

Lignes directrices sur la santé des lesbiennes

Cette déclaration de principe a été revue et approuvée par le Comité des questions sociales et sexuelles et a reçu l'approbation du Conseil de la SOGC

AUTEURE PRINCIPALE :

Victoria Davis, MD, FRCSC, Toronto (Ontario)

MEMBRES DU COMITÉ DES QUESTIONS SOCIALES ET SEXUELLES

Jan Elizabeth Christilaw, MD, FRCSC, White Rock (Colombie-Britannique)

Victoria Davis, MD, FRCSC, Toronto (Ontario)

Catherine Edwards, MD, FRCSC, Sault Ste-Marie (Ontario)

Diane Francoeur, MD, FRCSC, Ville Mont-Royal (Québec)

Lorna J. Grant (Présidente), MD, FRCSC, Winnipeg (Manitoba)

Barbara Parish, MD, FRCSC, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Rajni Saraf-Dhar, MD, FRCSC, Yarmouth (Nouvelle-Écosse)

Marc Steben, MD, Verdun (Québec)

Résumé : des progrès importants ont été accomplis en matière de soins de santé des femmes au cours de la dernière décennie. Pourtant, il continue d'y avoir une pénurie de publications et de recherches sur la santé des femmes lesbiennes. Les patientes lesbiennes constituent souvent un groupe invisible parmi les patients d'un médecin. Si on ne connaît pas, ou si on prend pour acquis, les pratiques sexuelles d'un individu, il se peut que le traitement médical en soit compromis. L'attitude des médecins affecte les soins qu'ils prodiguent à leurs patients, particulièrement lorsqu'ils sont homophobes ou hétérosexistes. Une meilleure éducation en matière de sexualité et une meilleure sensibilisation permettront aux prestataires de soins de relever les antécédents des patients d'une manière impartiale. Pour que les médecins soient en mesure de procurer des soins adéquats aux lesbiennes, ils doivent connaître et comprendre leur orientation sexuelle et leurs habitudes de vie. Si l'éducation constitue le premier pas vers une amélioration des soins fournis aux patientes lesbiennes, l'acquisition d'attitudes plus éclairées en matière de sexualité chez les prestataires de soins en représente l'étape finale.

OBJECTIF DE CES LIGNES DIRECTRICES

L'objectif de ces lignes directrices est d'identifier les obstacles que les patientes lesbiennes rencontrent lorsqu'elles ont recours à des soins médicaux. L'homophobie et l'hétérosexisme sont répandus à tous les niveaux de la société, et le réseau de la santé n'y fait pas exception. Le mot hétérosexisme traduit la croyance que l'hétérosexualité offre un mode de vie plus sain, supérieur à l'homosexualité.¹ Il est préférable au mot homophobie qui dénote une peur anormale et persistante, ou une aversion à l'égard de l'homosexualité. Les lesbiennes ont tendance à ne pas se présenter pour les examens de santé habituels. Quand elles s'adressent à un prestataire de soins, elles s'exposent à des préjugés. Elles doivent décider si elles déclarent leur homosexualité et courir le risque de faire face à l'hostilité de leur médecin, ou garder le silence, et courir le risque de recevoir des soins qui ne sont pas à la hauteur, à cause de leur silence. Il se peut que les lesbiennes ne reçoivent pas le traitement dont elles ont besoin, soit parce que les professionnels de la santé présu-

***Déclaration de principe :** le document d'opinions fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celle-ci et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

ment qu'elles sont hétérosexuelles, soit parce que leur diagnostic et leur traitement ne tiennent pas compte des connaissances actuelles sur les questions liées aux lesbiennes.

Les médecins doivent être conscients des effets de leur schéma de pensée et de leurs préjugés sur les soins à donner aux patients, surtout quand ceux-ci appartiennent à des groupes minoritaires. Le rapport patient-médecin a un impact crucial sur le bien-être des patients. Le mot « santé » exprime un concept très large qui comprend le bien-être physique, mental, émotif et social. Il est difficile de créer des conditions favorables à l'amélioration de la santé quand le rapport patient-médecin se fonde sur une mauvaise information, des suppositions et des préjugés.

