

# Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo- ou bisexuelles?

David Garcia Nuñez<sup>a</sup>, Matthias Jäger<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UniversitätsSpital Zürich, Zürich

<sup>b</sup> Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie Zürich West, Zürich

## Quintessence

- La saisie de l'identité sexuelle et de l'orientation sexuelle fait nécessairement partie de l'anamnèse sexuelle. Elle est également une partie intégrante de l'examen clinique systématique qu'effectue le médecin de premier recours.
- La plupart des patients sont d'accord de parler de leurs préférences sexuelles lorsqu'on les interroge explicitement à ce sujet. Au point de vue historique, la médecine doit infléchir le cours de son attitude dans ce domaine.
- Le médecin est conscient du potentiel dommageable de l'hétérosexisme, ouvert ou intériorisé. Le contact professionnel avec des personnes homosexuelles ou bisexuelles sera donc empreint d'une position d'affirmation et d'acceptation sans préjugé.
- L'homosexualité et la bisexualité ne sont ni des maladies psychiques ni des symptômes de ces maladies. Néanmoins dans la population homo- et bisexuelle, il existe des indices signalant l'existence de facteurs de risque spécifiques pour des maladies somatiques et psychiques.
- D'un point de vue scientifique, les thérapies *réparatrices* sont à mettre au rang des traitements obsolètes et dangereux. La recommandation de ces thérapies doit être considérée comme une erreur médicale grave, et de plus elle peut exercer un effet négatif sur le patient.

## Introduction

La révolution sexuelle est bien l'une des révolutions les plus fondamentales du siècle passé. De Freud à Foucault, de Hirschfeld à Butler en passant par Kinsey, les chercheurs ont montré sous les perspectives les plus diverses la variété des sensations et des comportements sexuels ainsi que l'importance de la place de la sexualité dans l'existence humaine. Sur le plan social, ces recherches ont entraîné la levée du tabou sur les sujets sexuels et l'ouverture partielle à soi-même en tant que personne lesbienne, gay ou bisexuelle (LGB) [1]. Actuellement, aucun ouvrage de médecine ne peut se passer de souligner l'importance de la saisie de l'anamnèse sexuelle. Ce fait cache indirectement un aveu – en des termes moins techniques – d'une réalité manifeste: même à l'époque de la post-révolution sexuelle, l'entretien sur le sujet du sexe représente encore une des situations classiques «emplies de malaise» dans chaque anamnèse. Et si l'entretien confidentiel ne tourne pas uniquement autour de la vie sexuelle du patient<sup>1</sup>, mais encore sur l'image et l'orientation sexuelle qui lui sont

propres, alors ces difficultés deviennent exponentielles, et le contenu considéré comme (partiellement) tabou jusque là n'en constitue pas l'unique raison [1, 2]. Le caractère ouvert de la communication entre patient et médecin sur le sexe et la sexualité peut être mis en danger si des structures hiérarchisantes (conscientes ou non) apparaissent sur le plan de la communication formelle et que le médecin est propulsé dans une position supérieure empreinte de pouvoir. Dans un tel cas de figure, il peut même devenir contreproductif d'aborder des sujets à contenu sexuel («Seriez-vous homosexuel?»). L'objet de cet article sera d'exposer les raisons pour lesquelles il vaut la peine pour le médecin traitant de parler ouvertement avec ses patients de leur identité sexuelle et des conséquences qui en résultent, et de réfléchir concrètement aux manières de communiquer dans ce domaine.

