



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



52^e CONSEIL DIRECTEUR 65^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., ÉUA., du 30 septembre au 4 octobre 2013

Point 4.12 de l'ordre du jour provisoire

CD52/18 (Fr.)

30 septembre 2013

ORIGINAL : ANGLAIS

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

Document de réflexion

Introduction

1. De nombreux pays à travers la Région des Amériques ont déterminé qu'il est nécessaire de contrer et d'éliminer la stigmatisation et la discrimination dans le secteur sanitaire à l'encontre des personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (LGBT). La présente proposition a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins et les indicateurs généraux relatifs à la santé chez ce groupe démographique dans le contexte des activités menées sur le continent américain à l'égard des besoins de santé des populations vulnérables.¹
2. La stigmatisation et la discrimination dans le secteur des services de santé constituent une source de préoccupation grave et ont souvent fait l'objet de discussions dans le contexte des systèmes et services de santé, de la couverture sanitaire universelle et des déterminants sociaux de la santé.

¹ Le Conseil directeur de l'OPS a instamment prié les États Membres de soutenir et renforcer les activités de prévention ainsi que la réduction de la stigmatisation dans le secteur des services de santé à l'endroit de certains groupes en situation de vulnérabilité, dont les « hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes » et les personnes « LGBT ». Voir par exemple la résolution intitulée *Intensification du traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/sida* (<http://www1.paho.org/french/gov/cd/CD45.r10-f.pdf>) et le document technique *La santé et les droits de l'homme* <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-f.pdf>

3. L'exploitation de l'analyse fondée sur le sexe constitue un outil important pour le renforcement des systèmes de santé, l'exécution et le suivi des plans, politiques, programmes et lois à l'échelon national.²

4. La résolution A/67/L.36 de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulée *Santé mondiale et politique étrangère* « affirme que la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès, sans discrimination, à des services de base, définis au niveau national, pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement et de la réadaptation,... en particulier les pauvres, les personnes vulnérables et les couches marginalisées de la population » (1).

Antécédents

5. La communauté LGBT représente souvent une couche vulnérable et marginalisée de la population en raison de la stigmatisation et de la discrimination dont font l'objet les membres de ce groupe.

6. Souvent, les injustices et les inégalités sont liées aux déterminants sociaux de la santé qui, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), s'entendent des « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (2). La résolution de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé invite instamment les États Membres à « tenir compte de l'équité en santé dans toutes les politiques nationales visant les déterminants sociaux de la santé » et à assurer l'accès équitable à la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins de santé (3).

7. La Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé qui a eu lieu à Rio de Janeiro a reconnu la nécessité de placer la santé et le bien-être de l'homme au rang des caractéristiques essentielles d'une société du XXI^e siècle prospère, ouverte à tous et juste, en conformité avec notre engagement envers les droits de l'homme aux niveaux national et international. Cette conférence a reconnu également que les gouvernements ont une responsabilité à l'égard de la santé de leurs populations, une responsabilité dont ceux-ci ne peuvent s'acquitter que par l'offre de mesures adéquates sur les plans sanitaire et social, et a exprimé la nécessité de mettre en place des politiques qui soient ouvertes à tous et prennent en compte les besoins de la population tout entière en s'attachant particulièrement aux membres de groupes vulnérables et aux zones à haut risque (4).

² Le Conseil directeur de l'OPS a instamment prié les États Membres d'employer une analyse fondée sur le sexe, de nouvelles technologies et des modèles prévisionnels pour consolider la planification des systèmes de santé ainsi que l'exécution et le suivi des plans, politiques, programmes et lois à l'échelon national. Voir par exemple la résolution intitulée *Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes*

(<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20%28Fr.%29.pdf>) et la résolution *Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes*

([http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20\(Fr.\).pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20(Fr.).pdf)).