POUR COMPRENDRE LA CULTURE ET LE MODE DE VIE DES LESBIENNES

Quand il s'agit de comprendre la culture et le mode de vie des homosexuels, le corps médical fait preuve de lacunes énormes. On estime que 5 à 10 pour cent des femmes peuvent être classées comme gaies, lesbiennes ou homosexuelles.^{2,3} On définit les lesbiennes comme les femmes dont les rapports émotifs et sexuels sont avec d'autres femmes. Les difficultés d'échantillonnage contribuent à la formation d'une image inexacte des lesbiennes parce qu'il faut distinguer entre leur identité sexuelle et leur comportement sexuel. Les lesbiennes se trouvent dans toutes les collectivités, et constituent des groupes très diversifiés du point de vue de la race, de l'appartenance ethnique, de l'éducation, de l'âge et du comportement sexuel. Il se peut qu'elles pratiquent le célibat, ou qu'elles aient des rapports sexuels avec des hommes, des femmes, ou les deux.³ Pour ces raisons, il est difficile de décrire les lesbiennes comme collectivité, et cela explique leur manque de visibilité.

L'apparition du sida a forcé le corps médical à réévaluer les soins de santé et les attitudes quant aux hommes gais. Cependant, les femmes n'ont pas connu un tel événement pour leur donner une visibilité. Ainsi, une femme qui se présente à un service médical sera traitée comme si elle était hétérosexuelle, à moins qu'on ne lui pose des questions sur son orientation sexuelle, sans porter de jugements moraux. Il se peut que la patiente contribue elle-même à donner une fausse impression à moins qu'elle n'ait le sentiment que le médecin pourra la traiter avec respect, et assurer la confidentialité. Ceci est particulièrement vrai dans les petites localités. Il faut commencer l'éducation des médecins en matière de traitement des patients gais ou des lesbiennes à la faculté de médecine, et faire des efforts pour que les programmes de formation continue favorisent la mise à jour des connaissances chez les autres intervenants en soins de santé. Il existe souvent un certain degré de naïveté quant à l'influence que peuvent avoir les préjugés hétérosexuels sur la capacité de bien communiquer avec les patients homosexuels.⁴ Tous les prestataires de soins doivent prendre conscience de leur propre hétérosexisme interne et

définir leurs propres limites et capacités. Si un médecin se sent mal à l'aise auprès des patients homosexuels, il ne peut pas établir un lien thérapeutique avec eux, et ses patients ne recevront pas les meilleurs soins de santé possibles. Dans ce cas, il doit diriger ses patients vers quelqu'un qui pourra projeter une attitude d'acceptation et une attitude dénuée de tout jugement moral. Il se peut que les médecins, surtout les obstétriciens-gynécologues, qui croient qu'ils n'ont pas de patientes lesbiennes, n'aient cette impression que parce qu'ils ne posent pas les bonnes questions. Même si elles ne comptent que pour 5 pour cent de la population, cela ne constitue pas une petite minorité.

Partout dans le monde, les femmes reçoivent en général des soins de santé moins qu'optimaux. De nombreux médecins n'offrent pas les examens courants et indiqués tels les tests de Papanicolaou, les cultures vaginales, et les examens du pelvis, du rectum et des seins parce qu'ils éprouvent des difficultés à faire des « examens intimes » (surtout sur une personne de l'autre sexe). Cette situation peut empirer lorsqu'il s'agit d'individus qui s'identifient comme lesbiennes, en raison de l'hétérosexisme ou du malaise engendré par une personne de l'autre sexe qui ne correspond pas aux normes sexuelles du médecin.

DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE

Les lesbiennes canadiennes ont recours aux services de soins de santé avec à peu près la même fréquence que les autres femmes. Par contre, les lesbiennes américaines le font avec une fréquence moindre.⁵ Il se peut que cette dernière constatation puisse s'expliquer par le manque de ressources d'un régime médical non socialisé, ou par des expériences malheureuses d'utilisation des soins de santé. Comme les Américaines, les Canadiennes ont moins recours aux tests de dépistage, particulièrement les tests de Papanicolaou, les mastographies et les examens des seins, même lorsqu'elles en ont besoin. Environ 15 pour cent des lesbiennes ne se présentent pas pour des examens de santé réguliers parce qu'elles croient que l'hétérosexisme affectera négativement leur traitement.⁶ Les lesbiennes consultent leur médecin pour des raisons différentes de celles des autres femmes. Par conséquent, il se peut qu'elles ne bénéficient pas des conseils habituels quant aux tests de dépistage (frottis de Papanicolaou, mastographie et examens des seins). Comme on donne souvent ces conseils lors de consultations portant sur la contraception, il se peut qu'ils soient omis quand on sait que la femme est lesbienne. En Amérique du Nord, les lesbiennes consomment plus d'alcool et de drogues illicites, et fument plus que les autres femmes, ce qui les expose aux problèmes de santé qui en résultent.^{5,7}

LA COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS

De nombreux professionnels de la santé traitent des patientes lesbiennes sans connaître leur orientation sexuelle. Une étude

récente a conclu que 51 pour cent des lesbiennes ne se déclaraient pas à leur médecin, même si 91 pour cent d'entre elles croyaient qu'il était très important que leur médecin habituel connaisse leur orientation sexuelle. Parmi les facteurs qui affectaient leur disposition à se déclarer, on comptait :

- le fait d'avoir été interrogées directement sur l'orientation sexuelle;
- le fait d'avoir rempli un formulaire de présentation qui offrait la possibilité de déclarer son orientation sexuelle, et
- le sentiment que les renseignements fournis seront traités avec respect et que leur nature confidentielle sera respectée.

