



Université d'été de l'AIGS

L'intégration et l'accessibilité des soins pour les personnes issues de la communauté LGBTQIA+

Dr Maxence Ouafik

29/08/2025



Préambule	2
1. Disparités de santé des minorités sexuelles et de genre	4
1.1 Disparités de santé touchant les personnes trans	5
1.2 Disparités de santé touchant les minorités sexuelles	7
2. Le modèle de stress minoritaire ...	12
2.1 Genèse du modèle de stress minoritaire	13
2.2 Principes du modèle	14
2.3 Facteurs de résilience	16
2.4 L'importance du structurel	17
3. L'accès au soin	19
3.1 Difficultés d'accès au soin	20
3.2 Scission au sein de la santé trans ..	28
3.3 L'impossible scission	29
4. Les soins informés par les traumatismes	30
4.1 De l'intérêt d'une approche informée par les traumatismes	31
4.2 Principe des soins informés par les traumatismes	32

Préambule



Par **minorité sexuelle, sexuée ou de genre (MSSG)**, nous entendons ici toute personne qui occupe une position sociale minoritaire en raison de son orientation sexuelle, de ses caractères sexuels ou de sa modalité de genre

Dans le cadre de cet exposé, nous parlerons des **minorités sexuelles et de genre**

Enfin, par *trans*, nous ne parlerons pas d'identité, mais bien d'un rapport à son assignation de naissance impliquant un détachement de celle-ci par un processus de transition, qu'il soit social, administratif ou médical.

1. Disparités de santé des minorités sexuelles et de genre



1.1.1 Santé mentale¹

4x plus de dépression que chez les personnes cis

3x plus de troubles anxieux que chez les personnes cis

2x plus de décès par suicide que chez les personnes cis avec une prévalence de 40-50% pour les tentatives de suicide à vie

44% de PTSD

1/3 des jeunes trans de 18-25 ans présentant un TCA



1.1.2 Santé sexuelle

Davantage d'infection à VIH, principalement chez les femmes trans²

Davantage d'infections à Chlamydia et Gonorrhée³

Surexposition à la violence sexuelle⁴



1.2.1 Santé mentale

Prévalence plus élevée de dépression chez les lesbiennes, gays et bis (44%)⁵

Prévalence plus élevée d'idées et comportements suicidaires⁶

Davantage de problèmes de substance⁷ et problématique du chemsex chez les HSH



1.2.2 Santé sexuelle

45% des nouvelles infections à VIH en 2023 étaient dues à des rapports sexuels entre hommes⁸ (voir Fig. 1)

Entre 2022 et 2023, 64% des diagnostics de gonorrhée ont été posés chez des HSH⁹ (voir Fig. 2)

Durant la même période, 78% des diagnostics de syphilis ont été posés chez des HSH⁹ (voir Fig. 2)

