



Vers un accès à des SOINS de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres

Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 1712-7

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

Access to quality primary care for LGBT people

This article offers a comprehensive approach to the health of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people, where respect for diversity and non judgemental care play a central role. It calls for a health and medical vision that goes beyond HIV risk. For those who never had to question their own sexual orientation or gender identity, it is certainly difficult to understand how the discovery of one's identity trait in childhood or early adolescence can be transformed under social pressure into a burden which often remains invisible but is associated with considerable emotional and medical morbidity. This article raises the following question: How many LGBT patients go unnoticed every week, leaving the physician's office without an opportunity to receive appropriate listening, support and care?

Cet article propose une approche globale de la santé des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, et transgenres (LGBT), où respect des singularités et non-jugement occupent une position centrale. Il invite à dépasser une vision centrée sur les risques liés au VIH. Pour qui n'a pas connu de questionnement en lien avec son orientation sexuelle ou son identité de genre, il est difficile de concevoir comment la découverte d'une caractéristique identitaire pendant l'enfance peut se transformer sous le regard des autres en un fardeau souvent invisible mais fréquemment associé avec une morbidité émotionnelle et médicale considérable. Cet article pose la question suivante: combien de personnes LGBT ressortent chaque semaine d'une consultation médicale sans avoir eu l'opportunité de bénéficier d'une écoute, d'un soutien et de soins adaptés?

INTRODUCTION

L'identité de genre et l'orientation sexuelle sont deux concepts connexes mais néanmoins distincts. L'identité de genre décrit, 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; l'orientation sexuelle se réfère quant à elle au/aux genre(s) par lequel/lesquels une personne est attirée.

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 santé.¹⁻⁴ Ces personnes rencontrent 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 largement à ne pas être considérées comme des variables dignes d'intérêt dans les enquêtes de santé effectuées auprès de la population.^{5,6} En Suisse, cette thématique n'est abordée que de manière sporadique dans la formation des médecins et du personnel soignant de premier recours.

SANTÉ DES MINORITÉS SEXUELLES

Les personnes LGBT sont nombreuses à avoir subi des violences psychologiques, verbales et/ou physiques. Elles vivent un stress quotidien lié au fait d'appartenir à une minorité encore fortement stigmatisée et soumise à des discriminations institutionnelles et individuelles (*minority stress model*).^{7,8} Contrairement à d'autres minorités, la découverte par l'enfant ou le jeune adolescent du caractère atypique de son orientation sexuelle ou de son identité de genre survient dans un isolement complet, sans le soutien de parents ou de proches partageant son statut minoritaire.⁹ 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 suicidaires. Cette minorité présente également, en comparaison avec la population générale, un risque accru de développer des addictions (tabac, alcool et drogues). Les maux de tête, les lombalgies, l'insomnie, ou encore l'hypertension artérielle constituent quelques autres exemples d'affections surreprésentées chez les personnes LGBT.¹⁰

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. A l'instar de ce qui est observé au niveau du col de l'utérus, les infections par le HPV (papillomavirus humain) dans la région anale y augmentent le risque de cancer. Bien que cela soit souvent occulté, les personnes transgenres sont également très vulnérables face au risque d'infection par le VIH.¹¹ 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 femmes.¹² En dépit des constats qui précèdent, les personnes transgenres et les femmes lesbiennes sont encore marginalisées dans les stratégies nationales de prévention, notamment en matière de VIH et d'IST.¹³

Les études sur la population transgenre font cruellement défaut, tout comme la volonté politique et les financements pour améliorer leur accès à la santé et aux mesures de prévention. En ne comptabilisant que les personnes qui ont effectué une réassignation chirurgicale du sexe, les études récentes de prévalence font pourtant état de prévalences allant de 1:33 800 pour les personnes «Female to Male» (FtM) à 1:12 900 pour les personnes «Male to Female» (MtF). Lorsque l'ensemble des personnes manifestant une identité de genre atypique est pris en compte, cette prévalence s'élève même à 1:1500.^{14,15}

