

CHAPITRE 2.5.

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

*R. Bize, E. Volkmar, S. Berrut, D. Medico, H. Balthasar,
P. Bodenmann, H. J. Makadon*

Objectifs d'apprentissage

- Connaître l'impact de la stigmatisation et des discriminations sur la santé des personnes LGBT et sur leur accès aux soins.
- Prendre conscience du présupposé hétérosexuel et cisgenre qui peut invisibiliser les patient(e)s LGBT durant la consultation.
- Connaître les mesures de prévention et de promotion de la santé, ainsi que les soins pertinents pour les personnes LGBT.
 - Identifier des ressources communautaires utiles.

Ce chapitre propose un aperçu global de la santé des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, et transgenres (LGBT), où attitude inclusive et respect des singularités occupent une position centrale. Il invite à dépasser une vision centrée sur les risques liés au VIH et rappelle l'impact sur la santé de la stigmatisation, des discriminations et du déni des droits civils et humains. L'invisibilité des personnes LGBT dans les consultations médicales n'est pas une fatalité. Connaître l'orientation sexuelle et l'identité de genre 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 LGBT.

Introduction

L'orientation sexuelle et l'identité de genre sont deux concepts distincts et indépendants. L'orientation sexuelle recouvre classiquement trois dimensions: l'attraction sexuelle ou affective, les comportements (i.e. le sexe des partenaires sexuel[le]s), et l'autodéfinition (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. Il est utile d'en être conscient(e) durant l'anamnèse. L'identité de genre décrit quant à elle, indépendamment du phénotype, le sentiment profond d'une personne d'être un homme ou une femme, ou d'un genre qui ne s'inscrit pas dans cette logique binaire. La **figure 1** présente de manière schématique et simplifiée différentes facettes de la diversité sexuelle par rapport auxquelles chacun(e) peut faire l'exercice de se situer. Les différents curseurs rendent compte de la grande diversité des situations individuelles possibles.

La plupart des besoins médicaux des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT) reflètent ceux de la population générale et peuvent être satisfaits en suivant les standards habituels de bonne pratique. Depuis une trentaine d'années, des études suisses et internationales montrent cependant que les personnes LGBT font face à des disparités spécifiques en matière de santé¹⁻⁶. Ces personnes rencontrent aussi d'importantes difficultés pour accéder à des soins appropriés. Malgré cela, l'orientation sexuelle et l'identité de genre 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 1

Vous recevez une jeune patiente de 16 ans, dont le dossier est étiqueté au nom de «Maxine», pour des douleurs abdominales qui la font souvent quitter ses cours. Se présente alors devant vous une jeune patiente, cheveux en brosse, jeans ample, t-shirt trop large, accompagnée par sa mère. Sa maman pense que les douleurs viennent du fait que sa fille «porte en permanence une brassière pour le sport». Elle se demande même si sa fille ne fait pas exprès, car elle présente un passé de scarifications au niveau de la poitrine à partir du moment où celle-ci s'est développée. Symptômes rapportés par Maxine: difficulté à s'endormir, grosses douleurs abdominales lorsqu'elle est à l'école, irritabilité. Lors de la consultation individuelle, la patiente vous demande de l'appeler «Max» et vous la sentez nerveuse à l'idée de retirer son t-shirt, au point qu'elle en devient agressive. Lors de la palpation abdominale (le t-shirt soigneusement enroulé jusqu'à la base des seins), vous ne sentez rien d'anormal de prime abord. Quelle(s) pourrai(en)t être la/les cause(s) de ses symptômes? Comment orienteriez-vous votre entretien?

Vignette clinique 2

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 qui pourraient expliquer ses difficultés à s'endormir et ses réveils fréquents, 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 minorités sexuelles