## Difficultés de méthode

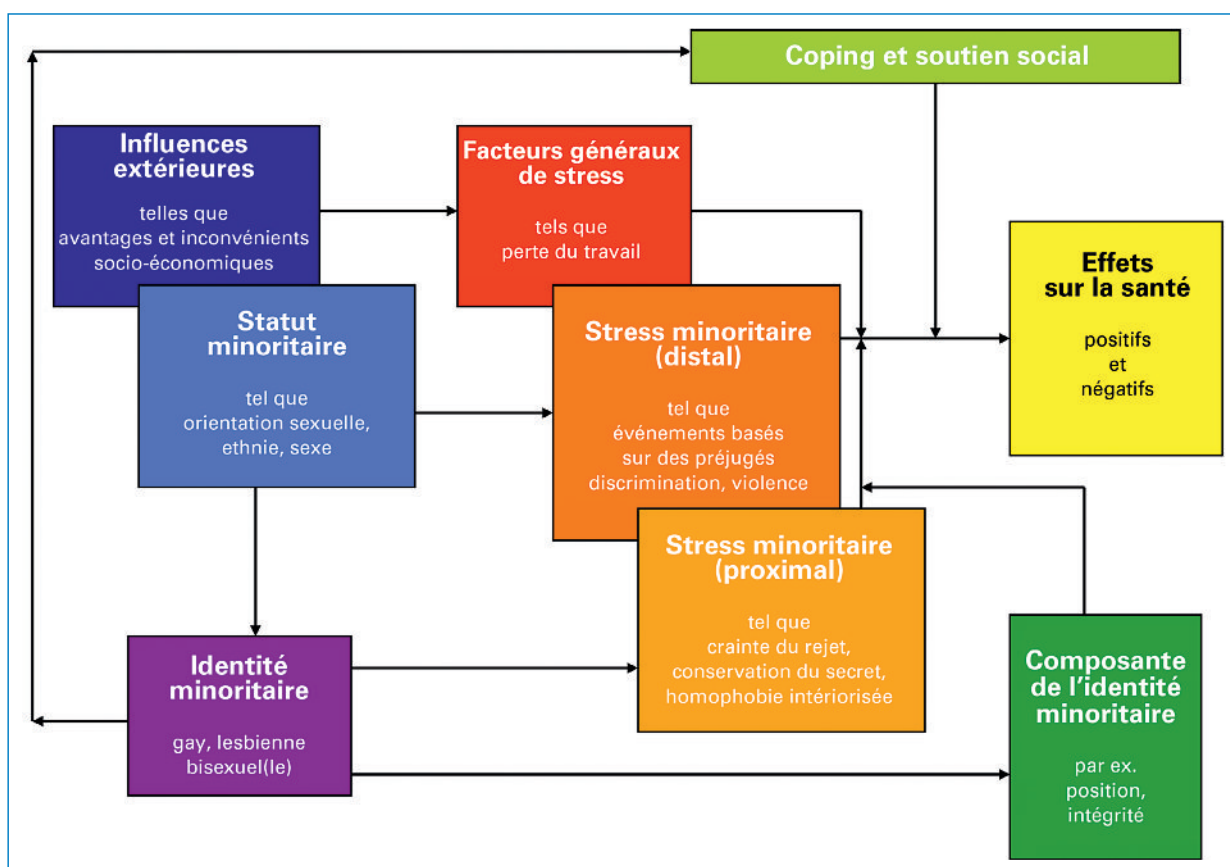
Pour des raisons liées à des conventions sociales stigmatisantes, auxquelles la médecine n'est pas non plus soustraite, la recherche scientifique médicale sur les personnes homosexuelles et bisexuelles – ou sur d'autres minorités encore – doit affronter un sujet complexe encombré de surcroît d'un fardeau historique. Dans leur survol de l'histoire, Hancock et Greenspan [3] exposent la force avec laquelle les approches pathologisantes ont forgé le point de vue médical qui prévalait il n'y a pas si longtemps encore à l'égard de tous les individus sans orientation hétérosexuelle (allosexuelles), ainsi que la manière dont la recherche sur les LGB, après le travail de pionnier accompli par Hooker [4] s'est engagée peu à peu dans le chemin de l'émancipation au sein de la médecine. Malgré ces avancées, l'état de santé de la population LGB n'est toujours pas suffisamment étudié d'un point de vue scientifique [5]. Comparé à d'autres champs de recherche, le nombre de publications médicales à ce sujet n'augmente que faiblement dans l'espace germanophone [6, 7]. Les raisons n'en sont pas uniquement socio-politiques, mais multiples, à commencer par l'usage très varié que l'on fait des concepts d'homosexualité et de bisexualité [8].

<sup>1</sup> Dans ce texte, le masculin sert uniquement de norme grammaticale. Il va de soi que les personnes de sexe féminin sont également concernées – surtout lorsqu'il s'agit d'énoncés d'ordre général. Nous essayons le plus souvent possible de faire usage de formulations respectant une neutralité de genre.