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 parvenir.¹⁶ En dépit du retard pris par le projet de centre vaudois, l'exemple des centres Checkpoint de Genève et de Zurich destinés en priorité aux HSH démontre la faisabilité et la pertinence d'une approche communautaire ciblée.¹⁷ 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 su-

jet de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre, mais hésitent souvent par peur d'être jugées ou moins bien soignées si elles se confient.⁵ De leur côté, beaucoup de médecins et de soignant(e)s éprouvent des difficultés à aborder le thème de la sexualité¹⁸ 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 méthode de contraception elle utilise pendant qu'il/elle pratique un examen gynécologique présuppose que cette femme a des rapports hétérosexuels. La patiente peut ainsi se retrouver contrainte à faire un *coming out* dans une situation où elle est très vulnérable.¹⁹ Le présupposé «hétérosexuel» ou «cisgenre», fréquemment exprimé dans les conversations courantes et les entretiens médicaux, a tendance à provoquer l'auto-censure. Le déclenchement de ce réflexe compromet la possibilité d'une alliance thérapeutique de qualité. Tout médecin qui souhaitera 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.⁵ Malgré le biais de conformité sociale déjà évoqué, la prévalence rapportée de l'orientation homosexuelle avoisinerait les 5-10% dans les grands centres urbains, mettant potentiellement le médecin de premier recours en contact quotidien avec au moins une personne gay, lesbienne ou bisexuelle.²⁰

Comme cela a bien été démontré dans une enquête ayant porté 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 pratique.⁵ Les enjeux sont avant tout d'offrir un environnement accueillant et sécurisant (tableau 1) et d'aborder sans a priori et de manière non jugeante les questions de sexualité, d'orientation sexuelle et d'identité de genre (tableau 2).¹⁰ De plus, pouvoir parler sans tabou de sexualité permet d'adapter les conseils préventifs, les dépistages et les éventuels traitements aux pratiques réelles, puisque celles-ci ne coïncident pas nécessairement avec l'orientation sexuelle déclarée ou supposée.

Tableau 1. 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, documentation à destination des patient(e)s LGBT, symboles d'ouverture comme le logo arc-en-ciel
- Inclure des options telles que «partenariat enregistré» ou «en couple non marié» dans les formulaires administratifs



Tableau 2. Attitudes et langage durant la consultation

<ul style="list-style-type: none">• Garder présent à l'esprit que la personne en face de vous peut être gay, lesbienne, bisexuelle ou transgenre, quelles que soient son apparence et/ou vos impressions• Utiliser un langage neutre, comme par exemple «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'enfant ou de désir d'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	<ul style="list-style-type: none">• Être conscient(e) que l'orientation sexuelle déclarée ne coïncide pas forcément avec les pratiques sexuelles réelles• Être conscient(e) que l'orientation sexuelle est indépendante de l'identité de genre• 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 l'un/une de vos collègues si vous ne vous sentez pas à l'aise avec le sujet
---	---

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 un 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 traditionnel²¹ 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 identitaire.^{22,23} 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 sa vie difficile au point d'affecter sa santé psychique et somatique.

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 (MtF), ou la compression des seins (FtM). Une hormonothérapie «freelance» 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.

Le malaise identitaire aigu, qui précède généralement la révélation à l'entourage, ou à soi-même, entraîne états dépressifs, anxiété généralisée ou aiguë, difficultés sexuelles et relationnelles, et somatisations. Les tentamens sont à craindre, surtout à l'adolescence lorsqu'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 formés à la prise en charge des personnes transgenres) ainsi que vers des groupes de soutien est nécessaire. Un consensus international²⁴ préconise 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 inefficaces.²⁵⁻²⁷ Les personnes isolées ou désin-sérées professionnellement sont nettement plus à risque que les autres. Il conviendra donc de les mettre rapidement en relation avec les organisations communautaires (tableau 3) qui pourront les accompagner, les soutenir et les orienter vers des médecins et psychothérapeutes formé(e)s et compétent(e)s.