La même enquête a révélé que seulement 32 pour cent des médecins demandaient l'orientation sexuelle à leurs patientes, et 13 pour cent utilisaient des formulaires ouverts.⁶ Lorsque ce même formulaire invitait à une déclaration quant à l'orientation sexuelle, 97 pour cent des lesbiennes et des gaies se déclaraient.⁶

Avant de connaître l'orientation sexuelle d'une patiente, il est important d'employer un langage qui ne présume pas l'hétérosexualité, comme, par exemple, demander quel type de contraceptifs elle prend. Cela suppose que la femme est hétérosexuelle, et il se peut que cela contribue à ériger des barrières pour une lesbienne parce que la patiente se voit dans l'obligation de choisir si elle veut rectifier cette supposition erronée. Il existe plusieurs façons de découvrir l'orientation sexuelle d'une patiente sans poser de jugement moral. Par exemple, on peut demander :

- Faites-vous partie d'un couple actuellement?
- Avez-vous une vie sexuelle?
- Avez-vous un, une, ou plusieurs partenaires intimes?
- Est-ce que votre partenaire intime est un homme ou une femme?
- Avez-vous eu des relations sexuelles avec un homme, une femme, ou les deux?

Les questions doivent être formulées de manière à ce que les patientes aient le sentiment que l'honnêteté de leurs réponses ne suscitera pas de réactions négatives de la part du médecin.

Lorsqu'une femme s'identifie comme lesbienne, on suppose souvent qu'elle n'a de relations sexuelles qu'avec d'autres femmes. Une étude a conclu que 77 pour cent des femmes gaies avaient des relations hétérosexuelles et, dans certains cas, avec des hommes gaies.⁸ Les pratiques sexuelles précises d'une patiente déterminent les risques de certaines maladies et sont très importantes pour faire des recommandations médicales aux patientes, comme c'est le cas, par exemple, pour les frottis vaginaux. Une description complète du comportement sexuel passé et présent permettra de déterminer le risque d'infection du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des maladies transmises sexuellement (MTS) et du papillomavirus. Il est important de poser des questions sur l'emploi des drogues, surtout des drogues intraveineuses, à cause des problèmes de santé associés à ces comportements.

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Les problèmes de santé mentale tendent à être plus fréquents chez les lesbiennes, probablement à cause du manque de support familial et social durant la croissance. Un sentiment d'isolement, accompagné d'un mode de vie clandestin, contribue au stress émotionnel qui prédispose à la toxicomanie, à la dépression et au suicide.⁹ Malheureusement, une seule enquête canadienne a été menée dans une grande ville, et il se peut qu'elle souffre de biais attribuables à un échantillonnage à trop grande échelle. Les lesbiennes canadiennes semblent moins souffrir de dépressions que leurs compagnes américaines (14 % c. 37 %).^{5,9}

Les médecins doivent être conscients des problèmes de santé mentale pouvant affecter les lesbiennes, problèmes qui sont amplifiés chez les adolescentes.

LES ADOLESCENTES LESBIENNES

Les adolescentes lesbiennes sont particulièrement vulnérables lors du processus de découverte de leur homosexualité. Cela se passe généralement au moment où toutes les adolescentes sont aux prises avec leur propre identité, et la prise de conscience de leurs dispositions homosexuelles exacerbe les turbulences de cette étape de la vie. Si elles sont privées du support de la famille et des amies, des problèmes émotifs peuvent apparaître sous forme de dévalorisation personnelle, de dépression, de mauvais rendement scolaire et de toxicomanie. Les médecins doivent chercher à dépister les signes de ces problèmes et examiner la possibilité d'une certaine confusion quant à l'orientation sexuelle comme faisant partie de leur diagnostic différentiel. Les jeunes lesbiennes courent un risque deux à trois fois plus élevé de faire une tentative de suicide, et il se peut que l'homosexualité soit responsable jusqu'à 30 pour cent des suicides réussis.¹⁰ Les jeunes lesbiennes tentent de cacher leur identité sexuelle en ayant des rapports hétérosexuels, et même, en devenant intentionnellement enceintes. Elles peuvent aussi être trop occupées pour fréquenter d'autres personnes. Les jeunes lesbiennes courent aussi un plus grand risque de devenir sans abri, avec toutes les conséquences que cela peut entraîner, en particulier, la rupture avec la famille.