David Garcia Nuñez

Les auteurs certifient qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.



**Figure 1**  
Modèle de stress chez une minorité selon Meyer (2003).

L'orientation sexuelle est un concept à plusieurs dimensions: il comprend des composants d'attirance sexuelle, de comportement et d'imaginaire, et il s'exprime sur des plans différents (émotionnel, social, etc.) [9]. Rares sont les études qui circonscrivent cette réalité complexe avec méthode, ce qui entraîne une perte de qualité et empêche de comparer directement les résultats [10]. A cela s'ajoute la pratique actuelle en matière de publications médicales scientifiques, qui ne laisse qu'un espace extrêmement réduit à la réflexion critique et à la remise en question de résultats établis [11]. A cet égard, les chercheurs mettent en garde contre les dangers d'une nouvelle pathologisation des personnes homo- et bisexuelles, cette fois-ci non pas en raison d'idées préconçues d'ordre moral, mais sur la base de résultats d'études épidémiologiques [12]. Il faut également ajouter que les données à disposition proviennent en majorité de recherches balayant le domaine du VIH. Et classiquement, ces dernières se focalisent davantage sur les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (MSM). Ainsi au fil du temps, une lacune s'est créée dans le champ des connaissances concernant les femmes homosexuelles et bisexuelles [5].

### Consultations fréquentes et multiplication des problèmes

Les études concernant la situation de santé de l'ensemble de la population LGB ou de sa seule part MSM

présentent un tableau complexe. La majorité des participants homosexuels ou bisexuels à ces études ne présentent pas de pathologie particulière, qu'elle soit somatique et/ou psychique [13]; il n'en reste pas moins que selon l'état actuel des connaissances (y compris les méta-analyses), il faut considérer l'orientation non hétérosexuelle comme un facteur de risque de développement de certains problèmes psychiques et somatiques [10, 14–16]. En Suisse, nous avons abouti à des résultats similaires [17, 18].

Les personnes LGB considèrent en majorité leur état de santé physique comme inférieur à celui de la population générale [19], et elles se présentent plus fréquemment aux stations d'urgences que les personnes hétérosexuelles [20]. La comparaison des fréquences de consultation au cabinet du médecin de famille est encore en discussion dans les études [19, 21]. D'un point de vue objectif, les individus LGB montrent un risque plus élevé de pathologies cardiovasculaires [22], des valeurs plus élevées de cholestérol et de lipoprotéinémie [23], des risques accrus de diabète [24] et de certains cancers [25]. Ainsi trouve-t-on un risque plus élevé de cancer mammaire chez les femmes lesbiennes [26].

Sur le plan psychique, les personnes LGB souffrent plus fréquemment de stress et de dépression que la moyenne de la population [27]. Le risque est aggravé chez les personnes homosexuelles et bisexuelles sans partenaire fixe [28], qui ne se sont pas identifiées en tant qu'homme homosexuel, qui ont des expériences répétées de violence et qui sont largement exclues de la

communauté LGB [16]. La prévalence accrue (40–55%) de pensées suicidaires et de tentatives de suicide parmi les personnes homosexuelles et bisexuelles ne fait pratiquement aucun doute [16]. Les données de méta-analyses montrent que les MSM en particulier sont concernés par un risque deux (prévalence sur 12 mois) à quatre (prévalence en une vie) fois plus élevé de tentatives de suicide [15]. 65% de la population gay et 48% des personnes lesbiennes déclarent que leurs actes suicidaires étaient en relation avec leur orientation sexuelle, et que cette dernière en était la raison unique ou partielle [29]. Les groupes les plus exposés sont les personnes jeunes [30] et les personnes bisexuelles [31]. D'autre part, les MSM semblent témoigner plus fréquemment de troubles anxieux ou de panique [18, 32]. Des résultats récents indiquent une prévalence accrue de symptômes de TDAH parmi les personnes LGB [33]. Il n'est pas rare que l'apparition de troubles psychiatriques soit accompagnée de consommation de substances psychotropes. Les personnes homosexuelles et bisexuelles consomment davantage de drogues [16]. Les hommes et les femmes présentent dans ce cas des profils de substances et de consommation différents. Plus particulièrement, les femmes, lesbiennes ou bisexuelles, courent un risque accru d'être touchées par des problèmes d'alcool [15, 22, 31]. Les hommes, homo- ou bisexuels, tendent à consommer davantage de cannabis que les hommes hétérosexuels et que les femmes homo- et bisexuelles, qui elles-mêmes en consomment davantage que les femmes hétérosexuelles [22, 31].