Les contraintes les plus importantes

La discrimination à l'encontre des personnes LGBT et l'exclusion de ces personnes dans le secteur de la santé

8. Si l'on dispose de peu de données sur la morbidité et la mortalité et sur l'accès aux services sanitaires, les travaux de recherche actuels et les informations stratégiques préliminaires en matière épidémiologique suggèrent que les personnes LGBT se heurtent à des obstacles lorsqu'elles souhaitent recevoir des soins de santé adéquats et privilégiant le patient, et ne recourent pas assez rapidement et convenablement aux services de santé, voire pas du tout. Un rapport de l'OMS paru en 2011 révèle que l'on a prouvé depuis longtemps « la stigmatisation généralisée contre l'homosexualité et [...] l'ignorance de la question des personnes ayant une identité de genre différente de leur sexe anatomique, que ce soit dans la société en général ou au sein des systèmes de santé. »³

9. L'accès à des soins de santé de qualité, marqués par le respect et par l'absence de discrimination, est en conformité avec la Constitution de l'OMS, qui reconnaît que « [l]a possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain » et que « [l]es gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ». ⁴

Comprendre la grande diversité des obstacles qui s'opposent à l'accès aux soins de santé

10. Parmi les obstacles que connaissent les personnes LGBT en matière d'accès à des soins de santé de qualité, nombreux sont attribuables à la stigmatisation et la discrimination généralisées dans la société en général et au sein des systèmes de santé.

11. Les obstacles à l'obtention de soins peuvent revêtir de nombreuses formes, qui vont de la discrimination ouverte à des soins de qualité plus subtilement médiocre. Parmi ces obstacles figurent les suivants :⁵

³ *Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres* OMS, Département VIH/sida, juin 2011. Disponible sur :

http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/fr/ (ci-après le Rapport sur la prévention et le traitement).

⁴ La Constitution de l'OMS a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé tenue à New York du 19 au 22 juin 1946 et signée le 22 juillet de la même année par les représentants de 61 États.

⁵ La Conférence sanitaire panaméricaine a évoqué les obstacles administratifs, géographiques, économiques, culturels et sociaux ainsi que l'indifférence à l'égard du recours à la perspective de l'identité de genre dans la fourniture de services de santé. Voir par exemple la *Politique et stratégie régionale pour assurer la qualité de soins de santé, y compris la sécurité des patients*, consultable sur <http://www1.paho.org/french/gov/csp/csp27-16-f.pdf>.

- **une mauvaise compréhension des conditions propres au statut** : par exemple l'absence de réponse aux besoins particuliers aux personnes LGBT en matière de soins de santé ou les problèmes de santé et de santé comportementale liés à des traumatismes, en rapport avec la discrimination (5,6) ;
- **un déni de soins** : par exemple lorsqu'un hôpital ou un dispensaire de quartier refuse d'administrer des soins en raison de l'identité réelle ou présumée de la personne concernée (5) ;
- **des soins de qualité médiocre ou inadéquate** : par exemple l'agression verbale, un comportement irrespectueux, ou simplement lorsque le prestataire ne prend simplement pas le temps de répondre convenablement aux besoins du patient (6) ;
- **la restriction de la participation de personnes importantes dans le traitement familial, ou du soutien ou de la capacité décisionnelle qu'elles représentent** (7) ;
- **des idées préconçues inappropriées au sujet de la cause de l'état de santé ou de santé comportementale** (5) ; et
- **l'évitement des soins** (5).

12. En sus, certaines questions liées à la vie privée du patient, quoiqu'importantes pour tous les patients, peuvent être particulièrement importantes pour les personnes LGBT qui n'ont pas encore déclaré leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, selon le cas, autour d'elles ; la divulgation du statut de personne LGBT peut susciter des préoccupations sur les plans de la mise en état d'arrestation, de la discrimination, de l'exclusion sociale et des torts matériels.⁶ Si quelqu'un pense que la confidentialité et la vie privée ne lui sont pas assurées, il ou elle peut décider de ne pas demander des services ou ne pas communiquer à son prestataire d'autres informations essentielles par crainte que ce dernier rende ces informations publiques, ce qui porte atteinte à sa santé et sa sécurité et, éventuellement à celles d'autres personnes.⁷ Ces informations divulguées par les prestataires de services de santé ou par d'autres acteurs publics et privés ne concernent aucunement la prestation de services ou la promotion des cibles de santé publique ; elles peuvent par ailleurs compromettre l'adhésion aux consignes de traitement et même la permanence des patients au sein du système de santé.