LES LESBIENNES ET LA GROSSESSE

Étant donné que beaucoup de lesbiennes connaissent moins de grossesses que les femmes hétérosexuelles, il se peut qu'elles courent un risque plus élevé pour les cancers (cancer du sein et de l'utérus) que les études épidémiologiques associent à la nulliparité, aux grossesses tardives et au fait de n'avoir pas allaité de nourrisson.^{11,12} Il existe des données qui suggèrent que les femmes qui n'ont pas utilisé de contraceptifs oraux ou qui sont nullipares, connaissent un plus grand risque de cancer de l'ovaire ou de l'utérus.^{13,14,15} Il faut dire qu'aucune étude précise n'a lié ces formes de cancer au lesbianisme. Les risques sont théoriques, fondés seulement sur la nulliparité et une utilisation réduite des contraceptifs hormonaux. Le risque de cancer du col de l'utérus

dépend de la fréquence des contacts hétérosexuels et d'autres facteurs de risque connus. Le dépistage doit suivre des directives reconnues. Les femmes qui n'ont que des contacts homosexuels ont un risque réduit de cancer du col de l'utérus. Cependant, pour les lesbiennes, il y a une absence de données. Des intervalles de trois ans pour les examens de dépistage de suivi semblent raisonnables.¹⁶ Dans ces circonstances, les tests systématiques pour les MTS ne sont pas justifiés.

LES LESBIENNES COMME PARENTS

Beaucoup de familles de lesbiennes comprennent des enfants issus de couples hétérosexuels antérieurs dont l'une des partenaires, ou même les deux, étaient membres. Ces enfants peuvent aussi avoir été adoptés, être le fruit d'un coït ne visant que la conception, ou d'une insémination thérapeutique par donneur. Il existe beaucoup d'études sur les conséquences pour les enfants d'être élevés par des lesbiennes. Une revue exhaustive de la littérature médicale démontre que la santé psychologique et l'adaptation sociale chez les enfants de parents gais et lesbiennes ne diffèrent pas de la santé des enfants de parents hétérosexuels.¹⁷ De plus, on n'a pas relevé de différences entre ces groupes quant à l'identité sexuelle, au comportement selon le sexe, ou à l'orientation sexuelle des adolescents. Les deux groupes ont connu des taux équivalents de troubles d'ordre psychiatrique et de problèmes émotifs ou de comportement. Les enfants de parents gais ou lesbiennes risquent moins d'être victimes de violence parentale, sexuelle ou physique, et ils ont tendance à être plus tolérants face à la diversité.

Le désir d'avoir des enfants n'est pas moins grand chez les lesbiennes que chez les autres femmes. Un sondage a révélé que 60 pour cent des lesbiennes envisageaient la possibilité d'avoir une famille.⁷ Cependant, à cause du manque de support de la part de la société et du corps médical, ces femmes risquent fort de ne pas même essayer de devenir enceintes. Comme l'adoption et les programmes de fécondité peuvent être difficiles d'accès pour elles, elles sont portées à mettre leur santé en péril pour concevoir (p. ex. en ayant des rapports sexuels avec des étrangers, ou une insémination à partir du sperme d'un donneur qui n'a pas été médicalement sélectionné). Aucun individu ne devrait être exclu d'un service médical offert aux autres en raison de son orientation sexuelle (p. ex. l'insémination artificielle à partir du sperme testé provenant d'un donneur anonyme ou tout autre technique de fécondation).

AGRESSION ET VIOLENCE SEXUELLE

Les professionnels de la santé doivent être à l'affût des possibilités d'agression et de violence, passées et présentes. Tout comme chez l'ensemble de la population féminine, environ 38 pour cent des lesbiennes ont été victimes d'agression sexuelle durant leur enfance, et 40 pour cent témoignent en avoir été victimes.⁹ Les lesbiennes peuvent aussi être victimes de violence de la part de leur partenaire. Une étude canadienne a conclu que le taux

de violence psychologique par la partenaire, dans un couple de lesbiennes, était de 40 pour cent, ce qui correspond à peu près au taux constaté chez les femmes hétérosexuelles. Toutefois, les taux de violence physique étaient beaucoup plus bas chez les couples de lesbiennes (50 % c. 14 %).⁵ S'il est difficile pour les lesbiennes de révéler leur orientation sexuelle, on peut comprendre qu'il leur est pratiquement impossible de parler de l'agression subie de leur partenaire. De plus, les lesbiennes sont la cible de la violence anti-gaie. Jusqu'à 92 pour cent d'entre elles déclarent avoir été victimes d'une agression anti-gaie, verbalement ou sous forme de menaces.¹⁸