### Facteurs de risque

Les personnes LGB présentent en moyenne un niveau d'études plus élevé que leurs frères et sœurs [34] et que la moyenne de la population [35]; cependant les résultats présentés plus haut indiquent que l'état de santé de ce groupe est préoccupant. Ce rapprochement s'oppose à l'idée répandue selon laquelle une position sociale plus favorable serait corrélée avec de meilleurs soins médicaux et un meilleur état de santé. Jusqu'à présent, on n'a effectué que de rares recherches sur ce paradoxe socio-médical et sur ses facteurs et interactions complexes – qu'ils soient d'ordre biologique, psychologique ou social – au sujet desquels on ne peut émettre que des hypothèses. Celle qui est le plus fréquemment évoquée part du principe que les personnes LGB sont souvent exposées à des événements discriminatoires en tant que minorité (sexuelle), et que pour cette raison leur orientation et leur identité sexuelles deviennent stigmatisantes [36]. Les hommes, homo- ou bisexuels, sont plutôt confrontés à des comportements d'agression verbale [37] et les femmes, lesbiennes ou bisexuelles, sont plus souvent victimes d'actes de violence physique [38]. Les violences physiques concernent également les hommes homosexuels qui sont perçus à l'extérieur comme ayant une apparence particulièrement féminine – remettant ainsi en question les images stéréotypées des rôles sexuels [27, 33]. Ces expériences de violence entraînent l'activation de différentes stratégies de maîtrise de difficultés sur le plan psychologique (ruminations men-

tales, refoulement, etc.) ou de stratégies comportementales, comme la recherche de soutien (social) ou l'évitement de certaines situations sociales [39, 40]. Cette dernière attitude peut créer à son tour une charge de stress importante (fréquemment chronique) qui va se répercuter sur l'état de santé des personnes LGB [10]. Cependant, l'élaboration d'événements négatifs du passé n'est pas le seul facteur de stress. La stratégie visant à échapper à des situations dangereuses, futures ou potentielles, par une attention accrue et une pensée anticipante, mène à une augmentation des réactions de stress [38]. Et ces méthodes comportementales contiennent encore un autre danger: les personnes LGB glissent peu à peu sans même le remarquer dans une position d'auto-stigmatisation qui produit elle-même des effets négatifs. Des essais ont montré que cette «homophobie intériorisée» est associée fréquemment à des comportements à risque et à une mauvaise santé [41, 42].

En plus des facteurs de stress extérieurs énumérés ci-dessus, il faut encore tenir compte de la vulnérabilité au stress chez les individus LGB, fréquemment plus élevée en raison de leur biographie (sexuelle et donc identificatrice). La population homosexuelle et bisexuelle se distingue des autres minorités dans la mesure où l'identité des LGB est souvent complètement déniée par le monde extérieur ou du moins réduite à un comportement sexuel non conforme («tu n'es pas homosexuel, tu n'es simplement pas très sûr de toi sur le plan sexuel et c'est pour cela que tu couches avec des hommes»). Mais cette explication simpliste traduit déjà l'attente d'un changement («sitôt que tu seras sûr de toi, tu auras surmonté cette phase») et la conviction que l'on peut piloter l'orientation sexuelle («veille à ce que tu surmontes cette phase»). Dans le cours de leur vie, les personnes LGB sont donc confrontées à la pensée qu'elles sont elles-mêmes responsables de s'être aliénées douloureusement du monde de la norme hétérosexuelle. Il n'est donc pas étonnant que la naissance de préférences homosexuelles ou bisexuelles s'accompagne de sentiments de malaise, de culpabilité et d'insuffisance. Compte tenu du jeune âge auquel ces personnes sont généralement confrontées à ce thème, on doit s'attendre à ce qu'un tel conflit laisse des traces au sein des mécanismes cognitifs, émotionnels et comportementaux. C'est pourquoi la formation d'une identité renforcée qui intègre l'acceptation de leur propre homosexualité ou bisexualité représente un facteur de résilience essentiel pour ces personnes. Cette formation d'identité est précédée d'un processus réunissant des composants difficiles à mettre en commun avant ce stade (orientation sexuelle, comportement sexuel, identité sexuelle) [43]. Le coming-out occupe une position importante dans le développement de la personnalité homosexuelle et bisexuelle [44]. Contrairement à une idée répandue selon laquelle le coming-out serait l'aboutissement de la quête d'identité d'une personne homosexuelle ou bisexuelle, la bibliographie récente sur le thème des LGB le montre plutôt comme un processus continu de maturation: le bouleversement des normes hétérosexuelles adoptées jusque-là incite la personne concernée à découvrir de nouvelles ressources et de nouveaux rapports [45]. Ce processus est fonction des représenta-

