



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

29^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE

69^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 25 au 29 septembre 2017

Point 8.7-D de l'ordre du jour provisoire

CSP29/INF/7
9 août 2017
Original : anglais

D. LA LUTTE CONTRE LES CAUSES DES DISPARITÉS EN MATIÈRE D'ACCÈS ET DE RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ PAR LES PERSONNES LESBIENNES, GAY, BISEXUELLES ET TRANS (LGBT) : RAPPORT D'AVANCEMENT

Antécédents

1. L'adoption de la résolution CD52.R6 sur la *Lutte contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (LGBT)* par les États Membres de l'OPS lors du 52^e Conseil directeur en 2013 (1) est une étape importante sur le chemin de la santé universelle. Elle reconnaît en effet que les populations marginalisées, parmi lesquelles les personnes LGBT, font depuis toujours face à une stigmatisation et à une discrimination, ainsi qu'à d'autres réalités qui s'opposent fortement à leur santé. Ainsi, la résolution CD52.R6 prie instamment les États Membres de l'OPS a) de promouvoir des services de santé pleinement respectueux de la dignité humaine et des droits en matière de santé, et tenant donc compte de la diversité sexuelle et de la diversité de genre, b) d'adopter des politiques, des plans et des lois qui portent attention à la stigmatisation et à la discrimination vécues par les personnes LGBT et autorisent une plus grande disponibilité et accessibilité des services sanitaires pour ces populations et c) colliger des données sur la santé des personnes LGBT et sur leur accès aux services de santé.

2. De plus, la résolution CD52.R6 demande à la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) d'élaborer et de présenter aux États Membres un rapport (le rapport de la Directrice) concernant la situation de santé des personnes LGBT, leur accès aux soins, les obstacles auxquels elles peuvent se heurter en matière d'accès aux soins ainsi que les incidences d'un accès réduit pour ce groupe démographique.

3. Ce document résume les progrès accomplis en date dans la mise en œuvre de la résolution CD52.R6, décrit les lacunes actuelles concernant l'accès des personnes LGBT aux soins de santé et offre des recommandations préliminaires pour renforcer cette mise

en œuvre. L'information présentée dans ce document est fondée sur les premiers résultats de deux enquêtes/questionnaires en ligne préparés par le Bureau : l'un adressé au personnel des ministères de la Santé des États Membres de l'OPS, l'autre adressé à des organisations non gouvernementales (ONG).¹ Elle est par ailleurs complétée par une revue détaillée de la littérature sur le sujet, mentionnée ici. Les résultats de ces sources ont servi à l'élaboration du rapport de la Directrice, actuellement en cours de rédaction, qui sera finalisé en consultation avec les États Membres et les parties prenantes pertinentes, tel que le requiert la résolution CD52.R6. L'ébauche du rapport de la Directrice applique le cadre conceptuel établi par la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (2), qui sert de guide pour renforcer la réponse du système de santé aux besoins sanitaires des populations LGBT. Le rapport de la Directrice sera terminé et présenté aux États Membres en 2018.²

Mise à jour sur les progrès réalisés par les États Membres

4. Les États Membres progressent en termes de prestations de services sanitaires répondant aux besoins de santé des personnes LGBT. Deux tiers des pays ayant répondu à l'enquête du Bureau ont indiqué qu'ils offrent, dans leur système de santé publique, des services adaptés aux personnes LGBT. De plus, les ONG LGBT offrent un large éventail de services. Les préoccupations et inégalités sanitaires dont fait état la littérature peuvent être extrapolées aux populations LGBT des Amériques.³ Même si les États Membres reconnaissent un ensemble de problèmes sanitaires touchant les populations LGBT, les besoins et les iniquités en matière de santé concernant les personnes LGBT sont principalement envisagés sous la perspective de l'infection à VIH et des IST. Dû à ce préjugé, les besoins des personnes trans et des femmes lesbiennes et bisexuelles sont occultés. Cet état de fait, qui transparait dans la prestation, la structure et le financement des services sanitaires, a des répercussions sur la santé globale des personnes LGBT.

5. Les résultats préliminaires de l'ébauche du rapport de la Directrice mettent en évidence que, malgré les efforts des États Membres, la prestation dans la région de

¹ Un total de 33 pays et territoires a répondu au questionnaire du ministère de la Santé (Argentine, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Haïti, Honduras, Îles Vierges britanniques, Îles Turques et Caïques, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela), tandis que 28 ONG réparties sur 18 pays ont répondu au second questionnaire.