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

Certaines personnes peuvent désirer une transition transsexuelle avec hormonothérapie, avec ou sans chirurgie de réassignation de sexe. Dans ces cas, la première étape est la référence vers un/une psychothérapeute expérimenté(e) qui déterminera quand et où référer le/la patient(e) pour chaque étape d'un parcours qui durera environ 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 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



Tableau 3. Sélection de ressources communautaires disponibles en Suisse

LGBT: lesbiennes, gays, bisexuel(le)s et transgenres; HSH: hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Types de ressource	Nom de la ressource	Lien internet
Informations relatives à la santé des femmes lesbiennes et bisexuelles	Santé PluriELLE	www.sante-plurielle.ch
Informations relatives au tissu associatif lesbien et bisexuel féminin en Suisse (association faitière nationale)	LOS	www.los.ch
Informations relatives à la santé, dépistage VIH/IST, suivi médical et psychosocial pour les hommes gays et les HSH	<ul style="list-style-type: none"> • Checkpoint Genève • Checkpoint Zurich 	<ul style="list-style-type: none"> • www.checkpoint-ge.ch/ • www.zah.ch/checkpoint-zh/checkpoint_index.html
Informations relatives au tissu associatif gay et bisexuel masculin en Suisse (association faitière nationale)	Pink Cross	www.pinkcross.ch
Site d'informations médicales destinées aux gays et HSH (géré par l'ASS)	Drgay.ch	www.drgay.ch
Information, soutien, médiation et orientation dans le réseau de soins pour les personnes transgenres. Conseil, sensibilisation et formation des professionnel(le)s concerné(e)s	Fondation Agnodice	www.agnodice.ch
Association destinée aux personnes concernées par la question transgenre (association faitière nationale)	Transgender Network	www.transgender-network.ch/fr/
Groupe destiné aux personnes concernées par la question transgenre en Suisse romande	Groupe trans 360	www.360-ch/trans/
Informations générales pour les intervenant(e)s en milieu scolaire, les soignant(e)s, les autres professionnel(le)s intéressé(e)s, les jeunes et les parents	<ul style="list-style-type: none"> • Association PREOS • Plateforme Mosaic-info 	<ul style="list-style-type: none"> • www.preos.ch • www.mosaic-info.ch
Association visant à développer un environnement bénéfique pour les jeunes LGBT, à améliorer leur visibilité et à sensibiliser le public à ce thème	LGBT Youth Suisse	www.lgbt-youth.ch
Informations relatives au VIH et à sa prévention. Gestion du site Drgay.ch	Aide Suisse contre le SIDA (ASS)	www.aids.ch/ff/
Consultation anonyme VIH; enseignement et formation auprès des professionnel(le)s de la santé	Policlinique médicale universitaire Lausanne	www.polimed.ch
Centre de références en matière de santé sexuelle et reproductive du canton de Vaud	Fondation PROFA	www.profa.ch
Site d'information et de réponses aux questions des adolescent(e)s	Ciao.ch	www.ciao.ch

habituel(le) en cas de complications mineures: petites nécroscs, granulations ou infections locales. Le MPR peut aussi prendre en charge le suivi du traitement de substitution hormonale: si son induction requiert l'expertise d'un/une endocrinologue, le suivi à vie d'une personne transgenre stabilisée peut être assuré, avec plus de proximité et d'économicité, 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 cardiovasculaires, fluctuations de la libido et de l'humeur, etc. Il devra également garder présent 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 bisexuelles ressentent leur première attirance pour une ou des personne(s) du même sexe durant l'enfance ou la prime adolescence. Chez les personnes transgenres, le sentiment d'incongruence de genre peut émerger plus tôt encore. La

période de prise de conscience et de dévoilement d'une orientation sexuelle et/ou d'une identité de genre minoritaire (*coming out*) est souvent une période d'intense questionnement et de grande vulnérabilité. En fonction des ressources personnelles et de l'entourage, les défis d'adaptation propres à l'adolescence peuvent alors paraître insurmontables et favoriser 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/une jeune dans cette situation (tableau 4).⁵ 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 identitaire. Les services de consultation pour adolescents, comme l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA) 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.