tions personnelles et du désir d'acceptation sociale et de stabilisation. C'est pourquoi il faut considérer le coming-out uniquement comme un processus individuel et continu qui évolue sans cesse en fonction de la situation, et non pas comme un processus fini. Il n'est alors pas nécessairement linéaire. Comme le premier coming-out sert à communiquer les choses importantes de la vie d'un individu, il renforce la santé psychique et somatique de la personne LGB [46]. Les personnes qui ne vivent pas bien ce processus – surtout au début – peuvent développer des troubles affectifs et des troubles anxieux [27, 47], ou alors adopter un comportement à risque dans des situations diverses. Pour terminer, il existe des indications selon lesquelles les personnes LGB qui cherchent à cacher leur orientation sont davantage stressées que celles qui s'ouvrent à cette problématique et à leur environnement [48].

### Méthodes thérapeutiques dommageables

La majorité des personnes homo- et bisexuelles se décident au cours de leur vie pour un coming-out, du moins partiel; toutefois cet effort d'information crucial ne s'adresse que rarement au corps médical, malgré toute la confiance établie dans la relation patient-médecin [1, 49]. Les personnes LGB interrogées en attribuent la raison principale au fait que les médecins ne les questionnent pas à ce sujet, et il est vrai que dans la routine médicale quotidienne, le sujet de la sexualité est rarement abordé. Mais il pourrait y avoir une autre raison encore, de l'ordre de l'homophobie ou de l'hétérocentrisme [50]. Sans oublier la crainte selon laquelle un coming-out face au médecin pourrait déclencher des réactions négatives pour la relation médecin-patient [51]. Il faut également se préoccuper du fait que le personnel médical n'est pas à l'abri de l'homophobie, ouverte et/ou intériorisée, même si la littérature d'enseignement médical ne considère plus l'homosexualité et la bisexualité comme un état de santé pathologique. Le style de communication, s'il est irréfléchi et fortement hiérarchisant, peut engendrer chez le patient la crainte explicite d'aborder des questions à contenus sexuels, de peur de se confronter à la normalisation (hétérosexuelle) contenue dans cette attitude. La situation peut devenir particulièrement dangereuse pour les personnes LGB si le médecin traitant n'accepte pas, de manière ouverte ou cachée, l'orientation sexuelle communiquée par le patient, ou alors s'il commet l'erreur de suggérer au patient qu'il s'agit d'un trouble et lui recommande de suivre un *traitement réparateur*. Les personnes homosexuelles et bisexuelles qui s'engagent dans un tel traitement, dit *de conversion*, présentent par la suite des troubles psychiques plus fréquents que les autres homosexuels [29], et il n'est pas rare que ces derniers conduisent à un suicide abouti [52]. C'est pourquoi de nos jours il faut considérer ces propositions de pseudo-traitements comme étant obsolètes et dénués de fondement éthique au point de vue médical. Les médecins qui ressentent des difficultés lors du traitement de personnes LGB et qui ne peuvent pas développer une attitude professionnelle affirmative acceptant

sans préjugé les personnes LGB, sont tenus de le communiquer au patient avec transparence et d'entreprendre des démarches pour l'adresser à un collègue [53].

