



Stigmatisation des personnes LGBTQ+ dans le réseau de la santé – Quel est le rôle des professionnels en santé mentale ? Par Catherine Côté

Le premier contact dans le milieu médical des personnes issues de la communauté LGBTQ+ concernant des préoccupations quant à leur identité ou à leur orientation sexuelle se fait souvent auprès de professionnels de la santé mentale (Johnson et al., 2018). Selon Johnson et ses collègues (2018), ce premier contact est important, puisqu'il donne, en quelque sorte, le ton pour les interactions futures avec d'autres professionnels de la santé. Si ce contact est négatif, particulièrement, il peut mener à d'importantes craintes à consulter d'autres professionnels, que ce soit pour des questions strictement médicales ou encore liées à l'identité ou à l'orientation sexuelle. Comme personnes étudiant dans le domaine de la santé mentale et futurs professionnels de la santé, il est important de se questionner à savoir comment nous pouvons améliorer nos interactions pour les rendre plus sensibles, plus adaptées à cette population et exemptes de stigmatisation. Pour mieux comprendre la stigmatisation des personnes issues de la diversité sexuelle dans le milieu médical, il est important d'explorer l'histoire de la diversité sexuelle en santé mentale, tout comme les possibles barrières d'accès aux soins et les différents rôles et devoirs qu'ont les professionnels en santé mentale.

Histoire des diagnostics en santé mentale et diversité sexuelle

Il est d'abord important de savoir que le domaine de la santé mentale n'a pas toujours été très ouvert aux comportements que l'on dit « déviants des normes ». En effet, l'homosexualité et la transsexualité, entre autres, ont longtemps été considérées comme des pathologies dans les premières éditions du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Dans le DSM-I et II, l'homosexualité était considérée non seulement comme un trouble de personnalité sociopathe, mais aussi comme une déviation sexuelle et ce n'est que dans la version révisée du DSM-II, en 1973, qu'elle a été retirée (Johnson et al., 2018). En ce qui concerne la transsexualité, ce n'est que dans le DSM-IV en 1994 qu'elle fut retirée comme pathologie pour laisser sa place à la dysphorie de genre (Johnson et al., 2018). Selon le DSM-5, deux critères doivent être remplis pour diagnostiquer chez quelqu'un la dysphorie de genre :

- Incongruité marquée entre le sexe de naissance et le ressenti de l'identité de genre (l'identification de l'autre sexe) présente pendant ≥ 6 mois
- Une souffrance cliniquement importante ou une altération fonctionnelle résultant de cette incongruité (American Psychiatric Association, 2013)

Bien que ce diagnostic soit toujours controversé aujourd'hui, contrairement aux anciens diagnostics qui considéraient la transsexualité comme une pathologie en elle-même, la dysphorie de genre met désormais l'accent sur la souffrance vécue ou sur l'altération du

fonctionnement normal de la personne plutôt que sur le caractère « pathologique » de la transsexualité. Par ailleurs, les diagnostics psychologiques sont souvent essentiels tant pour faciliter le remboursement des soins par les assureurs que pour la poursuite des soins (Johnson et al., 2018).

Barrières d'accès aux soins de santé

Une première barrière d'accès aux soins en santé pour les personnes issues de la diversité sexuelle réside dans l'âge des patients. En effet, en raison de la perception que le domaine de la santé a longtemps eu, notamment de l'homosexualité et de la transsexualité comme des comportements déviants et pathologiques (respectivement jusqu'en 1973 et en 1994), les personnes plus âgées de notre société ont donc grandi dans une culture et un environnement social qui voyaient leur identité ou leur orientation sexuelle comme une maladie mentale, voire comme des actes criminels et immoraux (Johnson et al., 2018). Ainsi, il a été observé que les patients plus âgés issus de la diversité sexuelle hésitaient davantage à dévoiler leur identité ou leur orientation sexuelle ou ne le faisaient que partiellement (par exemple avec des amis, mais pas au travail) (Johnson et al., 2018) et notamment dans le domaine médical, ce qui empêche les professionnels d'offrir des soins adaptés. Par ailleurs, même si le DSM a changé, il est possible de croire que ces préjugés longtemps supportés par le domaine de la santé demeurent ancrés dans les mentalités de certains professionnels, notamment les plus âgés.

Au-delà de l'âge des patients et du contexte dans lequel ils ont grandi, il faut aussi être sensibles aux limitations de la langue française en ce qui concerne l'expression de genre. En effet, Radio-Canada rapportait en janvier dernier des témoignages de personnes trans et non binaires, qui trouvent difficile d'aller chercher des services en français en raison de la nature très genrée de la langue et de la peur de l'utilisation du mauvais pronom par le personnel médical (Radio-Canada, 2019). À cet effet, dans leur article adressé au personnel soignant, Johnson et al. (2018) mentionnent que de simplement demander le pronom privilégié par les patients est un petit geste qui peut grandement diminuer la stigmatisation et augmenter le niveau de confiance des patients envers les professionnels. Par ailleurs, la chercheuse Plaine (2018) mentionne également que ce serait parmi les personnes non conformes dans le genre ou qui ont une expression de genre atypique qu'il y aurait le plus de discrimination dans le domaine médical (Hiestand et al., 2007 dans Plaine, 2018) et que les « personnes non binaires qui ne s'identifient ni au genre féminin ni au genre masculin, sont celles qui rapportent le plus être mal-comprises, et ce même dans des cliniques désignées pour desservir les populations transgenres » (p.353). Or, le vocabulaire employé par le personnel médical est particulièrement important et doit accepter et valider l'identité de la personne. En ce sens, la formation du personnel médical concernant les questions liées aux personnes LGBTQ+ semble être défailante tant à ce qui a trait au vocabulaire et à la terminologie (Johnson et al., 2018 ; Radio-Canada, 2019) qu'à d'autres questions propres à cette population (Kano et al., 2016). Par ailleurs, Hoffman et ses collègues (2009) ont aussi souligné le besoin pour une plus grande sensibilité non seulement sur les enjeux LGBTQ+ au sein du personnel soignant, mais aussi aux différences (notamment culturelles et développementales) qui existent entre les individus de cette même population.