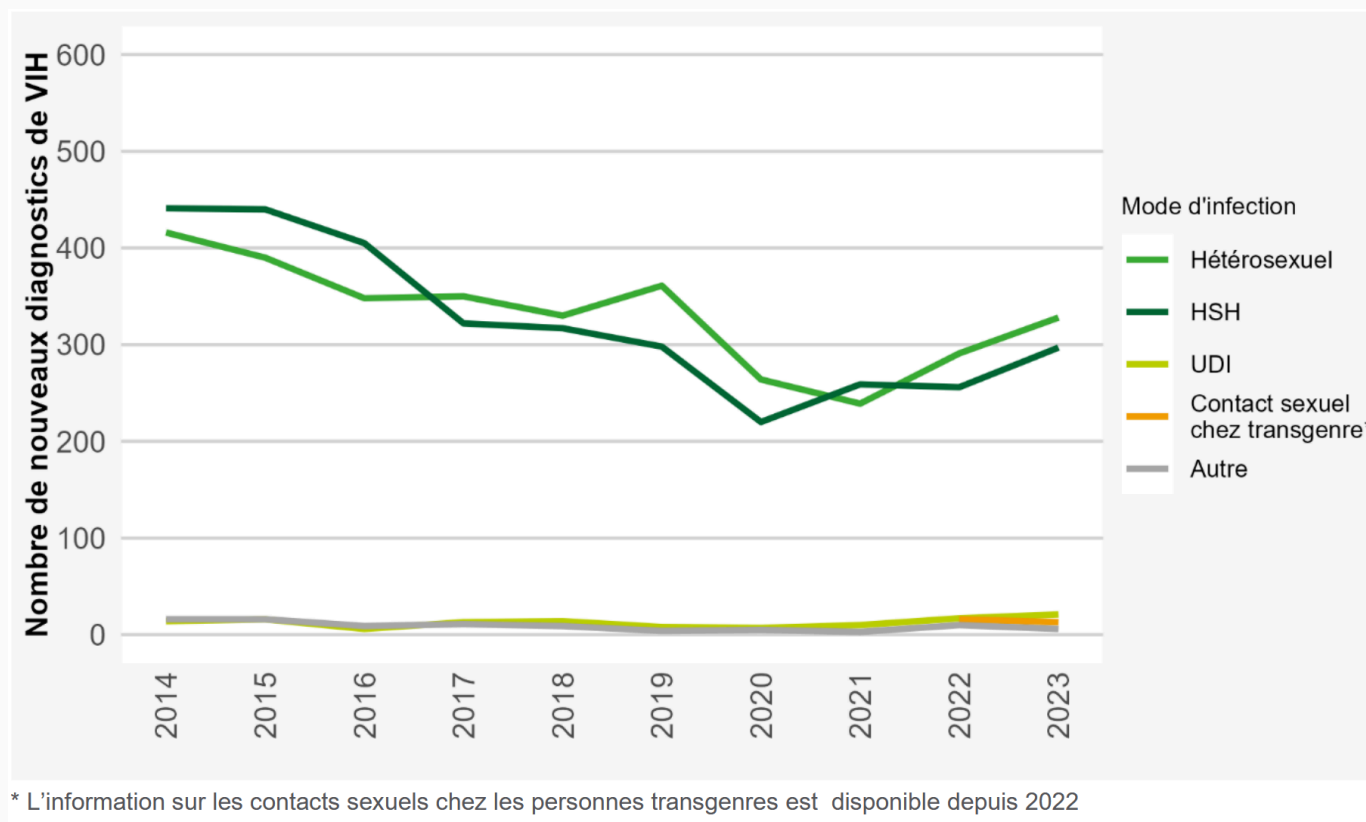


Fig. 1. – Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH par mode d'infection probable, Belgique, 2014-2023⁸