### Les personnes LGB au cabinet médical

L'homosexualité et la bisexualité ne sont ni des maladies psychiques ni les symptômes de telles maladies, et elles ne doivent donc pas faire l'objet spécifique d'un traitement. Mais en raison de la complexité des rapports psychosociaux, l'orientation non hétérosexuelle d'une personne peut porter préjudice à sa santé et même la conduire à une mort précoce. Tous les traitements (mais surtout ceux qui interviennent dans les soins primaires et dans le contexte psychiatrique-psychothérapeutique) devraient donc réserver l'espace nécessaire pour permettre d'aborder le sujet de l'orientation sexuelle dans un sens affirmatif et de façon ouverte, différenciée et dénuée de parti pris. Cette tâche peut s'avérer délicate dans la pratique, car les patients homosexuels ou bisexuels ayant vécu des expériences négatives veulent parfois éviter *ce sujet en particulier*. Par ailleurs, le médecin ne doit pas s'attendre à ce que la saisie de l'anamnèse sexuelle des patients de ce groupe puisse s'effectuer de manière expéditive et standardisée.

L'entrée en matière peut être facilitée par la présence en salle d'attente de dépliants d'information traitant différents sujets en rapport avec les LGB. Lors de la consultation, on peut aborder le thème ouvertement par des questions sur les fantasmes homo- ou bisexuels («Avez-vous déjà ressenti de l'attirance pour une personne du même sexe?»), mais il est parfois préférable de se limiter, dans un premier temps, à l'écoute attentive du patient. Dans ce contexte, il est indispensable que le médecin accepte sans réserve l'autodéfinition du patient concernant sa sexualité. Compte tenu du caractère variable de la sexualité chez l'être humain, il faut toujours accueillir les classifications et les étiquettes avec circonspection, quelles que soient leur origine et leur cible.

Si l'on a constaté qu'un patient appartient à une minorité sexuelle, il ne faut pas pour autant le traiter *fondamentalement* de façon différente. On s'efforcera plutôt d'accorder une attention plus soutenue aux problèmes de santé somatiques et psychique évoqués plus haut. À cet égard, il est utile d'avoir sous la main les adresses de collègues ou de spécialistes avec expérience dans le traitement des personnes LGB, ou d'orienter le patient vers les offres des institutions LGB officielles. Et il ne faut pas oublier de faire le point de la situation sur le plan du coming-out et de proposer du soutien pour désamorcer une situation conflictuelle éventuelle. En cas de problème psychique lourd, l'évaluation de la suicidalité revêt une importance capitale.

Pour qu'elle soit satisfaisante, une relation médicale entre le patient et son médecin doit se fonder sur la confiance. En cas d'homo- ou de bisexualité, elle visera à libérer les patients des fantasmes par lesquels ils s'autostigmatisent et des tabous que leur imposent certaines composantes entourées de malaise. Lorsque cette problématique dépasse les possibilités du cabinet médical ou que la charge conflictuelle est très élevée, il