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

En Suisse, le repérage et l'intervention précoces des enfants et adolescent(e)s manifestant une identité de genre



Tableau 4. 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
- Evaluer 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 aux signes de dépression, aux tendances suicidaires et aux signes de violences (y compris au sein du couple)³²
- 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

- 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
- Vacciner contre les hépatites A et B
- Vacciner les jeunes filles/femmes contre le HPV selon les directives de l'Office fédéral de la santé publique. La vaccination des jeunes HSH contre le HPV est possible entre 9 et 26 ans et devrait être discutée avec le patient

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 LGBT¹⁰

atypique sont malheureusement encore rares. Le tabou entourant cette thématique renforce la tendance du/de la jeune à chercher des solutions sans assistance.²⁸ Ces jeunes sont pourtant reconnu(e)s à haut risque de rencontrer des difficultés dans les domaines de la santé, du social et de l'éducation.^{29,30} Lorsque le MPR est alerté par le récit des parents ou l'expression persistante chez l'enfant d'une atypie de genre, 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.

Le protocole international de retardation de la puberté, reconnu comme « best practice » dans de nombreux pays occidentaux²⁴ n'est, à notre connaissance, pas encore appliqué en Suisse. Néanmoins, certain(e)s pédopsychiatres et endocrinologues du réseau de la Fondation Agnodice sont prêt(e)s à l'utiliser lorsque la puberté atteint le stade de Tanner P2 si l'enfant a été régulièrement suivi(e) avant. L'adolescent(e) peut également être adressé(e) à l'UMSA, tout en sachant qu'au-delà du stade de Tanner P2 il est trop tard pour induire un retard de puberté.

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 adaptées.³¹ ■

Notes

- > Le thème de la prévention du rejet basé sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre sera traité dans le cadre des Journées PREOS qui se tiendront, avec le soutien des autorités politiques et des milieux associatifs, au Palais de Beau-Lieu les 11 et 12 novembre 2011 (informations détaillées à suivre sur le site www.preos.ch)
- > Présence exceptionnelle du Pr Harvey Makadon en Suisse pour donner une conférence intitulée: « Access to quality primary care for LGBT people » à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne le 25 octobre 2011 de 12h00 à 13h00 à l'auditoire Jéquier Doge (informations prochainement disponibles sur le site www.polimed.ch)

Adresses

Dr Raphaël Bize
IUMSP, Bâtiment Biopôle 1
Route de la Corniche 2, 1066 Epalinges
raphael.bize@chuv.ch

Dr Raphaël Bize
Association PREOS
c/o La Boussole
Case postale 1006, 1001 Lausanne
www.preos.ch

Dr Erika Volkmar
Fondation Agnodice
Case postale 121, 1000 Lausanne 22
www.agnodice.ch

Sylvie Berrut
Santé PluriELLE, LOS
Monbijoustrasse 73, 3007 Berne
www.sante-plurielle.ch

Denise Medico
Consultation de couple et sexologie PROFA
Avenue Georgette 1, 1003 Lausanne
www.profa.ch

Hugues Balthasar
Aide suisse contre le sida
Konradstrasse 20, 8005 Zurich
www.aids.ch

Dr Patrick Bodenmann
Consultation anonyme VIH
PMU, 1011 Lausanne

Pr Harvey J. Makadon
Clinical Professor of Medicine
Harvard Medical School
Director of Professional Education
The Fenway Institute, 1340 Boylston Street
MA 02215-4302 Boston, USA