Les personnes LGBT sont nombreuses à avoir subi des violences psychologiques, verbales et/ou physiques⁷. Elles vivent un stress quotidien lié au fait d'appartenir à une minorité encore fortement stigmatisée et soumise à des discriminations institutionnelles et individuelles⁸⁻¹⁰ (minority stress model). Comme l'a démontré une étude récente, les personnes homo- et bisexuelles qui vivent dans un environnement social où prédominent des attitudes négatives par rapport à l'homosexualité présentent un risque accru de mortalité prématurée, même après ajustement pour de nombreux facteurs confondants potentiels¹¹. Contrairement à d'autres minorités, la découverte par l'enfant ou l'adolescent(e) du caractère atypique de son orientation sexuelle ou de son identité de genre survient dans l'isolement, sans le soutien de parents ou de proches partageant son 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 suicidaires¹². Cette minorité présente également, en comparaison avec la population générale, un risque accru de développer des addictions (tabac, alcool et drogues⁷). Les maux de tête, les lombalgies, l'insomnie ou encore l'hypertension artérielle constituent quelques autres exemples d'affections surreprésentées chez les personnes LGBT^{1,2,13}. Il s'agit avant tout de problèmes de santé ayant un haut potentiel de prévention, ce qui laisse penser qu'une orientation sexuelle ou une identité de genre minoritaire induit des effets similaires au fait d'avoir un statut social inférieur⁵ (fundamental cause theory).

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

CHAPITRE 2.5. Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres

anale y augmentent le risque de cancer. Les personnes transgenres sont également très vulnérables face au risque d'infection par le VIH¹⁴. 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. De plus, nombreuses sont les lesbiennes qui ont eu des relations sexuelles avec des hommes ou qui en ont encore. Les lesbiennes recourent également 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 femmes¹⁵. En dépit des constats qui précèdent, les personnes transgenres et les femmes lesbiennes et bisexuelles sont encore insuffisamment prises en compte dans les stratégies nationales de prévention, notamment en matière de VIH et d'IST¹⁶. Les études sur la population transgenre commencent à cumuler 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 problématique¹⁷. 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 dernières statistiques publiées à partir d'une méta-analyse d'enquêtes américaines estiment la population trans à 0,39% de la population générale, dont plus de 50% sont de jeunes adultes¹⁸. Chez les jeunes, l'étude la plus probante¹⁹ porte sur un échantillon représentatif de 8166 jeunes de 13 à 16 ans en Nouvelle-Zélande. Parmi les répondant(e)s, 1,2% ont dit être « transgenres » et 2,5% être « en questionnement ».

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

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

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 parvenir²⁰. L'exemple des centres Checkpoint de Genève, Vaud, Zurich, Bâle et Berne destinés en priorité aux HSH et, pour ceux de Vaud et Zurich, également aux personnes transgenres, démontre la faisabilité et la pertinence d'une approche communautaire ciblée²¹. 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 LGBT une approche culturellement sensible et compétente. Dans leur grande majorité, les personnes LGBT souhaiteraient communiquer librement avec leur médecin au sujet de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre^{22,23}, mais hésitent souvent par peur d'être jugées ou moins bien soignées si elles se confient. De leur côté, beaucoup de médecins et de soignant(e)s éprouvent des difficultés à aborder le thème de la sexualité²⁴ et, a fortiori, celui de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre. Même en l'absence de discriminations avérées, il est fréquent que de petits détails accroissent le sentiment d'invisibilité et d'insécurité des personnes LGBT. Le fait qu'un médecin demande à sa patiente quelle contraception elle utilise présuppose que celle-ci a des rapports hétérosexuels. Les présupposés « hétérosexuel » et « cisgenre », fréquemment exprimés dans les conversations courantes et les entretiens médicaux, ont tendance à provoquer l'autocensure²⁵⁻²⁷.

DEUXIÈME PARTIE: populations vulnérables

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 LGBT 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 LGBT. Malgré le biais de conformité sociale déjà évoqué, environ 5% de la population s'identifie comme LGBT, mettant potentiellement le médecin de premier recours en contact quotidien avec au moins une personne LGBT²⁸. 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 pratique²⁹. 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 et d'identité de genre^{13,30} (**tableau II**). De plus, pouvoir parler sans tabou de sexualité permet d'adapter les conseils préventifs, les dépistages et les éventuels traitements aux pratiques réelles qui ne coïncident pas nécessairement avec l'orientation sexuelle déclarée ou supposée.