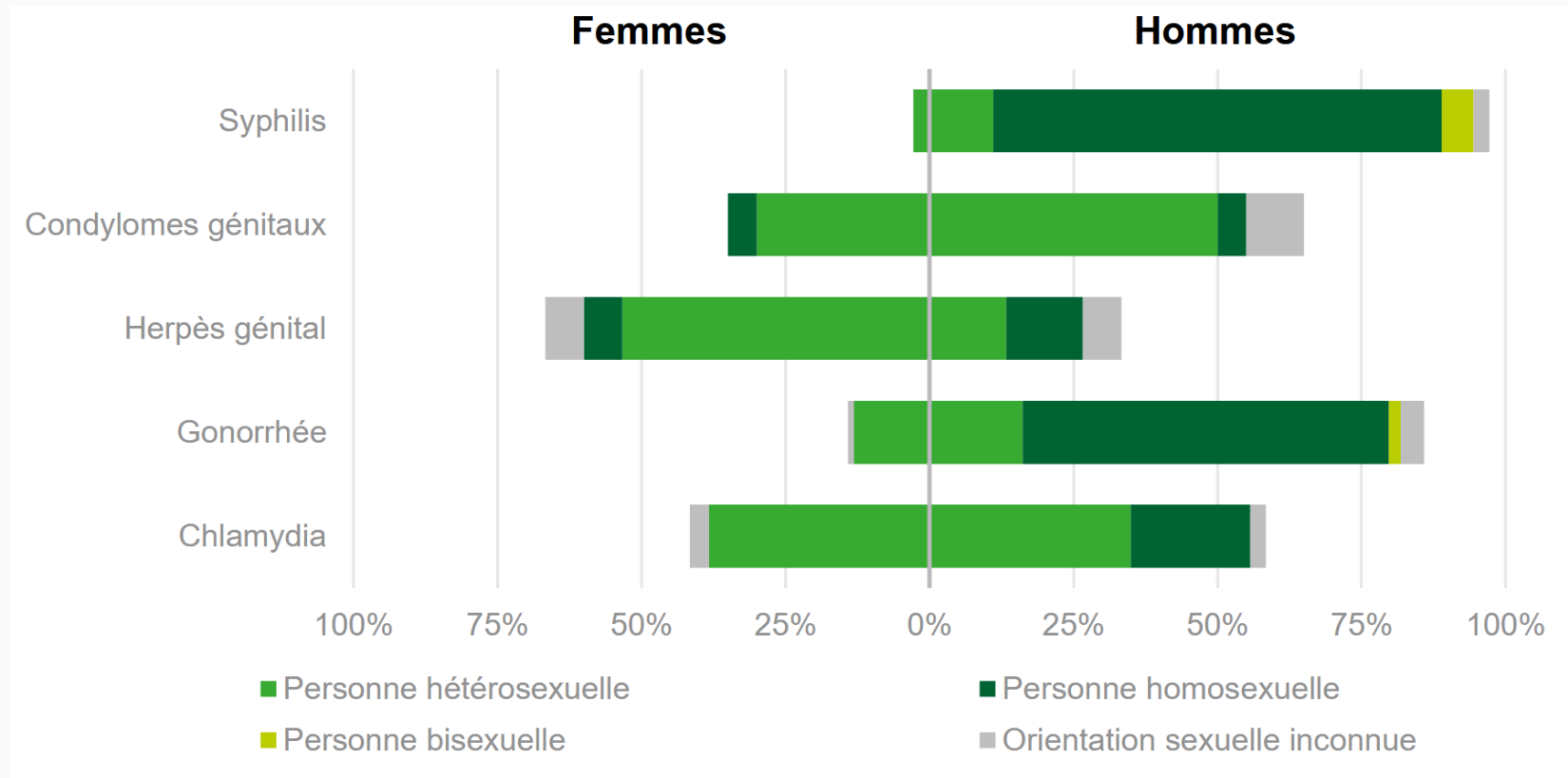


Fig. 2. – Répartition proportionnelle de l'orientation sexuelle par IST et par sexe Belgique, 2022-2023⁹



Surexposition à la violence sexuelle, notamment intrafamiliale¹⁰, touchant à la fois les hommes gays et bisexuels, les femmes lesbiennes et, a fortiori, les femmes bisexuelles¹⁰⁻¹²

2. Le modèle de stress minoritaire



Ces disparités de santé ne viennent pas de nulle part, pas plus qu'elles seraient intrinsèques au fait d'être LGBT

Le modèle le plus employé pour expliquer cela est celui du *stress minoritaire*

Le terme été employé pour la première fois par Brooks, en 1981, pour décrire la manière dont les lesbiennes sont affectées par un stress social, culturel et économique¹³

Il a ensuite été utilisé dès 1995 par Meyer pour parler de la santé mentale des minorités sexuelles, permettant de gagner une reconnaissance plus large et a été élargi en 2012 par Hendrickx et Testa pour capturer les stressseurs spécifiques aux personnes trans¹³



L'idée derrière ce concept est que les minorités sexuelles et de genre font face à un stress accru par rapport à la population générale¹⁴



Fig. 3. – Représentation schématique du stress minoritaire



Ce stress spécifique peut ensuite être subdivisé en deux catégories de stressseurs :

- Les stressseurs internes
- Les stressseurs externes

Stresseurs externes¹⁵

- Discrimination
- Harcèlement
- Violence
- Déni de l'identité

Stresseurs internes¹⁵

- Anticipation d'évènements négatifs
- Dissimulation de l'identité
- Transphobie intériorisée



Il n'y a évidemment pas que des facteurs négatifs à prendre en compte, mais également des ressources externes et internes qui permettent de diminuer les disparités de santé mentale¹

Les principaux facteurs de bien-être sont l'euphorie de genre, l'estime de soi et la satisfaction dans sa vie¹

Dans les facteurs protecteurs, on retrouve le soutien social et, a fortiori le soutien familial^{1,16}



Ne pas oublier que les facteurs de stress distaux s'inscrivent dans un contexte social plus large¹³