⁶ La Conférence sanitaire panaméricaine a déterminé que le respect de la vie privée, de la confidentialité et de l'intégrité des utilisateurs de services de santé constitue un élément stratégique de la promotion de soins de qualité et de la sécurité des utilisateurs. Voir note 5 ci-dessus.

⁷ Le phénomène d'« auto-exclusion » signifie que ceux qui ont droit aux services de santé et qui peuvent en bénéficier préfèrent ne pas les utiliser en raison de leur langue, de croyances ou de l'impression d'être traité de manière irrespectueuse. Voir par exemple le document technique issu de la Conférence sanitaire panaméricaine, intitulé *Élargissement de la protection sociale en santé*, disponible sur <http://www1.paho.org/french/gov/csp/csp26-12-f.pdf>.

Disparités sanitaires à l'égard des personnes LGBT

13. L'OMS a déjà reconnu la charge de santé publique mondiale qu'impose la discrimination contre les membres de tout groupe marginalisé, qui « aggrave [...] à la fois la pauvreté et la mauvaise santé »⁸ ainsi que le fardeau qui en résulte pour la société dans son ensemble.⁹ Se référant en particulier à la communauté LGBT, l'OMS indique dans son rapport de 2011 qu'il est démontré depuis longtemps que l'accès des personnes transgenres « *à des soins de santé de qualité est limité par d'importants obstacles*, du fait de la stigmatisation généralisée contre l'homosexualité et de l'ignorance de la question des personnes ayant une identité de genre différente de leur sexe anatomique, que ce soit dans la société en général ou au sein des systèmes de santé » (souligné par nos soins).¹⁰

14. Il existe un volume considérable de preuves qui indiquent que les personnes LGBT connaissent des disparités accrues et de pires résultats sanitaires par rapport aux personnes hétérosexuelles et ce, dans tous les pays à travers le monde. Parmi les conclusions dégagées sur la situation des personnes LGBT on distingue les suivantes :

- Des taux plus élevés de dépression, d'angoisse, de tabagisme, d'abus d'alcool, de consommation de drogues, de suicide et d'idées suicidaires du fait d'un stress chronique, d'un isolement social et de l'absence de connexion avec toute une gamme de services de santé et de soutien.¹¹
- Parfois, les femmes lesbiennes et les femmes bisexuelles recourent moins souvent aux services de santé préventive que les femmes hétérosexuelles et peuvent s'exposer à un risque plus élevé d'obésité et de cancer du sein (8).
- Les hommes homosexuels connaissent un risque plus élevé de contracter le VIH et d'autres MST, dont l'hépatite virale.
- Les personnes âgées appartenant au groupe des LGBT connaissent des obstacles additionnels en matière de santé en raison de leur isolement et du manque de services sociaux, de même que de l'absence de prestataires compétents sur le plan culturel.
- Le manque de soutien de la part des membres de la famille ou des communautés résulte chez les jeunes LGBT en une propension considérablement plus

⁸ Voir l'aide-mémoire du Secrétariat de l'OMS intitulé *La santé des populations autochtones*, disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/fr/index.html>.

⁹ Le Secrétariat de l'OMS a indiqué que les sociétés qui luttent contre la discrimination créent les conditions nécessaires pour une meilleure santé pour tous et que celles qui luttent contre ce phénomène en se fondant sur les rôles sexuels et les rôles entre hommes et femmes, la race et la religion et qui s'attaquent à l'homophobie, au sexisme et au racisme créent également les conditions nécessaires à l'amélioration de la santé pour tous. Voir :

http://www.who.int/hhr/activities/q_and_a/en/Health_and_Freedom_from_Discrimination_English_699_KB.pdf et http://www.who.int/hhr/information/Item_10_57th_Session_of_Commission.pdf.

¹⁰ Voir le Rapport sur la prévention et le traitement, note 3 ci-dessus, p. 10.

¹¹ Id.

importante à devenir sans domicile fixe, ce qui occasionne d'autres problèmes sociaux et sanitaires.¹²

- L'on relève parmi les personnes transgenres une forte prévalence de VIH/MST, de personnes victimes, de problèmes de santé mentale et de suicide ; elles ont également moins tendance à avoir une assurance maladie que les hétérosexuels ou les personnes LGB. Les personnes transgenres risquent plus le chômage, la discrimination sur le lieu de travail et ont un risque plus élevé de devenir des victimes d'actes de violence dans leur communauté. (9)

Proposition

15. Comme indiqué précédemment, bien que l'on sache que la mésinformation ou la stigmatisation et la discrimination aboutissent, chez les personnes LGBT, à un manque de soins ou à un évitement de ceux-ci, la véritable envergure de cette charge à travers le monde demeure une énigme car ce groupe de population a fait l'objet d'un nombre relativement modeste de travaux de recherche sur la santé.