Rôle du MPR auprès des personnes transgenres

Les multiples formes d'expression atypique du genre sont des réponses subjectives et singulières à l'inconfort d'individus dont l'identification psychologique comme homme ou femme ne correspond pas au phénotype. Les personnes transgenres ne se perçoivent pas nécessairement comme «emprisonnées dans le mauvais corps» et ne désirent pas toujours effectuer une réassignation chirurgicale du sexe. Des controverses existent sur la façon de concevoir la santé des personnes transgenres. Le modèle «traditionnel³¹» continue de considérer les expressions atypiques du genre comme relevant d'un trouble psychiatrique en soi. Ce préalable est de plus en plus largement contesté, notamment en raison du fait qu'il disqualifie un fondement identitaire³² et qu'il ne représente pas du tout la réalité et la diversité des expériences de vie des personnes transgenres³³. Cette classification diagnostique a également pour effet d'assujettir l'individu au dispositif de soins, portant ainsi atteinte à sa dignité et à son autonomie. La personne transgenre ne s'adresse pourtant que rarement aux prestataires de soins à cause de son identité de genre atypique mais plutôt en raison de la constellation de facteurs sociaux qui rendent

Tableau I. Comment créer un environnement accueillant ?

LGBT : lesbiennes, gays, bisexuel(le)s et transgenres.

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

Tableau II. Attitudes et langage durant la consultation.

• Garder présent à l'esprit que la personne en face de vous peut être gay, lesbienne, bisexuelle ou transgenre, quelles que soient son apparence et/ou vos impressions • Utiliser un langage neutre : « 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 ou cisgenre • Ne pas partir du principe qu'être gay, lesbienne ou transgenre 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	• Être conscient(e) que l'orientation sexuelle déclarée ne coïncide pas forcément avec les pratiques sexuelles réelles • Être conscient(e) que l'orientation sexuelle et l'identité de genre sont deux concepts indépendants • Éviter de pousser une personne transgenre ou bisexuelle à « se décider » pour un genre ou une orientation sexuelle. Le processus d'affirmation de soi peut prendre des années et être changeant • 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 victimes de harcèlement • Ne pas focaliser le suivi médical uniquement sur la question du genre et de l'orientation sexuelle • Référer le/la patient(e) à un(e) collègue si vous ne vous sentez pas à l'aise avec le sujet
---	--

sa vie difficile au point d'affecter sa santé psychique et somatique^{34,35}. Il existe essentiellement deux niveaux d'intervention où le médecin de premier recours peut apporter son soutien et des soins.

Dépistage : identifier le questionnement transgenre/ aider à sortir du malaise identitaire

Le MPR sera souvent le premier alerté par divers indicateurs, comme une coupe de cheveux, une manucure, une épilation (Male-to-Female : MtF), la compression des seins ou un grand malaise avec les menstruations (Female-to-Male : FtM). Une hormonothérapie free-lance peut être suspectée par un début de développement mammaire (MtF) ou la mue avec un accroissement de pilosité (FtM). Les hormones sont souvent acquises sur Internet ou dans la rue, la qualité ainsi que les dosages seront donc à évaluer. Ces personnes présentent souvent un déni et un rejet de leur corps, des conduites à risques (y compris sexuelles), des automutilations, des addictions, ou encore des expériences de violences, de rejet et de discrimination. Sensibilisation et prévention spécifiques sont nécessaires, mais sont indissociables d'un soutien à l'estime de soi et aux relations interpersonnelles. Le malaise identitaire aigu, qui précède généralement la révélation à l'entourage, ou à soi-même, peut entraîner états dépressifs, anxiété généralisée ou aiguë, difficultés sexuelles et relationnelles, et somatisations. Les tentamens sont à craindre, surtout à l'adolescence

lorsque apparaissent les caractères sexuels secondaires non désirés, mais ne sont pas à exclure chez les adultes. Pouvoir en parler avec son médecin peut aider à sortir de ce malaise et à mettre en place diverses solutions: transition transsexuelle ou acceptation de soi comme personne transgenre. La référence vers des spécialistes (psychothérapeutes et sexologues formé(e)s à la prise en charge des personnes transgenres) ainsi que vers des groupes de soutien est nécessaire. Les standards de soins internationaux³⁶ préconisent d'accompagner ces personnes et de les aider à s'affirmer dans leur sentiment subjectif de genre plutôt que d'essayer de les «guérir», puisque les thérapies de réorientation se révèlent à la fois maltraitantes et inefficaces³⁷ et sont même interdites par de nombreuses associations professionnelles. Les personnes isolées ou désinsérées professionnellement sont nettement plus à risque que les autres. Il conviendra donc de les mettre rapidement en relation avec les organisations communautaires (**annexe 2.2**) qui pourront les accompagner, les soutenir et les orienter vers des médecins, des psychothérapeutes formé(e)s et compétent(e)s ou des réseaux de soutien.

