadre dans lequel la population LGBTI a recours aux soins et services de soins, et dans lequel les professionnel·le·s de santé fournissent ces services.

Les normes culturelles et sociales construisent et perpétuent la domination hétérosexuelle, ainsi que la binarité de genre et des corps. Les violences, les facteurs de stress, la discrimination institutionnelle et la stigmatisation impactent l'état de santé des personnes LGBTI et ont pour effet d'augmenter la mauvaise estime de soi des personnes qui n'entrent pas dans les normes, produisant de l'exclusion.

Le rapport revient sur plusieurs définitions :

Hétéronormativité

Ce terme désigne l'ensemble des croyances et des pratiques selon lesquelles le caractère binaire du genre apparaît comme évident et ne se questionne pas, et présentant l'hétérosexualité comme la seule sexualité acceptable et concevable. Cela implique également l'idée que le genre des personnes et les caractéristiques sexuelles (le sexe « biologique ») sont naturels et correspondent absolument. Cela se manifeste par :

- Présupposition que tout individu est hétérosexuel et cisgenre
- Intégration de ces normes et manque de formation concernant les réalités des personnes LGBTI par les professionnel·le·s de santé qui peuvent avoir des comportements irrespectueux
- Réticences et non-divulgence de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre aux professionnel·le·s de santé

Hétérosexisme

L'hétérosexisme découle de l'hétéronormativité et recouvre l'ensemble des attitudes, comportements, biais discriminatoires, fondés sur la binarité du genre, et qui consistent à favoriser l'hétérosexualité et les relations hétérosexuelles.

- Rejet, exclusion sociale, anxiété sociale importante
- Intériorisation du sentiment de honte et de culpabilité qui peut impacter l'état de santé mental
- Désapprobations ouvertes dans l'accès aux soins et attitudes des professionnel·le·s de santé

Violences, persécutions

Il s'agit du mauvais traitement d'une personne en raison de son orientation sexuelle ou de son identité de genre.

→ Harcèlement, agressions verbales et violences physiques

→ Ex : violences gynécologiques

Facteurs de stress

L'environnement désapprobateur ou hostile créé par la stigmatisation et la discrimination ambiantes amène les personnes à être dans des situations de stress parfois éprouvantes, notamment dans le cadre d'interactions sociales.

→ Attitudes et propos jugeants des professionnel·le·s de santé quant à l'orientation sexuelle ou l'identité de genre du/de la patient·e

→ Environnement stressant et anxiété qui peuvent conduire à une consommation de drogues et des comportements préjudiciables à la santé.

Discrimination institutionnelle

Cela désigne les politiques et lois produisant des inégalités dans le domaine public, ou ne protégeant pas des discriminations basées sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les caractéristiques sexuelles.

→ Problèmes de santé mentale : taux important de dépression dans les zones où il n'y a pas de protection juridique, de lois anti-discriminations, et d'égalité des droits.

Stigmatisation

On entend par là la réprobation sociale, les attributions négatives à un·e individu·e ou un groupe qui a pour effet de la/le dévaloriser.

→ Diminution de l'estime de soi

→ Anticipation de la stigmatisation par l'évitement des structures de soins et des professionnel·le·s de santé, ou report des traitements, réticences à faire un test VIH, etc.

II. INEGALITES DE SANTE ET ETAT DE SANTE DES PERSONNES LGBTI

Cette partie s'attache à exposer les principales inégalités de santé relevées chez les femmes lesbiennes et bisexuelles, les hommes gays et bisexuels, les personnes trans et intersexes.

Les femmes lesbiennes et bisexuelles

De manière générale, les femmes lesbiennes et bisexuelles font face à des inégalités de santé par rapport à l'ensemble des femmes. Leur état de santé est globalement moins bon que celui des femmes hétérosexuelles.

Elles ont par exemple moins recours au dépistage du cancer du col, en raison du fait qu'elles (mais également les professionnel·le·s) pensent qu'elles n'en ont pas besoin, ce qui a pour effet d'augmenter le risque de développer un cancer. En outre, les lesbiennes

et bissexuelles supportent moins bien le traitement du point de vue psychologique, et leur état de santé est moins bon après le traitement.