Bibliographie

- 1 * Institute of medicine. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. Washington, DC: The National Academies Press, 2011.
- 2 Wang J, Hausermann M, Vounatsou P, et al. Health status, behavior, and care utilization in the Geneva gay men's health survey. *Prev Med* 2007;44:70-5.
- 3 * Genon C, Chartrain C, Delebarre C. Pour une promotion de la santé lesbienne: état des lieux des recherches, enjeux et propositions. Genre, sexualité et société. 2009;1. URL: <http://gss.revues.org/index951.html>
- 4 Whittle S, Turner L, Combs R, et al. Transgender Euro study: Legal survey and focus on transgender experience of healthcare. Bruxelles, ILGA Europe, 2008, URL: www.agnodice.ch/IMG/pdf/transgender_web.pdf
- 5 * Meckler GD, Elliott MN, Kanouse DE, et al. Non-disclosure of sexual orientation to a physician among a sample of gay, lesbian, and bisexual youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:1248-54.
- 6 Dilley JA, Wynkoop Simmons K, Boysun MJ, et al. Demonstrating the importance and feasibility of including sexual orientation in public health surveys. *Am J Public Health* 2010;100:460-7.
- 7 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.
- 8 Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Keyes KM, et al. 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.
- 9 Frankowski B. Sexual orientation and adolescents. *Pediatrics* 2004;113:1827-32.
- 10 ** Makadon HJ, Mayer KH, Potter J, et al. Eds. The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual and transgender health. Philadelphia: American college of physicians, 2008.
- 11 Herbst J, et al. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the US: A systematic review. *AIDS Behav* 2008;12:1-17.
- 12 ** Davis V, et al. Lignes directrices sur la santé des lesbiennes. Directives cliniques de la Société d'obstétrique-gynécologie du Canada, 2000, URL: www.sogc.org/guidelines/public/87f-ps-mars2000.pdf
- 13 Office fédéral de la santé publique OFSP. Programme national VIH et IST 2011-2017. Berne: 2010, URL: www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/index.html?lang=fr
- 14 De Cuypere G, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry* 2006;22:137-41.
- 15 Olyslager F, Conway L. On the calculation of the prevalence of transsexualism. Communication at the 20th WPATH Symposium Chicago, IL, 2007, URL: <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/Prevalence/Reports/Prevalence%20of%20Transsexualism.pdf>
- 16 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.
- 17 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.
- 18 Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De Heller K, et al. Talking about sexuality with the physician: Are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* 2011;141:w13178.
- 19 * Garcia Nunez D, Jäger M. Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo ou bisexuelles? *Forum Med Suisse* 2011;11:213-7.
- 20 ** Makadon HJ. Ending LGBT invisibility in health care: The first step in ensuring equitable care. *Cleve Clin J Med* 2011;78:220-4.
- 21 Pécoud P, Pralong F, Bauquis O, Stiefel F. Transsexualisme: enjeux et spécificités liés à la prise en charge d'une demande de réaffectation sexuelle. *Rev Med Suisse* 2011;7:395-8.
- 22 Lev AI. Disordering gender identity: Gender identity disorder in the DSM IV – TR. *J Psychol Human Sex* 2006;17:35-69.
- 23 Vitale A. Rethinking the gender identity disorder terminology in the Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV. 2005, URL: www.avitale.com/hbig_data/plus2005.htm
- 24 * World professional association for transgender health (WPATH). Standards of care for gender identity disorders. Sixth Version. 2001, URL: www.wpath.org/documents2/socv6.pdf; version en français: URL: www.agnodice.ch/IMG/pdf/soc_v6.pdf
- 25 ** Bockting WO. Psychothérapie et expérience de vie réelle: de la dichotomie à la diversité de genre. *Sexologies* 2008;17:211-24.
- 26 Serovich JM, Craft SM, Tovissip P, et al. A systematic review of the research based on sexual reorientation therapies. *J Fam Ther* 2008;34:227-38.
- 27 Sironi F. Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres. Paris: Odile Jacob, 2011.
- 28 Michaud PA. Résilience à l'adolescence: un concept en (10) question(s). *Med Hyg* 2004;496:2417-8.
- 29 Sausa L. (2003) The HIV prevention and educational needs of trans youth. International Conference on AIDS. 2002, URL: <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102249782.html>
- 30 Sausa L. Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *J Gay Lesb Issues Educ* 2005;3:15.
- 31 The Fenway Institute. Professional education and development for health professionals. URL: www.fenwayhealth.org/site/PageServer?pagenam=FCHC_ins_fenway_EducProfessionals
- 32 Ard KL, Makadon HJ. Addressing intimate partner violence in lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *J Gen Intern Med* 2011. Published online DOI: 10.1007/s11606-011-1697-6.

* à lire

** à lire absolument