À côté des facteurs interpersonnels (discrimination au travail, rejet par la famille, harcèlement...), on retrouve des facteurs structurels et systémiques (barrières à l'accès au soin, décisions politiques...)¹

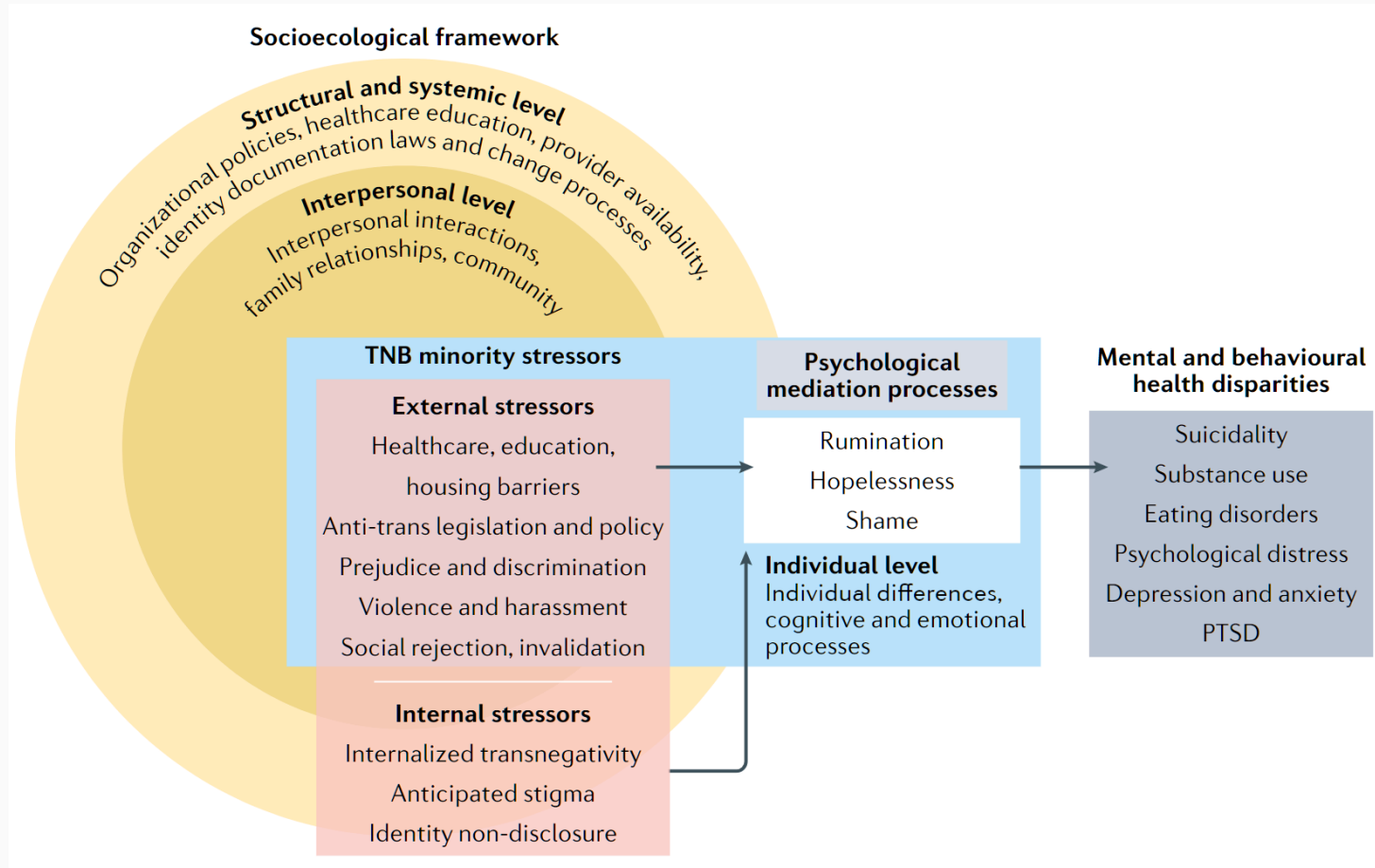


Fig. 4. – Modèle socio-écologique, tiré de Tebbe et al. (2022)¹

3. L'accès au soin

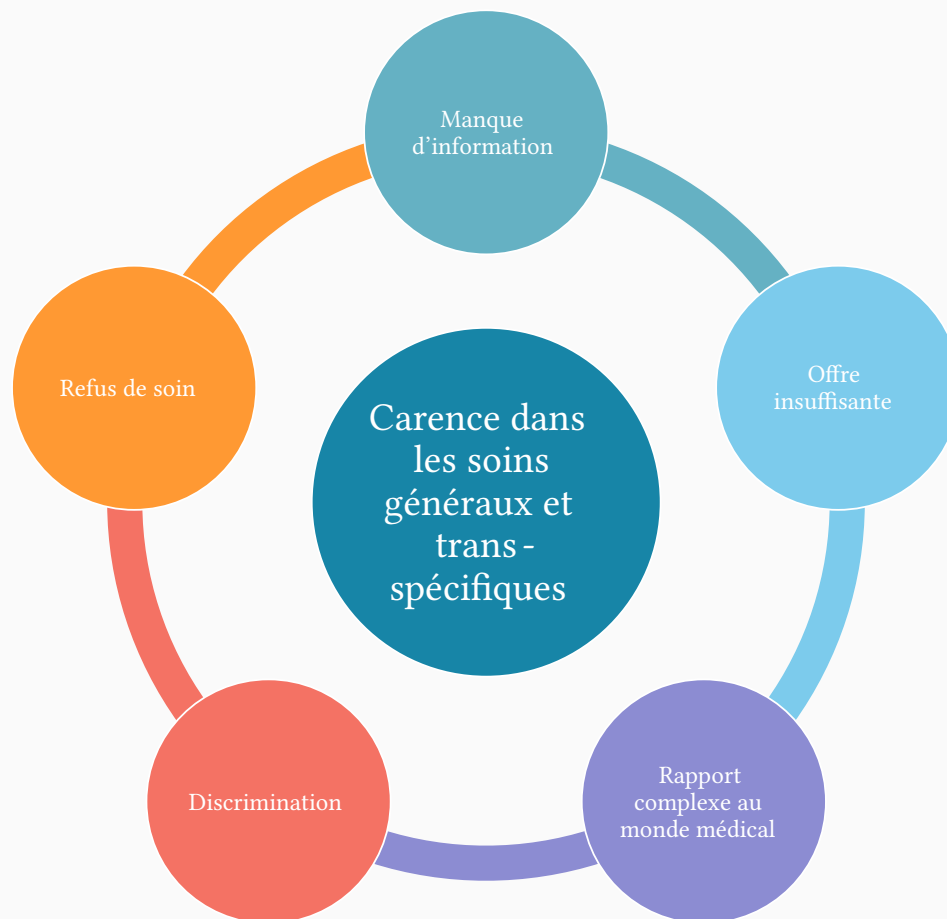


Fig. 5. – Représentation schématique des obstacles dans l'accès au soin des personnes trans



3.1.1 Manque d'information

La difficulté à se procurer des informations adaptées constitue un frein majeur des parcours de transition¹⁷

Dans la recherche d'information auprès de divers prestataires de soin non spécialisés dans les soins trans-spécifiques, seulement la moitié des personnes trans indiquent avoir obtenu des informations utiles¹⁸

Manque de formation médicale sur la santé trans, ce qui représente une barrière à part entière^{19,20}



3.1.2 Insuffisance de l'offre

Difficulté à trouver des professionnels de santé offrant des soins adaptés aux personnes trans^{17,21,22}

Saturation rapide des services spécialisés²³

Nécessité de déplacements importants, longs délais et choix limité du prestataire^{17,21,23}



Mobilité géographique des patients transgenres

Patients vus en consultation dans le cadre de leur THAG (N = 207)