On relève également davantage de polykystose ovarienne (développement de nombreux kystes aux ovaires), plus de surpoids, de dépression, d'anxiété, de nervosité, d'automutilation, de tentatives de suicide, et de dépendances à l'alcool et aux drogues.

Les hommes gays et bisexuels

Les hommes gays et bisexuels rapportent un état de santé général nettement inférieur à celui des hommes hétérosexuels.

Les problèmes de santé à long terme sont également supérieurs avec des invalidités qui restreignent leurs activités et leur aptitude au travail, notamment des problèmes d'ordre musculo-squelettique (arthrose, problèmes vertébraux...), mais également des cancers, avec un risque plus important chez les hommes séropositifs, et des problèmes du foie et des reins. Ils ont par exemple deux fois plus de risques de développer un cancer anal. Les problèmes d'obésité, de troubles de l'alimentation, de dépression et d'anxiété, de risque de suicide, de consommation d'alcool, de tabac, l'usage et dépendance à la drogue sont également plus élevés que chez les hommes hétérosexuels.

Les personnes trans

On constate d'importantes inégalités de santé chez les personnes trans. La charge de la morbidité est particulièrement importante : mortalité, cancers, diabète... On relève un taux élevé de personnes trans ayant le VIH et d'autres IST, ayant été victimes d'abus sexuels et de violences, par rapport aux personnes cisgenres. La consommation de substances psychoactives est également plus élevée et les dépressions, stress et anxiété touchent environ la moitié des personnes trans.

Les études faites en Europe, aux États-Unis et au Canada montrent des taux de tentative de suicide alarmants et qui s'intensifient, avec un taux allant de 22 à 43% de personnes trans ayant fait une tentative de suicide.

Concernant l'impact de la transition sur la santé mentale, davantage de recherches sont nécessaires pour l'évaluer. Les travaux disponibles montrent toutefois que l'état de santé mental s'améliore très largement après la transition, avec une chute des idées et tentatives de suicide et des dépressions.

Les personnes intersexes

On remarque une absence de travaux de recherche sur les inégalités de santé et les expériences des personnes intersexes.

On constate toutefois que la binarité des catégories femme/homme pour les caractéristiques sexuelles n'est pas adaptée et les études montrent la diversité des caractéristiques sexuelles qui n'entrent pas dans ces catégories.

Dans les travaux de recherche disponibles, on constate que les personnes intersexes

rapportent un isolement dû au harcèlement, à la stigmatisation, aux discriminations et au rejet par l'entourage. 60% des personnes intersexes ont fait des tentatives de suicide ou ont eu des idées de suicide, contre 3% pour la population générale.

Les traitements « normalisants » visent à faire correspondre les caractéristiques sexuelles des personnes intersexes avec les normes de genre socialement prescrites sans leur consentement, ce qui amène à de lourdes conséquences sur l'état de santé mental dans leur vie future.

Les usager.e.s trans et intersexes des services de santé rapportent fréquemment des expériences négatives, notamment l'attente trop longue pour accéder aux traitements, ce qui a un impact considérable sur leur bien-être et leur santé mentale.

Les recherches mettent l'accent sur la faiblesse de formation et d'informations dont disposent les professionnel.le.s de santé. Les discriminations, rejets et transphobie sont souvent présentes dans les interactions avec les praticien.ne.s.

Le soutien des professionnel.le.s de santé et de l'entourage joue un rôle fondamental dans l'état de santé des personnes trans et intersexes.

Conclusion

Les personnes LGBTI ont donc un état de santé, tant physique que mental, souvent inférieur à la population générale, et ont également un plus haut risque de développer certains types de cancer à un jeune âge.

On a également souligné les risques accrus pour les personnes LGBTI de tentatives de suicide, idées de suicide, dépression et anxiété. Elles ont généralement un plus grand besoin de soutien psychologique et mental pour faire face aux discriminations et stigmatisations dont elles font l'objet.