Comme la recherche sur la stigmatisation en santé des personnes issues de la diversité sexuelle est un champ de recherche relativement nouveau, les devis de recherche sont majoritairement qualitatifs pour le moment, ce qui permet d'explorer plusieurs aspects de ces thématiques, mais il faut aussi garder à l'esprit que les données qualitatives couvrent généralement des échantillons plus restreints et ne permettent pas des devis expérimentaux pouvant établir des relations de cause à effet, ni même des corrélations, tout étant davantage axé sur le vécu des personnes. Plusieurs études qualitatives ont par ailleurs été réalisées au sein des populations rurales ou issues de différentes communautés culturelles. Ces études mettent en lumière l'importance de l'intersectionnalité ou, en d'autres termes, que la stigmatisation est non seulement plus grande pour les gens qui font face à la discrimination sur plusieurs fronts, mais que ces personnes font aussi face à des défis différents (Logie & Lys, 2015 ; Kano et al., 2016). Parmi ces défis, l'accès à des professionnels de santé qualifiés et formés sur les questions relatives à la diversité sexuelle et aux spécificités culturelles, particulièrement en milieu rural, semble un enjeu important (Logie & Lys, 2015 ; Kano et al., 2016).

Rôle des professionnels de la santé mentale

Le rôle des professionnels en santé mentale, au-delà de l'évaluation et du traitement pour le trouble de dysphorie de genre, doit ratisser plus large. À cet effet, Johnson et ses collègues (2018) énumèrent la psychoéducation auprès des proches des personnes issues de la diversité sexuelle ; la collaboration et la référence, au besoin, à d'autres professionnels de la santé ; le traitement d'autres problèmes de santé mentale cohabitant avec la dysphorie de genre ou simplement présents chez les patients issus de la communauté LGBTQ+ sans qu'ils souffrent de dysphorie de genre (ex : anxiété, dépression, troubles alimentaires) ; ainsi que le plaidoyer pour cette communauté (incluant la demande pour plus de formations) comme devoirs essentiels. Actuellement, au Québec, la discrétion du contenu de formation est laissée à chaque université dans le domaine de la santé et aucun module obligatoire concernant cette population spécifique n'est en place à grande échelle.

En somme, l'histoire de la classification de l'identité des personnes issues de la diversité sexuelle comme pathologique par le DSM nous permet de comprendre davantage les préjugés toujours latents dans notre société, tout comme les barrières persistantes à l'accès aux soins de santé chez les personnes issues de cette population spécifique. Le cabinet du médecin, comme celui du psychologue et de n'importe quel autre professionnel de la santé, devrait constituer un *safe space* où tout être humain se sent accueilli et respecté tant dans son intégrité physique et psychologique qu'identitaire. Revoir le cursus scolaire en incluant un module spécifique non seulement à ces populations, mais également à l'intervention auprès de personnes à risque de faire face à la discrimination sur plusieurs fronts (notamment les personnes vivant avec un handicap, les personnes issues des communautés culturelles ou encore les personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale) semble essentiel pour assurer un traitement plus respectueux et adapté. Les biais des professionnels de la santé étant majoritairement inconscients et dus à un manque d'information sur ces questions (Johnson et al., 2018), il semble essentiel de prendre action pour s'assurer de la qualité et de l'inclusivité de notre système de santé.

Article révisé par Justine Fortin

Références :

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Hoffman, N.D., Freeman, K. et Swann, S. (2009). Healthcare Preferences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning Youth. *Journal of Adolescent Health*, 45,222–229. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.01.009

ICI Radio-Canada (2019). Éviter de se faire soigner en français quand on ne se sent ni femme, ni homme. Repéré à : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1145786/transgenres-non-binaires-ontario-canada-langue-francophone-soins-sante?fbclid=IwAR0x-IW6D7jeJJeJcZB4BLR3cwAwpRclJ3b0c3MwyhcMnTiZADiYawTknAVA>

Johnson, K. et al. (2018). Gay and Gray Session: An Interdisciplinary Approach to Transgender Aging. *Am J Geriatr Psychiatry*, 26, 719-738. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.01.208>

Kano, M. et al. (2016). Stakeholders' Recommendations to Improve Patient-centered "LGBTQ" Primary Care in Rural and Multicultural Practices. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 29(1), 156-160. doi: 10.3122/jabfm.2016.01.150205

Logie, C.H. et Lys, C. (2015). The process of developing a community-based research agenda with lesbian, gay, bisexual, transgender and queer youth in the Northwest Territories, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 74. <http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v74.28188>

Paine, E.A. (2018). Embodied disruption: "Sorting out" gender and nonconformity in the doctor's office. *Social Sciences and Medicine*, 21. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.039>