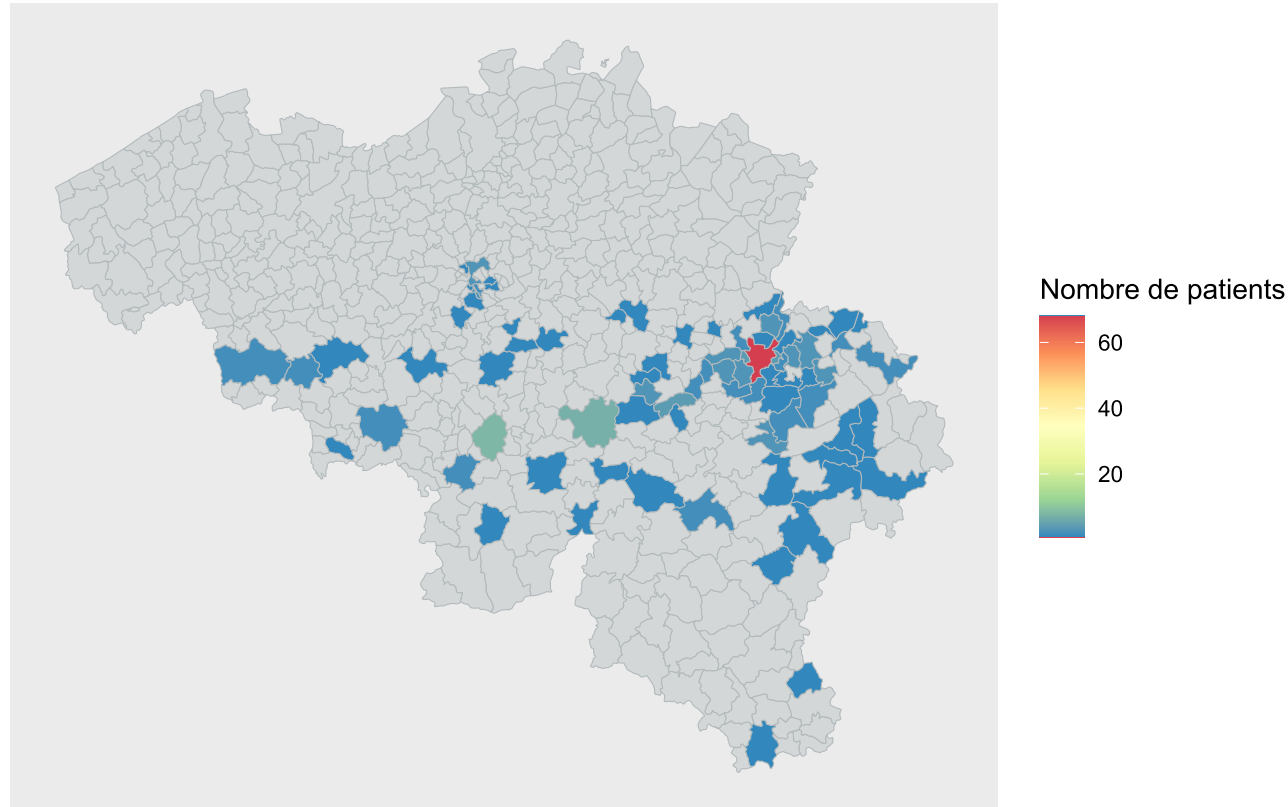


Fig. 6. – Répartition géographique des patient·e·s trans de ma patientèle



3.1.3 Rapport complexe au monde médical

Le monde médical, a fortiori hospitalier, est lié à de nombreux affects négatifs dans l'esprit des personnes trans²⁴ et il existe un manque de confiance des personnes trans envers le monde médical²⁵

Ce rapport complexe est lié à un contexte socio-historique complexe et douloureux)

Il entraîne une anticipation, parfois justifiée, d'évènements négatifs pouvant conduire à un report voire à un évitement des soins



3.1.3.1 Évitement des soins

56.2% des répondants d'une enquête européenne signalent avoir déjà reporté au moins une consultation médicale parce qu'ils étaient trans²⁶

25% ont déjà postposé une consultation chez leur MG et 17% l'ont simplement abandonné²⁷, en raison d'appréhension des remarques du médecin ou de problèmes financiers

40% des personnes transmasculines d'une étude française de 2024 n'avaient jamais eu de consultation gynécologique (âge moyen de 25 ans)²⁸. Leur niveau de confort médian était de 3/10 avec un niveau de satisfaction de 5/10.