² Titre à paraître : *Addressing the Causes of Disparities in Health Service Access and Utilization: Assessing the Health Situation and Access to Care for LGBT People in the Americas*.

³ Les problèmes de santé le plus souvent évoqués en termes d'inégalités et de lacunes des services sanitaires comportaient : offre limitée d'hormonothérapie; procédures chirurgicales dans le cadre d'une transition; complications de santé liées à une utilisation d'hormones sans supervision et modifications corporelles (p. ex., utilisation d'huile industrielle ou de silicone liquide) pour les populations trans; accès aux services pour aborder la santé anale, la santé mentale et certains types de cancer constatés chez les hommes homosexuels; accès à la prophylaxie avant et après exposition et à la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) pour les hommes gay et bisexuels; accès aux services gynécologiques et aux services de santé génésique, ainsi qu'à la prise en charge de certains types de cancer et de la violence sexuelle pour les femmes lesbiennes.

services sanitaires adaptés aux besoins des personnes LGBT est hétérogène. Ces services sont le plus souvent offerts avec une approche identique d'une personne à l'autre et centralisés dans les grands établissements urbains. Dans le cas de l'infection à VIH par exemple, même si les services sont répandus et présentés comme étant adaptés aux personnes LGBT, ils peuvent : *a)* ne pas offrir de mesures préventives adaptées, *b)* manquer de ressources pour répondre aux besoins sanitaires des personnes LGBT, *c)* être offerts dans des cadres où les personnes LGBT font encore l'objet d'une stigmatisation et d'une discrimination et *d)* nécessiter un paiement direct au point de service. Il est ainsi évident qu'améliorer les services concernant l'infection à VIH chez les personnes LGBT reste crucial.

6. En ce qui concerne les politiques et les lois qui concernent les personnes LGBT, la moitié des 33 ministères de la Santé qui ont répondu au questionnaire du Bureau ont indiqué avoir mis en place des politiques anti-discrimination et des lois adaptées pour répondre aux besoins particuliers des personnes LGBT. De plus, 48,5 % des ministères de la Santé ayant répondu ont confirmé être dotés d'un cadre légal et/ou d'un ensemble de lois qui promeuvent les droits des personnes LGBT. Presque la moitié des pays et territoires répondants a adopté des lois ayant pour objectif d'éliminer la violence et la discrimination orientées vers les personnes LGBT, tandis que 33 % ont déjà des lois (ou en préparent) imposant la création de services sanitaires adaptés aux personnes LGBT. Parmi les exemples de lois promouvant les droits des personnes LGBT cités par les ministères répondants se trouvent des sujets comme l'anti-discrimination, l'adoption étendue aux personnes LGBT, le mariage et les unions civiles, l'identité de genre, la santé universelle et la violence liée au genre. Par ailleurs, plus de la moitié des ministères de la Santé répondants ont indiqué avoir élaboré des politiques et des lois qui abordent la santé des personnes LGBT.

7. La législation concernant la santé à laquelle les ministères répondants ont fait référence inclut des lois reconnaissant les groupes LGBT comme une population qui vit dans des conditions de vulnérabilité et dont les besoins sanitaires sont uniques. Cependant, certains pays et territoires ont encore des lois qui considèrent que les personnes LGBT sont en infraction. Il s'agit d'une situation cruciale car, selon la littérature examinée, les lois de ce type peuvent créer un environnement qui tolère, voire permet, la violence contre les personnes LGBT et, de ce fait, encourage les abus envers ces populations. Même si des politiques et des lois existent, leur application et leur mise en vigueur varient considérablement d'un pays et d'un territoire à l'autre, et même à l'intérieur d'un pays ou d'un territoire.

8. Les pays et territoires qui ont répondu au questionnaire sont dotés d'une large gamme de mécanismes de reddition de comptes qui articulent différentes structures gouvernementales, parmi lesquelles le ministère de la Santé et le Bureau de l'Ombudsman, ainsi que des ONG LGBT et des organisations de la société civile (OSC). Moins de 20 % des ministères de la Santé répondants ont évoqué la création d'entités ou de conseils dédiés ciblant exclusivement les problèmes en lien avec la diversité sexuelle et la diversité de genre. Ce type d'initiatives est vraisemblablement davantage constaté

dans les pays et les territoires où les actions légales et les politiques affirmant les droits des personnes LGBT sont plus énergiques (3).