III. ANALYSE INTERSECTIONNELLE

L'intersectionnalité peut être définie par le croisement des différents rapports de domination et la prise en compte de ces spécificités.

L'intersection entre une multitude de dimensions varie selon le contexte social et culturel. Des indicateurs tels que le genre, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre, les caractéristiques sexuelles, l'âge, l'origine ethnique, la « race », le lieu de résidence, le handicap et la classe sociale sont susceptibles de différencier et hiérarchiser les individus. Ces indicateurs sont en interdépendance, et créent et perpétuent des inégalités de santé.

Ainsi, une attention particulière doit être portée quant à la résidence en zone rurale ou éloignée, à l'âge donc des personnes LGBTI, aux réfugié.e.s, demandeur.euse.s d'asile, migrant.e.s, personnes en situation de handicap, ou vivant dans des situations précaires et désavantagé.e.s économiquement et socialement.

On note toutefois un manque de recherches traitant du croisement et de l'intersection en matière de santé de ces différents marqueurs.

Lieu de résidence : vivre en milieu rural

On observe plus de dépressions, de consommation de tabac et d'alcool chez les personnes LGBTI résidant en zone rurale.

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*.

Réfugié·e·s et demandeur·euse·s d'asile

Les réfugié·e·s et demandeur·euse·s d'asile ont un état de santé nettement moins bon, mais ces groupes ne sont pas suffisamment investigués. De plus, les personnes ayant un bas niveau de revenu voient également leur état de santé diminuer. Quand iels ont fait leur *coming-out*, ou ont une relation connue avec une personne du même sexe, les conséquences peuvent avoir été importantes dans leur pays d'origine, abus, humiliations, rejet, pression pour se « faire soigner » et impactent fortement l'état de santé mental.

En outre, quand les personnes sont en situation de précarité socio-économique, le stress est généralement plus important ainsi que la consommation de tabac, d'alcool, les dépressions, et l'exposition aux persécutions.

Âge

Les adultes LGBTI montrent une prévalence d'invalidité : 36% des lesbiennes souffrent de troubles et invalidités en raison d'affections chroniques ou mauvaises conditions de santé physiques et mentales, contre 25% chez les femmes hétérosexuelles. Ces affections se manifestent également à un âge plus jeune. Ces taux sont encore plus élevés chez les personnes trans et intersexes.

On observe aussi des différences selon la génération. En effet, l'usage de substances, telles que le cannabis, la cocaïne et l'exctasy, l'alcool, le tabac est davantage élevé chez les personnes LGBTI, jeunes comme plus âgées, que dans la population générale, mais on note une prévalence chez les jeunes (multiplié quasiment par trois par rapport à la population générale). Les conséquences de cette surconsommation sur la santé sont davantage visibles chez les plus âgé·e·s : obésité, dépression, invalidités. Il y a un fort sentiment d'isolement et de solitude en particulier lorsque les personnes n'ont pas fait leur *coming-out* à l'entourage, notamment quand iels ne vivent pas en zone urbaine. D'autre part, une étude montre qu'un quart des adultes âgés LGBT n'ont pas révélé leur orientation sexuelle aux professionnel·le·s de santé de peur de réactions négatives et que cela affecte la qualité des soins donnés.

Le soutien et l'acceptation de l'entourage sont des facteurs particulièrement importants en ce qui concerne le vieillissement des personnes LGBTI.

IV. FREINS DANS L'USAGE DES SERVICES DE SANTE DES PERSONNES LGBTI ET DANS LES SOINS APPORTES PAR LES

PROFESSIONNEL·LE·S DE SANTE

Dans le rapport aux services de santé et aux professionnel·les, il est mis en avant :

- un inconfort des professionnel·le·s à aborder le genre et les sexualités,
- un malaise dans l'usage du langage et des terminologies appropriées,
- un manque de formation et une méconnaissance des réalités de vie et des besoins des personnes LGBTI,
- des comportements discriminatoires à leur rencontre.