3.1.4 Discriminations dans les soins

Les expériences négatives dans les soins peuvent être de différentes natures¹⁸ :

- Outing indésirable
- Mégenrage
- Curiosité déplacée
- Violence physique et verbale

Or, les expériences de soin négatives découragent la recherche ultérieure de soins²⁹



3.1.5 Refus de soin

Les personnes trans peuvent faire face à un refus de soin²⁷

Elles sont en outre systématiquement renvoyées vers les équipes spécialisées, ce qui contribue à leur saturation

Exceptionnalisation des corps et parcours trans et sentiment d'altérisation³⁰ :
J'avais l'impression d'avoir genre une maladie rare où on pouvait juste me référer à un centre qui connaissait. (Timothée)



Le modèle de soin centralisé constitue les soins trans-spécifiques comme exceptionnels et indépendants d'autres questions de santé

Ce faisant, les personnes trans sont réduites au fait d'être trans et la santé trans, aux soins trans-spécifiques.

Le caractère inaccessible et ultra-spécialisé des soins rend secondaire nombreuses questions de santé³¹

Ignorance et/ou intégration difficile des besoins de santé des personnes trans en dehors des services spécialisés³²

Impact négatif sur la capacité à fournir des soins adaptés et de qualité



Il est impossible de scinder une santé « générale » d'une santé « spécifique » et de réduire la santé trans aux seuls soins dits « trans-spécifiques ».

On ne peut apporter des soins adaptés et de qualité en scindant la santé des individus.

C'est d'autant plus important en santé trans dans la mesure où la santé de la personne dans son ensemble peut être influencée par les aspects dits « trans-spécifiques »

Les deux premières lignes de soin ont donc un rôle crucial à jouer !

4. Les soins informés par les traumatismes



Les MSG vivent un stress minoritaire en plus du stress général et sont surexposées à la violence, qu'elle soit physique, sexuelle, verbale ou entre partenaires

Les principes des soins informés par les traumatismes ont donc toute leur place dans l'accueil et la prise en soin



Réaliser l'impact profond et généralisé des traumatismes et comprendre les différentes voies de rétablissement

Reconnaître les signes symptômes des traumatismes chez les patients, familles, équipes et autres personnes impliquées dans le système

Intégrer les connaissances sur les traumatismes dans les politiques, procédures et pratiques des structures de soin

Ne pas retraumatiser !

Bibliographie



1. Tebbe EA, Budge SL. Factors that drive mental health disparities and promote well-being in transgender and nonbinary people. *Nature Reviews Psychology* 2022; 1: 694-707.
2. Becasen JS, Denard CL, Mullins MM, et al. Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006–2017. *American Journal of Public Health*; 109. Epub ahead of print janvier 2019. DOI: 10.2105/AJPH.2018.304727.
3. Pitasi MA, Kerani RP, Kohn R, et al. Chlamydia, Gonorrhea, and Human Immunodeficiency Virus Infection Among Transgender Women and Transgender Men Attending Clinics that Provide Sexually Transmitted Disease Services in Six US Cities. *Sexually Transmitted Diseases* 2019; 46: 112-117.
4. Testa RJ, Sciacca LM, Wang F, et al. Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice* 2012; 43: 452-459.
5. Ross LE, Salway T, Tarasoff LA, et al. Prevalence of Depression and Anxiety Among Bisexual People Compared to Gay, Lesbian, and Heterosexual Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Sex Research* 2018; 55: 435-456.
6. Salway T, Ross LE, Fehr CP, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Disparities in the Prevalence of Suicide Ideation and Attempt Among Bisexual Populations. *Archives of Sexual Behavior* 2019; 48: 89-111.
7. Medley G, Lipari RN, Bose J, et al. *Sexual Orientation and Estimates of Adult Substance Use and Mental Health: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health*. 2016.