Accompagnement dans les cas de transitions médicalisées: avant/pendant/après

Certaines personnes peuvent désirer une transition de genre avec hormonothérapie, avec ou sans chirurgie de réassignation génitale. Dans ces cas, la première étape est la référence vers un-e psychothérapeute expérimenté(e) qui déterminera quand et où référer le/la patient(e) pour chaque étape d'un parcours qui, en cas de chirurgie de réassignation génitale, devra, selon les exigences des assurances maladie suisses, durer deux ans: endocrinologue, chirurgien(ne), etc. La collaboration avec le médecin traitant est essentielle et doit être maintenue durant la transition. Après les interventions spécialisées, le MPR peut assurer des soins postopératoires simples. De nombreuses personnes transgenres choisissent de se faire opérer à l'étranger et, au retour, n'osent pas s'adresser à un(e) spécialiste suisse pour l'ablation de points de suture ou d'agrafes après mastectomie, féminisation du visage ou réassignation génitale. Ils/elles préféreront aussi consulter leur médecin habituel(le) en cas de complications mineures: petites nécroses, granulations ou infections locales. Le MPR peut aussi prendre en charge le suivi du traitement de substitution hormonale: si son induction justifie l'expertise d'un(e) endocrinologue, le suivi à vie d'une personne transgenre stabilisée peut être assuré, avec plus de proximité et d'économie, par son/sa généraliste au moyen d'une visite annuelle précédée d'un bilan sanguin. Le transfert de la prise en charge se fera idéalement en coordination avec l'endocrinologue qui pourra conseiller le MPR sur les facteurs biochimiques à surveiller et restera disponible en cas de complication. Le MPR veillera aussi à prévenir et dépister les pathologies spécifiques au nouvel environnement hormonal: décalcification, thromboses, cancers du sein, risques cardio-vasculaires, fluctuations de la libido et de l'humeur, etc. Il devra également garder présentes à l'esprit les spécificités médicales liées à l'anatomie native (prostate chez les MtF et glandes mammaires chez les FtM), tout en faisant preuve de délicatesse en abordant le sujet.

Rôle du MPR auprès des jeunes LGBT ou en questionnement

Il est très courant que des personnes homo- ou bissexuelles ressentent leur première attirance pour une ou des personne(s) du même sexe durant l'enfance ou l'adolescence.

CHAPITRE 2.5. Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres

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 propres à l'adolescence peuvent alors paraître insurmontables et favoriser un déni, des comportements suicidaires, 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^{38,39} (**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 identitaire⁴⁰. 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.

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

LGBT : lesbiennes, gays, bisexuel(le)s et transgenres ; IST : infections sexuellement transmissibles ; HPV : papillomavirus humain.

• 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 LGBT • Identifier les situations à risque de discrimination (lieu de travail, école, famille, etc.). Informer sur les ressources disponibles auprès des associations LGBT pour dénoncer ces situations • Être attentif/attentive 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 précoces aux personnes diagnostiquées avec une infection par le VIH⁴¹ ou une autre IST	• 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 VIH⁴² (PrEP) • Aborder la question du suivi gynécologique avec les patientes lesbiennes et bisexuelles • 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 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 LGBT¹³. D'autres ressources pour la formation des médecins sont disponibles sur le site internet du « National LGBT Health Education Center » (www.lgbthealtheducation.org/).
---	---