16. Pour mieux comprendre les besoins sanitaires de toutes les personnes LGBT, il faudrait disposer de davantage d'informations sur les caractéristiques démographiques de cette population et de meilleures méthodes de collecte et d'analyse de données quantitatives et qualitatives qui fassent intervenir la société civile et les organisations confessionnelles.

17. L'OPS effectue déjà des travaux considérables en matière de *collecte* et d'analyse de données relatives à l'accès aux soins chez personnes appartenant à d'autres communautés marginalisées. Le fait d'encourager la collecte de données sur l'accès des personnes LGBT aux soins de santé, surtout dans les États Membres, conforterait l'engagement de ces derniers en faveur d'un accès universel et ce, en conformité avec la Constitution de l'OMS et les documents techniques de l'OPS/OMS ainsi qu'avec les résolutions mentionnées dans le présent document.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

18. Le Conseil directeur est prié d'examiner et de considérer les informations présentées dans ce document de réflexion et d'envisager également l'approbation du projet de résolution faisant l'objet de l'annexe A.

Annexe

¹² Aux États-Unis, selon une enquête d'organismes qui fournissent des services aux populations sans domicile fixe, dont les jeunes, « 40 % des jeunes sans domicile fixe sont des LGBT. Au sein de la population jeune, par contre, le groupe LGBT n'est que de 10 %. » <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Durso-Gates-LGBT-Homeless-Youth-Survey-July-2012.pdf>.

Bibliographie

1. Nations Unies. *Santé mondiale et politique étrangère*. A.G. Res. A/67/81 (2012). Disponible sur http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Assemblée mondiale de la Santé. *Commission des Déterminants sociaux de la Santé*. Genève, Suisse : OMS ; 16 mars 2009. (Document A62/9). Disponible sur http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-fr.pdf.
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Assemblée mondiale de la Santé. *Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Suisse : OMS ; 22 mai 2009. (Résolution WHA 62.14). Disponible sur http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-fr-P2.pdf
4. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé. *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux*. Rio de Janeiro, Brésil : OMS ; 21 octobre 2011. Disponible sur http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf
5. Hatzenbuehler, Mark, L.; Katie A. McLaughlin; Katherine M. Keyes et Deborah S. Hassin. The Impact of Institutional Discrimination on Psychiatric Disorders in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: A Prospective Study. *Am J Public Health*. Mars 2010 ; 100(3): 452-459.
6. Rachlin, K, Green, J, and Lombardi, E. Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 2008; 54 (3), 243-58.
7. Henrici, Roxane, Homophobia: Does It Affect the Quality of Care? *The Journal of Undergraduate Nursing Writing*. Volume 1 Numéro 1, Octobre 2007.
8. Brooks, V.R. The theory of minority stress. In V.R. Brooks (Ed.), *Minority stress and lesbian women*, 1981; 71-90. Lexington, MA: Lexington Books.
9. Lombardi, E. Enhancing transgender health care. *American Journal of Public Health* 2001; 91 (6): 869-972.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



52^e CONSEIL DIRECTEUR
65^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., ÉUA., du 30 septembre au 4 octobre 2013

CD52/18 (Fr.)
Annexe A
ORIGINAL : ANGLAIS

PROJET DE RÉOLUTION

**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**

Déposé par les ÉUA

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document de réflexion *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* (Document CD52/18) et acceptant que pour parvenir à l'accès universel, il faut lutter contre les obstacles politiques, socioculturels et historiques qui s'opposent à l'administration de soins aux membres des populations victimes de stigmatisation, de discrimination et de marginalisation, dont les personnes LGBT ;

Rappelant les résolutions WHA62.12 et WHA62.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé comme des exemples de l'engagement de la communauté internationale en faveur du soutien aux valeurs et principes des soins de santé primaires, dont l'équité, la solidarité, la justice sociale, l'accès universel aux services, l'action multisectorielle, la décentralisation et la participation de la communauté en tant que fondement de la consolidation des systèmes de santé ;