9. Plus de 50 % des pays qui ont répondu au questionnaire ont indiqué être dotés de politiques, normes ou directives concernant la prestation de services sanitaires aux personnes LGBT. Cela posé, la plupart des politiques et des normes de santé existantes ciblent la prévention et le traitement de l'infection à VIH sans aborder d'autres besoins sanitaires. Néanmoins, un certain nombre de ministères répondants (24,2 %) ont indiqué être dotés de politiques et de directives concernant la diversité sexuelle et la diversité de genre, ou les normes de soins pour les populations LGBT. Parmi les exemples de ces normes se trouvent la promotion de services sanitaires dédiés (particulièrement pour les personnes trans, par exemple la fourniture d'hormonothérapie) et les consultations sans préjugés vis-à-vis des personnes LGBT, la non-discrimination selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre dans un contexte de soins de santé, et les meilleures pratiques pour les soins de santé des personnes LGBT. De plus, environ 70 % des ministères répondants ont indiqué l'existence d'activités de formation ciblées sur les personnes LGBT et abordant l'infection au VIH et les IST, les droits de l'homme, les besoins sanitaires, la stigmatisation et la discrimination.

10. Les résultats préliminaires de l'ébauche du rapport de la Directrice indiquent également que la stigmatisation et la discrimination constituent toujours des obstacles majeurs à l'accès des personnes LGBT aux services sanitaires. La majorité des ministères et des ONG répondants (respectivement 75 % et 96,4 %) ont explicitement mentionné la stigmatisation et la discrimination comme des réalités qui constituent, pour les personnes LGBT, un obstacle à la santé. Ils notent que, pour tenter de se protéger contre la stigmatisation, les personnes peuvent éviter ou retarder les soins, ou encore cacher à leurs prestataires de soins leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre. En fait, du côté des prestataires de santé, l'obstacle principal déterminé par 92,9 % des ONG répondantes est le manque d'expertise face aux problèmes de santé des personnes LGBT. Celles-ci, ne recevant aucun soutien de la part des autorités de santé nationales sur le plan de la diffusion des informations, finissent souvent par s'en remettre à des ONG, à des OSC, ou encore à d'autres réseaux pour obtenir des informations, améliorer leurs connaissances en matière de santé, et trouver des services sanitaires adaptés à leurs besoins. Le fait de considérer les identités LGBT, particulièrement les identités trans, comme des pathologies pénalise les personnes LGBT en termes d'autonomie et peut faire le lit de la stigmatisation dans les établissements de soins de santé. Cette perspective des identités LGBT considérées comme des pathologies constitue également un facteur clé de la prévalence de la thérapie de conversion.

11. De plus, le fait que les personnes LGBT ne soient pas bien représentées à des niveaux d'autorité ou dans le contexte national des soins de santé renforce leur mise à l'index du système de santé en les rendant invisibles et en les empêchant de prendre des décisions qui seraient bénéfiques à leur santé et à leur communauté. Des études faites dans la Région ont montré que les personnes LGBT indiquent avoir vécu de la violence et de l'intimidation de la part des prestataires de soins de santé même (4). Pour aborder la

stigmatisation et la discrimination, 78,8 % des répondants au questionnaire ont affirmé appliquer dans leurs établissements de soins de santé nationaux un certain nombre de stratégies d'inclusion des LGBT. Parmi celles-ci, les plus utilisées sont la création de processus accessibles pour porter plainte et l'affichage visible de déclarations de non-discrimination. De plus, la plupart des ONG, des OSC et des réseaux LGBT offrent du conseil juridique à la communauté LGBT en cas de discrimination. Les services juridiques prennent la forme de soutien par les pairs, de conseils délivrés par des avocats bénévoles, d'association avec des organisations de droits de l'homme et de liens avec les bureaux de l'ombudsman nationaux.

12. Les autres obstacles identifiés par les résultats préliminaires sont les limites de prise en charge par l'assurance maladie, la discrimination sur le marché du travail ou dans les établissements éducatifs et la rareté des ressources pour la prestation des services sanitaires pertinents. La revue de littérature a également permis de noter une réduction de la prise en charge par l'assurance maladie (5). En fait, à cause des difficultés sur le marché du travail, une estimation (6) fait ressortir qu'environ 90 % des femmes trans vivant dans les Amériques se livrent à la prostitution et, si l'on considère les pays pris un par un, cette estimation pourrait même être supérieure dans certains d'entre eux. Par ailleurs, des études ont également indiqué que les personnes LGBT sont plus susceptibles de retarder les soins, voire de ne pas les recevoir, cette restriction étant due à leur coût (7-10).