Rôle du MPR auprès des enfants manifestant une identité de genre atypique

En Suisse, le repérage et l'intervention précoces auprès des enfants et adolescent(e)s manifestant une identité de genre atypique sont malheureusement encore rares malgré une demande croissante et des preuves scientifiques incontestables sur les besoins de ces jeunes. Ils/elles sont reconnu(e)s à haut risque de rencontrer des difficultés dans les domaines de la santé, de vivre des situations de harcèlement et de discrimination et présentent des taux de suicidalité importants^{37,43}. Lorsque le MPR est alerté(e) par le récit des parents ou l'expression persistante chez l'enfant d'un genre différent du sexe qui lui avait été assigné à la naissance ou des signes de malaise important face à l'arrivée de la puberté, il devrait éviter de laisser entendre que « cela passera », car il est possible que cela ne soit pas le cas et le déni risque alors de péjorer le pronostic. La période de la puberté et de l'adolescence est une période extrêmement sensible pour ces jeunes, y compris pour certain(e)s qui n'auraient jamais manifesté de difficultés avec leur genre auparavant. L'on sait que si la plupart des enfants savent entre 5 et 8 ans que leur genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance, ils ne le révèlent en moyenne que vers 17 ans⁴⁴ et les signes comportementaux problématiques sont parfois les premiers indices d'un malaise plus profond. Le protocole international de retard de la puberté pour les jeunes qui souhaitent un développement en meilleure conformité avec leur identité de genre est reconnu comme best practice dans de nombreux pays occidentaux^{36,45} et est maintenant associé à l'induction d'une puberté dans le genre de préférence dès que cela est nécessaire d'un point de vue développemental. Les travaux récents sur l'accompagnement transaffirmatif des enfants et des adolescent(e)s transgenres indiquent que le soutien familial et la possibilité de vivre dans le genre désiré sont associés à une absence de morbidité psychologique et émotionnelle⁴⁶. Il est donc fondamental de soutenir les jeunes et leurs parents⁴⁷ et d'intervenir médicalement et hormonalement si nécessaire et demandé⁴⁸. Ainsi, les pédo-psychiatres et endocrinologues du réseau de la Fondation Agnodice, après une évaluation multidisciplinaire de la situation, peuvent utiliser les traitements hormonaux dès que la puberté atteint le stade de Tanner P2 afin que le/la jeune n'ait pas à subir les discriminations et la dysphorie de genre. Des groupes de soutien pour les familles sont organisés et le jeune aura aussi besoin d'un réseau de pairs. L'adolescent(e) peut également être adressé(e) à la Division interdisciplinaire de santé des adolescents (DISA) du CHUV. Avant le stade de Tanner 2 il n'y a pas de médicalisation nécessaire et la meilleure intervention est l'acceptation et la protection de l'enfant contre les violences que son genre différent peut induire dans les différents contextes de vie.

Conclusion

Bien qu'elles soient exposées à des risques accrus d'atteintes à leur santé, les personnes LGBT retardent souvent leur recours aux soins et se déclarent moins satisfaites des soins reçus que les personnes hétérosexuelles cisgenres. Il suffit pourtant de peu de chose pour que cela change. En devenant plus sensibles aux minorités sexuelles et en intégrant la diversité des orientations sexuelles et des identités de genre 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 LGBT. 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 LGBT constituent une étape indispensable en vue de généraliser l'adoption de pratiques compétentes et culturellement adaptées¹³.

Implications pratiques

- Le fait d'adopter une attitude et un langage inclusifs et de connaître l'orientation sexuelle et l'identité de genre 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 LGBT.
- La détection précoce des enfants 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.
- 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 LGBT.
- 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.

Bibliographie

1 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.

2 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;44:70-5.

3 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;30:9-16.

4 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;176:1344-51.

5 Branstrom R, Hatzenbuehler ML, Pachankis JE, Link BG. Sexual orientation disparities in preventable disease: a fundamental cause perspective. *Am J Public Health* 2016;106:1109-15.

6 Whittle S, Turner L, Combs R, Rhodes S. Transgender Euro Study: Legal survey and focus on transgender experience of healthcare. Bruxelles: ILGA Europe, 2008.

7* Lucia S, Stadelmann S, Amiguet M, Ribeaud D, Bize R. Enquêtes populationnelles sur la victimisation et la délin-