Conscient de la résolution CSP27.R10 (2007) de la Conférence sanitaire panaméricaine, intitulée *Politique et stratégie régionale pour assurer la qualité de soins de santé, y compris la sécurité des patients*, ainsi que les résolutions du Conseil directeur sur *l'Intensification du traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/sida*

(résolution CD45.R10 [2004]), le *Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes* (résolution CD49.R12 [2009]), le *Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes* (résolution CD49.R14 [2009]) et *La santé et les droits de l'homme* (résolution CD50.R8 [2010]) ;

Conscient que la Conférence sanitaire panaméricaine a déterminé que la qualité des soins dans les services de santé se mesure également par un accès limité, est marquée par des obstacles de nature administrative, géographique, économique, culturelle et sociale, ainsi que par une indifférence à l'égard de l'intégration d'une perspective de la parité hommes-femmes dans la fourniture de services de santé dans le contexte de la *Politique et stratégie régionale pour assurer la qualité de soins de santé, y compris la sécurité des patients* (document CSP27/16 [2007]) ;

Alarmé par les tendances à la violence contre des personnes LGBT et à la persécution dont elles font l'objet, et notant que la violence contre les personnes LGBT, en particulier la violence sexuelle, constitue un indicateur crucial de marginalisation, d'inégalité, d'exclusion et de discrimination ;

Reconnaissant que la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes LGBT les empêchent souvent d'accéder à des soins de santé nécessaires, dont les services de santé mentale ainsi qu'à une vaste gamme de services, et que ce facteur et d'autres éléments d'exclusion sociale et culturelle aboutissent à l'injustice et à des inégalités sur le plan sanitaire ainsi qu'à une vulnérabilité accrue à des résultats sanitaires néfastes ;

Accordant la plus grande importance à l'élimination des inégalités sur le plan sanitaire, dont celles associées à l'identité de genre et aux expressions de genre ;

Préoccupé par le fait qu'un manquement à cibler et fournir des services de santé accessibles aux populations qui en ont besoin affaiblit l'efficacité des systèmes de santé ;

Réaffirmant que l'accès universel aux soins constitue un élément clé de services sanitaires nationaux robustes, et que les soins universels devraient impulser l'efficacité et l'égalité dans l'accès universel aux services de santé ainsi qu'à une protection sociale et financière libre de toute discrimination ;

Reconnaissant la fonction primordiale de la société civile, dont les organisations confessionnelles, dans la promotion de l'accès aux services de santé pour tous,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États Membres :
 - a) d'œuvrer pour promouvoir la prestation de services de santé pour tous assortie du plein respect envers la dignité humaine et les droits de santé et à l'intérieur du cadre juridique de chaque État Membre, en tenant compte de la diversité de l'expression de genre et de l'identité de genre ;
 - b) d'accorder la priorité à la promotion de l'accès aux services dans des conditions d'égalité dans les politiques, plans et lois d'échelon national et d'envisager l'élaboration et le renforcement de politiques de protection sociale universelles et complètes, dont la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins de santé, et à la promotion de la disponibilité et de l'accessibilité des biens et services qui sont essentiels pour la santé et le bien-être, en tenant compte de la stigmatisation, de la discrimination et de la persécution dont font l'objet les personnes appartenant à la communauté LGBT ;
 - c) de collecter des données sur l'accès aux soins de santé et aux établissements de santé par les personnes LGBT, en tenant compte du droit à la confidentialité concernant toutes les données personnelles liées à la santé, dans le but de renforcer les fonctions de planification, de prestation et de suivi des soins et des services de santé, ainsi que les politiques, programmes, lois et interventions en matière de santé pour les personnes LGBT.
2. De demander à la Directrice d'élaborer un rapport, dans les limites des ressources actuelles, sur la situation des personnes LGBT sur le plan de la santé et de l'accès aux soins, les obstacles auxquels ces personnes peuvent se heurter en matière d'accès aux services de santé ainsi que sur les incidences d'un accès réduit pour ce groupe démographique, en consultation avec les États Membres et les acteurs concernés.