De fait, les normes culturelles et sociales se manifestent dans le langage et les pratiques des professionnel·le·s qui ne mettent souvent pas en question l'hétéronormativité et présument ainsi de l'hétérosexualité de leurs patient·e·s. Il y a un manque de sensibilisation vis à vis de certains groupes, notamment les minorités ethniques. L'usage d'un langage binaire exclut les personnes trans et intersexes. L'utilisation d'un vocabulaire médical pathologisant est également rapporté, avec les terminologies biomédicales comme « dysphorie de genre », « désordre du développement sexuel » pour les personnes trans et intersexes.

D'autre part, il est important de souligner l'expérience commune vécue par les personnes LGBT d'homophobie, biphobie et/ou transphobie. Elles rapportent un sentiment de jugement et des questions inappropriées et intrusives par les professionnel·le·s.

Les personnes craignent, en divulguant leur non-conformité avec les normes de genre et de sexualités un mauvais traitement ou une moindre qualité de soins.

Ainsi, l'ensemble des croyances, valeurs et comportements acquis hétérocentrés ont pour conséquence d'invisibiliser et marginaliser les personnes LGBTI. Même lorsqu'il y a égalité de droits, on constate une persistance de l'hétéronormativité dans les représentations.

V. RECOMMANDATIONS

Suite à ces constats sur les inégalités de santé et les discriminations auxquelles font face les personnes LGBTI dans l'accès aux services de santé et la relation avec les professionnel·le·s, plusieurs recommandations sont émises.

Recherche et politique

- Approfondir les recherches : concernant les inégalités de santé et les soins des personnes intersexes, introduire davantage l'approche intersectionnelle sur la situation sanitaire des personnes LGBTI, intégrer les personnes LGBTI, en particulier intersexes, dans les recherches, politiques et décisions relatives à la santé et l'accès aux soins afin que leurs propres besoins soient pris en compte,
- Dédier des recherches et politiques aux spécificités des personnes LGBTI, comme par exemple la prise en charge du cancer chez les personnes lesbiennes,

bisexual·le·s et trans, également pour comprendre les inégalités de santé de ceux-ci, améliorer et assurer l'accès aux services de santé,

- Diriger l'action politique vers la compréhension des professionnel·le·s de santé des inquiétudes et de la méfiance des personnes LGBTI au vu de leur expérience des discriminations, et sur les inégalités structurelles et individuelles qu'elles subissent,
- Au vu des cancers davantage développés par ces populations, les recherches montrent l'importance de développer l'information et le dépistage. Pour les personnes ayant survécu à un cancer, l'accès aux services de soutien psychologique doit être amélioré et davantage s'attacher aux besoins spécifiques des personnes LGBTI.

Pratiques

- Améliorer et adapter l'accès aux services de soins des personnes LGBTI
- Améliorer l'accès aux services de soutien psychologique et à des structures thérapeutiques non hétéronormatives,
- Adapter les services de soins en santé mentale afin d'accompagner les personnes LGBTI à surmonter les expériences de rejet.

Formation

Dans les programmes des institutions et centres de formation des professionnel·les de santé :

- Réinterroger l'hétéronormativité et la binarité de genre dans les formations,
- Introduire une plus large diversité et pluralité de langage pour décrire et comprendre les vies, les corps, et questionner l'hétéronormativité et la binarité de genre : encourager l'usage d'un langage inclusif et non-binaire,
- Comblent le manque de connaissances et de recherches concernant les personnes LGBTI et en particulier intersexes,
- Dépathologiser les vies et les corps des personnes trans et intersexes,
- Améliorer les connaissances des événements et du contexte historiques aboutissant à la marginalisation et à l'invisibilisation des personnes LGBTI et des difficultés à révéler leur orientation sexuelle ou identité de genre,
- Former afin de comprendre l'intersection entre l'orientation sexuelle, l'identité de genre avec d'autres facteurs qui augmentent la marginalisation, telles que le handicap, l'appartenance à une minorité ethnique, le statut de réfugié·e... afin d'adapter l'accompagnement, le soutien et les soins apportés.