EN RÉSUMÉ

Les problèmes de soins de santé des lesbiennes sont ceux que connaissent les femmes en général. Il faut identifier tout ce qui empêche une patiente de recevoir des soins de santé optimaux, et prendre des mesures pour que la situation change. Les prestataires de soins de santé doivent s'examiner eux-mêmes, prendre conscience de leurs préjugés, et évaluer leur besoin de s'adapter. Les recherches prouvent de façon constante que les lesbiennes ont besoin de révéler leur orientation sexuelle, et que la plupart croient que cela peut leur assurer des soins de santé de meilleure qualité. Une fois que le lesbianisme d'une patiente est connu, on ne doit pas faire abstraction des risques de santé d'origine hétérosexuelle avant d'avoir exploré ses antécédents sexuels en profondeur. On peut éventuellement se retrouver coupable pour omission des tests de dépistage habituels, qu'elle soit intentionnelle ou non.

Les professionnels de la santé doivent recevoir une formation adéquate pour être en mesure de fournir des soins aux lesbiennes à la hauteur de leurs responsabilités. Les institutions d'enseignement postsecondaire et les associations professionnelles peuvent jouer un rôle important pour améliorer les connaissances, la compétence et la sensibilité nécessaires pour prodiguer ces soins. Les facultés de médecine doivent mettre sur pied des programmes de formation sur la sexualité humaine de manière à réduire l'homophobie et l'hétérosexisme. Ces programmes doivent enseigner la façon de prendre connaissance des antécédents d'un patient, sans manifester de préjugés quant à l'orientation sexuelle. Les prestataires de soins doivent apprendre à être suffisamment à l'aise en matière de sexualité pour explorer en profondeur les antécédents sexuels des patients, sans se sentir gênés et maladroits.

J Soc Obstet Gynaecol Can 2000;22(3):206-10

RÉFÉRENCES :

1. Williams KL. Lesbian health care issues: Letter to the editor. J Fam Pract 1995;41(3):224.
2. Laumann EO, Michael RT, Gagnon GH. Sex in America - definitive survey. Boston: Little, Brown and Company 1994.

-
3. Diamond M. Homosexuality and bisexuality in different populations. *Arch Sex Behav* 1993;22:291.
 4. Stevens PE. Structural and interpersonal impact of heterosexual assumptions on lesbian health care clients. *Nurs Res* 1995;44(1):25-30.
 5. Moran N. Lesbian health care needs. *Can Fam Phys* 1996;42:879-84.
 6. Coalition for Lesbian and Gay Rights in Ontario: Project Affirmation. *Systems Failure* 1997.
 7. Denenberg, R. Report on lesbian health. *Women's Health Issues* 1995;5(2):81-91.
 8. Johnson SR, Smith EM, Guenther SM. Comparison of gynecologic health care problems between lesbians and bisexual women. *J Reprod Med* 1987;32:805-11.
 9. Bradford J, Ryan C, Rothblum ED. National lesbian health care survey: implication for mental health. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:228-42.
 10. Ramafedi G, Farrow JA, Deiser RW. Risk Factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics* 1991;87(6):869-75.
 11. Enger SM, Ross RK, Henderson B, Bernstein L. Breastfeeding history, pregnancy experience and risk of breast cancer. *Br J Cancer* 1997;76(1):118-23.
 12. Lochen ML, Lund E. Childbearing and mortality from cancer of the corpus uteri. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 1997;76(4):373-7.
 13. Jick SS, Walker AM, Jick H. Oral contraceptives and endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 1993;82:931-5.
 14. Rosenberg L, Palmer JR, Zauber AG *et al*. A case-control study of oral contraceptive use and invasive epithelial ovarian cancer. *Am J Epidemiol* 1994;138:654-61.
 15. Whittemore AS, Harris R, Itnyre J, Collaborative Ovarian Cancer Group. Characteristics relating to ovarian cancer risk: collaborative analysis of 12 US case-control studies. II. Invasive epithelial ovarian cancers in white women. *Am J Epidemiol* 1992;136:1184-203.
 16. White JC, Levinson W. Lesbian health care: what a primary care physician needs to know. *West J Med* 1995;162:463-6.
 17. Patterson CJ. Children of lesbian and gay parents. *Child Dev* 1992; 63:1025-42.
 18. Herek GM. Hate crimes against lesbians and gay men. *Am Psychol* 1989;44(6):948-55.