13. Plus de la moitié des ministères de la Santé répondants ont indiqué que leur pays collige et ventilent des données de santé pour les groupes de personnes LGBT. Même si de telles données peuvent être recueillies en incluant des questions sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre aux outils de collecte des données sanitaires, aux systèmes d'information de santé, aux dossiers hospitaliers et aux recensements nationaux, c'est une situation qui est loin d'être répandue dans les Amériques. Même quand elles sont posées, de telles questions ne sont pas toujours incluses dans tous les outils, ou sont rédigées d'une manière qui limite l'inclusion de toutes les identités L-G-B-T (c.-à-d. en utilisant « sexe » au lieu de « genre », et en suivant un modèle binaire homme/femme), ce qui complique encore un peu plus la collecte de données sur la santé des personnes LGBT.

14. En plus de son travail sur l'ébauche du rapport de la Directrice, le Bureau poursuit son travail de promotion d'un accès accru des populations LGBT à des services sanitaires intégrés et de qualité. Cet effort comporte des formations en droits de l'homme et en droits des personnes LGBT, à la demande d'États Membres individuels, des réunions régionales ayant pour thèmes la diversité de genre et la santé universelle, des plaidoyers pour l'inclusion des personnes LGBT aux documents et politiques et la mise en œuvre d'autres résolutions connexes (résolution CD50.R8, La santé et les droits de l'homme, approuvée en 2010 (11), la résolution CD54.R9, Stratégie en matière de législation sur la santé, approuvée en 2015 (12) et la résolution CD53.R14, Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, approuvée en 2014, pour n'en citer que quelques-unes).

Mesures à prendre pour améliorer la situation

15. À la lumière des progrès accomplis jusqu'ici et des défis qui restent à relever, les États Membres de l'OPS pourraient considérer les recommandations suivantes :

- a) Renforcer et/ou établir des services de santé intégrés et ouverts aux personnes LGBT et qui, fondés sur des données probantes, abordent les besoins sanitaires propres aux personnes LGBT en tenant compte de l'identité de genre et de la diversité d'expression. Chaque population L-G-B-T nécessite des services de santé spécifiques pour répondre aux besoins sanitaires uniques de chaque personne, et des normes ou des directives de soins propres sont donc nécessaires pour chaque identité L-G-B-T. Pour améliorer l'accès aux soins de santé, il est important d'éviter la centralisation des services à l'écoute des personnes LGBT, d'augmenter la capacité de réponse au premier niveau de soins et de promouvoir des services à l'écoute des personnes LGBT dans le secteur public comme dans le secteur privé. Il est également crucial de garantir que des informations sur les ressources de santé concernant les personnes LGBT soient offertes au niveau de la communauté et des services sanitaires, et d'élaborer des stratégies qui permettent aux prestataires de santé d'orienter les personnes LGBT vers des services spécifiquement à l'écoute de leurs particularités.
- b) Améliorer la formation des prestataires de soins de santé de manière à ce qu'ils soient capables d'aborder les besoins sanitaires des personnes LGBT selon des approches fondées sur le genre, sur la diversité et sur les droits, ce qui contribuera à mettre fin à toute forme de discrimination. Collaborer avec les autorités nationales chargées de l'éducation pour apporter des changements aux programmes d'études universitaires liés à la santé et y inclure du contenu concernant les personnes LGBT, sous la forme soit de modules à l'intérieur de cours existants, soit de cours dédiés indépendants.
- c) Envisager les besoins sanitaires propres aux personnes LGBT dans l'élaboration et/ou la mise en œuvre d'initiatives renforçant les politiques de santé et le système de santé dans le cadre de l'effort pour faire progresser la santé universelle. Renforcer les mécanismes de reddition de comptes nationale en faisant participer activement des agences gouvernementales ou d'autres entités pour surveiller que leur conformité est effective.
- d) Accroître les efforts pour garantir que les personnes LGBT peuvent jouir d'un accès et d'un recours aux services de santé sans discrimination, en incluant dans les lois anti-discrimination nationales des États Membres des dispositions interdisant explicitement toute discrimination sur la base de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre. Former et sensibiliser les législateurs et les décideurs aux problèmes liés à la diversité sexuelle et à la diversité de genre, en soulignant les répercussions de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé des personnes LGBT.