VI. CONCLUSION

Cette recherche s'appuyant sur les travaux réalisés dans les pays membres de l'Union Européenne donne à voir les connaissances actuelles en matière d'inégalités de santé des personnes LGBTI. Elle montre aussi les lacunes et l'absence de connaissances dans

certaines domaines et souligne l'importance de développer les recherches sur les inégalités de santé et d'accès aux soins, notamment des personnes trans et intersexes.

Cet exposé apporte un éclairage sur l'état de santé de la population LGBTI. Celle-ci est davantage exposée au stress, à la dépression, aux idées suicidaires, ainsi qu'à des addictions à des produits psychoactifs par rapport à la population globale. En outre, il y a une prévalence de certaines maladies et cancers chez les personnes LGBTI.

Le constat est fait que cette population consulte moins les professionnel·le·s de santé, et se déclare davantage insatisfaite de la prise en charge.

Le lieu de résidence (rural/urbain), l'âge, le statut de résidence, sont des facteurs déterminant l'état de santé physique et mental. Aussi, des recherches introduisant une approche intersectionnelle seraient nécessaires pour comprendre et réduire les inégalités et améliorer la prise en charge des personnes LGBTI.

Le rapport met en lumière les freins à l'accès aux services de santé, notamment dans le traitement des professionnel·le·s de santé. Les personnes LGBTI font face à des attitudes et comportements discriminants des professionnel·le·s, en particulier les personnes trans et intersexes. Des stratégies d'anticipation des discriminations sont alors mises en œuvre comme l'évitement du dévoilement de l'identité de genre, de l'orientation sexuelle ou des caractéristiques sexuelles.

Le rapport souligne les freins institutionnels, dans la formation et l'accès aux services, et pointe un manque de connaissances et de compétences des professionnel·le·s de santé.

On constate que les inégalités portent bien sur les différences d'accès, de prise en charge, d'accompagnement et de traitement des patient·e·s, et pas tant sur la nature même de leurs pratiques, également dans le cas des hommes gays, ce qui va à l'encontre de l'idée selon laquelle la prévalence de certains cancers (cancer anal, cancer de la prostate) serait due aux pratiques sexuelles.

De même, les lesbiennes n'étant pas considérées comme population dite « à risque », il y a un manque d'informations et de prise en compte de leurs besoins. Les recherches donnent à voir l'importance de l'intégration des représentations androcentrées en dehors desquelles la sexualité est impensée. En cela, les lesbiennes n'auraient pas de sexualité, ce qui ressort dans de nombreux témoignages et entretiens, où elles-mêmes intègrent l'idée que leur sexualité ne présente ni intérêt, ni risque. Cela amène les nombreuses conséquences démontrées dans ce rapport : manque de prévention, faiblesse de l'information données aux femmes lesbiennes, moindres consultations et dépistages, et prévalence de cancers tels que le cancer du col, par rapport à la population des femmes hétérosexuelles.

Concernant les populations trans et intersexes, il y a un véritable manque de connaissances des professionnel·le·s, et les représentations binaires et pathologisantes ont pour effet à la fois de les invisibiliser et de les stigmatiser.

Ainsi, tel que le recommandent les auteur·e·s du rapport, il y a une nécessité de former et sensibiliser les professionnel·le·s, afin de faciliter la parole des personnes LGBTI, à

dire leur orientation sexuelle ou identité de genre, sans jugement, et ainsi à mettre en œuvre des actions de prévention et des programmes de soins adaptés à leurs besoins. Malgré les freins et inégalités, on constate des pratiques encourageantes et des améliorations dans le champ de la santé et des soins en Europe : politiques inclusives pour assurer un accès aux personnes LGB aux soins de santé, test VIH anonyme et gratuit, soutien et assistance des personnes vivant avec le VIH, constitution de groupes de pairs, développement de stratégies de prévention...