8. Deblonde J, Serrien B, De Rouck M, et al. *Epidémiologie du VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2023.* 2024. Epub ahead of print 2024. DOI: 10.25608/11BJ-2191.
9. Lecompte A, Serrien B, Bensemmane S, et al. *Surveillance des infections sexuellement transmissibles. Situation épidémiologique au 31 décembre 2023.* 2024. Epub ahead of print 2024. DOI: 10.25608/408R-BK15.
10. Hamel C. *Violences intrafamiliales : les filles et les jeunes LGBT plus touchés. Face au droit, nous sommes tous égaux.* 2020.
11. Johnson NL, Grove M. Why Us? Toward an Understanding of Bisexual Women's Vulnerability for and Negative Consequences of Sexual Violence. *Journal of Bisexuality* 2017; 17: 435-450.
12. Canan SN, Jozkowski KN, Wiersma-Mosley JD, et al. Differences in Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women's Experiences of Sexual Assault and Rape in a National U.S. Sample. *Journal of Interpersonal Violence* 2019; 088626051986372.
13. Linander I, Lundberg T, Alm E. The gender minority stress model and/or cisnormativity? The need for pluralistic theoretical perspectives in improving trans health and medicine. *Social Science & Medicine* 2024; 351: 116957.
14. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence.. *Psychological Bulletin* 2003; 129: 674-697.
15. Testa RJ, Habarth J, Peta J, et al. Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure.. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* 2015; 2: 65-77.
16. Mezza F, Mezzalira S, Pizzo R, et al. Minority stress and mental health in European transgender and gender diverse people: A systematic review of



- quantitative studies. *Clinical Psychology Review* 2024; 107: 102358.
17. Baleige A, Guernut M, Denis F. Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : une revue systématique de la littérature communautaire. *Santé Publique* 2023; 197-211.
18. Motmans J, Wyverkens E, Defreyne J. *Être une personne transgenre en Belgique : 10 ans plus tard*. Bruxelles, Belgique, 2017.
19. Burgwal A, Gvianishvili N, Hård V, et al. The Impact of Training in Transgender Care on Healthcare Providers Competence and Confidence: A Cross-Sectional Survey. *Healthcare* 2021; 9: 967.
20. Research.
21. Kearns S, Kroll T, O`Shea D, et al. Experiences of transgender and non-binary youth accessing gender-affirming care: A systematic review and meta-ethnography. *PLOS ONE* 2021; 16: e257194.
22. Lee JL, Huffman M, Rattray NA, et al. "I Don't Want to Spend the Rest of my Life Only Going to a Gender Wellness Clinic": Healthcare Experiences of Patients of a Comprehensive Transgender Clinic. *Journal of General Internal Medicine*. Epub ahead of print 2022. DOI: 10.1007/s11606-022-07408-5.
23. T'Sjoen G, Motmans J. Integrating transgender care into mainstream medicine—an essay by Guy T'Sjoen and Joz Motmans. *BMJ* 2022; o1949.
24. Ker A, Fraser G, Fleming T, et al. 'A little bubble of utopia': constructions of a primary care-based pilot clinic providing gender affirming hormone therapy. *Health Sociology Review* 2021; 30: 25-40.
25. Holland D, White LCJ, Pantelic M, et al. The experiences of transgender and nonbinary adults in



- primary care: A systematic review. *European Journal of General Practice* 2024; 30: 2296571.
26. Burgwal A, Motmans J. Trans and gender diverse people's experiences and evaluations with general and trans-specific healthcare services: a cross-sectional survey. *International Journal of Impotence Research* 2021; 33: 679-686.
27. Garnier M, Ollivier S, Flori M, et al. Transgender people's reasons for primary care visits: a cross-sectional study in France. *BMJ Open* 2021; 11: e36895.
28. Cuq J, Jurek L, Morel-Journal N, et al. Gynecological primary care of trans men and transmasculine non-binary individuals, a French descriptive study. *International Journal of Transgender Health* 2024; 25: 888-895.
29. Boyer TL, Sequeira GM, Egan JE, et al. Binary and Nonbinary Transgender Adolescents' Healthcare Experiences, Avoidance, and Well Visits. *Journal of Adolescent Health*; 0. Epub ahead of print juin 2022. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2022.04.016.
30. Fournier A. *Naviguer sa transition Une sociologie matérialiste des parcours transmasculins dans le paysage de soin belge francophone*. 2023.
31. Meidani A, Alessandrin A. Cancers et transidentités : une nouvelle << population à risques >> ?. *Sciences Sociales et Santé* 2016; 35: 41-64.
32. Linander I, Alm E, Hammarström A, et al. Negotiating the (bio)medical gaze – Experiences of trans-specific healthcare in Sweden. *Social Science & Medicine* 2017; 174: 9-16.