DEUXIÈME PARTIE: populations vulnérables

- quance 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).
- 8** Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003;129:674-97.
- 9** Frost DM, Lehavot K, Meyer IH. Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *J Behav Med* 2015;38:1-8.
- 10** Hatzenbuehler 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;100:452-9.
- 11*** Hatzenbuehler ML, Bellatorre A, Lee Y, Finch BK, Muennig P, Fiscella K. Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Soc Sci Med* 2014;103:33-41.
- 12** 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;46:980-6.
- 13**** Makadon HJ, Mayer KH, Potter J, Goldhammer H, Physicians ACo. The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health. Second edition. Ed 2015.
- 14** 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;13:214-22.
- 15** 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 homosexually and bisexually active women in France. *J Sex Res*. 2012;50:587-97.
- 16** Office fédéral de la santé publique (OFSP). Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011-2017. Berne: Office fédéral de la santé publique, 2010.
- 17** Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet* 2016;388:390-400.
- 18** Meerwijk EL, Sevelius JM. Transgender population size in the United States: a meta-regression of population-based probability samples. *Am J Public Health* 2017;107:e1-e8.
- 19** 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;55:93-9.
- 20** McNair RP, Hegarty K. Guidelines for the primary care of lesbian, gay, and bisexual people: a systematic review. *Ann Fam Med* 2010;8:533-41.
- 21** 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.
- 22** 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;177:819-28.
- 23** 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;24:655-67.
- 24** Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de 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.
- 25** Utamsingh PD, Richman LS, Martin JL, Lattanner MR, Chaikind JR. Heteronormativity and practitioner-patient interaction. *Health Commun* 2016;31:566-74.
- 26*** Beagan B, Fredericks E, Bryson M. Family physician perceptions of working with LGBTQ patients: physician training needs. *Can Med Educ J* 2015;6:e14-22.
- 27*** Garcia Nuñez D, Jäger M. Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo- ou bisexuelles? *Forum Médical Suisse* 2011;11:213-7.
- 28**** Makadon HJ. Ending LGBT invisibility in health care: the first step in ensuring equitable care. *Cleve Clin J Med* 2011;78:220-4.
- 29** Snyder BK, Burack GD, Petrova A. LGBTQ Youth's perceptions of primary care. *Clin Pediatr* 2017;56:443-50.
- 30*** Mayer KH, Bekker LG, Stall

CHAPITRE 2.5. Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres

- R, Grulich AE, Colfax G, Lama JR. Comprehensive clinical care for men who have sex with men: an integrated approach. *Lancet* 2012;380:378-87.
- 31** Pecoud P, Pralong F, Bauquis O, Stiefel F. Transsexualisme: enjeux et spécificités liés à la prise en charge d'une demande de réassignation sexuelle. *Rev Med Suisse* 2011 16;7:395-7.
- 32** Lev AI. Disordering Gender Identity. *J Psychol Human Sex* 2006;17:35-69.
- 33** Medico D. Repenser le genre. Une clinique avec les personnes trans*. Genève: Georg/Médecine et Hygiène, 2016.
- 34** White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med* 2015;147:222-31.
- 35** Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet* 2016;388:412-36.
- 36**** WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, Version 7. World professional association for transgender health, 2011.
- 37** Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health* 2013;103:943-51.
- 38** Mayer KH, Garofalo R, Makhadmeh HJ. Promoting the successful development of sexual and gender minority youths. *Am J Public Health* 2014;104:976-81.
- 39** 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;52:506-10.
- 40** Kwon P. Resilience in lesbian, gay, and bisexual individuals. *Pers Soc Psychol Rev* 2013;17:371-83.
- 41** Tshikung ON, Calmy A. [Antiretroviral therapy: useful from prevention to HIV treatment]. *Rev Med Suisse*. 2016 Jan 13;12:97-102.
- 42** Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS). Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prophylaxie préexposition contre le VIH (PrEP) en Suisse. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique* 2016;4:77-9.
- 43** Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, 2nd, Johnson CC, Joseph CL. The mental health of transgender youth: advances in understanding. *J Adolesc Health* 2016;59:489-95.
- 44** Olson J, Schrager SM, Belzer M, Simons LK, Clark LF. Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *J Adolesc Health* 2015;57:374-80.
- 45**** Cohen-Kettenis PT, Klink D. Adolescents with gender dysphoria. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2015;29:485-95.
- 46**** Olson KR. Prepubescent Transgender Children: What we do and do not know. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55:155-6 e3.
- 47** Malpas J. L'enfant en non-conformité de genre et sa famille: une approche systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et pratiques de réseau* 2014;52:139-65.
- 48** Torres CG, Renfrew M, Kenst K, Tan-McGrory A, Betancourt JR, Lopez L. Improving transgender health by building safe clinical environments that promote existing resilience: results from a qualitative analysis of providers. *BMC Pediatr* 2015;15:187.

* à lire

** à lire absolument