- e) Renforcer les systèmes d'information et les mécanismes de surveillance de la santé, pour générer des rapports périodiques comportant les états de santé des personnes LGBT et les obstacles leur bloquant l'accès aux services de santé. Inclure des items concernant l'orientation sexuelle et l'identité de genre dans les enquêtes sanitaires existantes qui visent à dresser un tableau de la santé au plan national, de manière à colliger des données pouvant être ventilées selon ces deux paramètres. Ces informations sont en effet essentielles pour adapter les services, les politiques et les lois concernant la santé et ainsi répondre aux besoins des populations LGBT. Elles sont aussi nécessaires pour contrôler les obstacles à la santé que rencontrent ces personnes et analyser leurs besoins sanitaires.
- f) Renforcer les mécanismes intersectoriels nationaux et les liens avec la communauté pour améliorer la santé et le bien-être des personnes LGBT. Cette action inclut une coopération et une coordination entre le ministère de la Santé et ceux de l'éducation, du travail, de la justice, de la protection sociale et du logement, mais aussi avec les agences faisant respecter la loi, les corps législatifs et les ONG, OSC et réseaux LGBT.
- g) S'appuyer sur la résolution CD54.R9, Stratégie en matière de législation sur la santé, et la résolution CD53.R14, Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, et les autres résolutions de l'OPS, pour encourager l'établissement de cadres légaux, politiques et réglementaires qui promeuvent la possession du meilleur état de santé possible en tant que droit fondamental de tout être humain, tel qu'énoncé dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, sans distinction de sexe, genre, identité de genre ou expression de genre.

Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

16. La Conférence est priée de prendre note du présent rapport concernant les progrès réalisés et de formuler les recommandations qu'elle jugera appropriées.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 30 septembre au 4 octobre 2013; Washington DC, États-Unis. Washington DC : OPS; 2013 (résolution CD52.R6) [consultée le 24 mars 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23328&Itemid=270&lang=fr

2. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 29 septembre au 3 octobre 2014; Washington DC, États-Unis. Washington DC : OPS; 2014 (résolution CD53.R14) [consultée le 24 mars 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27599&Itemid=270&lang=fr
3. Gonzales G, Blewett LA. National and state-specific health insurance disparities for adults in same-sex relationships. *Am J Public Health.* 2014;104(2):e95-104. doi: 10.2105/AJPH.2013.301577
4. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, Alves MJH, Moreira Belém JM, dos Santos Figueiredo FW, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights.* 2016;16(1):1-10. doi: 0.1186/s12914-015-0072-9
5. Heck JE, Sell RL, Gorin SS. Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *Am J Public Health.* 2006;96(6):1111-8. doi: 10.2105/AJPH.2005.062661
6. Red LACTRANS. Report on the economic, social, and cultural rights of the transgender population of Latin America and the Caribbean. 2014 [consulté le 3 décembre 2016]. Disponible en anglais sur: <http://tinyurl.com/gkt332u>
7. Organisation des États Américains (OEA), Inter American Commission on Human Rights. Violence against LGBTI persons; 2015 [consulté le 2 décembre 2016]. Disponible en anglais sur : <http://tinyurl.com/jmo3bae>
8. Gates G. In U.S., LGBT more likely than non-LGBT to be uninsured [Internet]. 2014 [consulté le 28 novembre 2016]. Disponible en anglais sur : <http://tinyurl.com/k3rox5r>
9. Gonzales G, Ortiz K. Health insurance disparities among racial/ethnic minorities in same-sex relationships: An intersectional approach. *Am J Public Health.* 2015;105(6):1106-13. doi: 10.2105/AJPH.2014.302459 [consulté le 28 novembre 2016].
10. Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS, Ward BW. Barriers to health care among adults identifying as sexual minorities: A US national study. *Am J Public Health.* 2016;106(6):1116-22. doi: 10.2105/AJPH.2016.303049

11. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé et les droits de l'homme [Internet], 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010; Washington DC, États-Unis. Washington DC : OPS; 2010 (résolution CD50.R8) [consultée le 24 mars 2017]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8957&Itemid=270

12. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie en matière de législation sur la santé [Internet], 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 28 septembre au 2 octobre 2015; Washington DC, États-Unis. Washington DC : OPS; 2015 (résolution CD54.R9) [consultée le 24 mars 2017]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31906&Itemid=270&lang=fr

- - -