## Glossaire

Sexe biologique	Distinction de l'être humain, basée sur la dichotomie du sexe, entre femme (XX/ovaires/utérus/vagin) et homme (XY/testicules/verge). Elle est définie par des caractères génétiques (XX/XY), gonadiques (glandes génitales) et phénotypiques (organes génitaux externes). Ce classement ne s'applique pas aux personnes intersexuelles, chez lesquelles le sexe biologique ne peut pas s'attribuer avec exactitude à l'un ou à l'autre groupe. Il est également insuffisant pour inclure les personnes transsexuelles, qui perçoivent leur propre sexe biologique comme inadéquat ou étranger.
Sex	
Genre (ou sexe) psychosocial	Distinction caractérisant la composante masculine ou féminine d'un être humain sur les plans psychologique et/ou social. Selon le point de vue, certains considèrent le genre psychosocial comme une caractéristique complémentaire au sexe biologique, d'autres comme une particularité distincte. Il est étroitement lié à l'identité de genre, concept qui exprime le sentiment ou la conviction intime d'être un homme ou une femme. Ici aussi, il existe des situations où cette subdivision dichotomique est inappropriée. Les personnes dites intergenres, par exemple, ne se sentent que peu concernées par cette distinction. D'autres personnes encore ressentent plutôt une appartenance au genre psychosocial opposé (les personnes transgenres). Elles sont fréquemment qualifiées, à tort, de «transsexuelles», ce qu'elles sont nombreuses à rejeter catégoriquement.
Gender	
Identité sexuelle	Conviction intime d'un sujet en ce qui concerne la caractérisation de son sexe, basée sur l'expérience subjective de l'attraction sexuelle et émotionnelle qu'il ressent. En fonction de son tempérament et de sa situation sociale, une personne pourra préciser sa propre identité sexuelle en utilisant des désignations plus ou moins largement répandues (gay, lesbienne, bisexuel(le) séquentiel(le), hétérosexuel(le), allosexuel(le), etc.) L'identité sexuelle peut, mais ne doit pas recouper l'orientation sexuelle. Il est tout à fait possible qu'un homme se qualifie d'«hétéro» alors qu'il est attiré par des hommes et a des rapports sexuels réguliers avec eux. Au vu de la multitude de perceptions possibles, il n'est pas étonnant que les personnes intersexuelles, transsexuelles ou transgenres utilisent une grande variété de qualificatifs pour décrire leur identité sexuelle.
Sexual identity	
Orientation sexuelle	Détermination de l'attraction émotionnelle et sexuelle envers une autre personne. Elle se décline le long d'un spectre comportemental allant de la pure homosexualité à la pure hétérosexualité et comprend diverses formes de bisexualité. Elle présente des aspects émotionnels (fantasmes érotiques) et comportementaux (activité sexuelle). Au sein d'un individu, ces composantes peuvent coexister de façon harmonieuse ou discordante. Il arrive également qu'un sujet ne puisse pas intégrer son orientation sexuelle dans son identité sexuelle.
Sexual orientation	
Rôle de genre (ou rôle sexuel)	Comportement stéréotypé que doit afficher une personne en société pour représenter son sexe («Chez nous, les femmes portent des jupes et les hommes des pantalons»). Le rôle de genre dépend du contexte culturel et historique et peut par conséquent subir de grands changements («Ici cela fait 100 ans que les femmes peuvent elles aussi porter des pantalons»). Le rôle de genre, l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle sont en rapport les uns avec les autres. Dans les cultures occidentales par exemple, une idée est largement répandue selon laquelle le comportement et les attributs extérieurs des gays sont généralement efféminés alors que ceux des lesbiennes seraient toujours virils. Cela explique pourquoi des lesbiennes «féminines» et les gays «mâles» peuvent susciter de l'irritation.
Gender Role	
Homophobie	L'homophobie extérieure est un sentiment irrationnel de peur et d'aversion envers les personnes ayant un penchant homo- ou bisexuel, qui peut s'exprimer par la haine, le dégoût, les préjugés, voire même l'agression et la violence. Elle se manifeste sur différents plans (interpersonnel, familial, institutionnel, religieux, ...) et de différentes façons (consciente/inconsciente, ciblée/diffuse). Sa contrepartie interne, l'homophobie intériorisée, désigne la crainte d'un homosexuel/bisexuel d'assumer son identité et son orientation sexuelles. Cette crainte peut faire suite à des menaces et à des expériences explicites/implicites vécues dans un environnement extérieur homophobe (par ex. discrimination en classe, marginalisation au sein de la famille). Dans un tel contexte, l'homophobie intériorisée peut empêcher le développement d'une conception de soi équilibrée. Par analogie avec l'homophobie, on trouve les concepts de transphobie et d'intersexphobie, ainsi que leurs corrélats extérieurs ou intériorisés.
Homophobia	
Hétérosexisme	Système de pensée et de comportement social et institutionnalisé élevant l'hétérosexualité au rang de norme supérieure et immuable de l'orientation sexuelle et affichant une attitude discriminatoire face à l'allosexualité, en vertu du principe dit d'hétéronormativité. Il représente l'arrière-plan général de la phobie des allosexuels, qu'ils soient homo-, bi-, trans- ou intersexuels. L'hétérosexisme défend notamment le point de vue que tous les êtres humains qui ne sont pas cissexuels et/ou hétérosexuels sont généralement atteints de troubles, et que des «traitements réparateurs» permettent de les «soigner» pour qu'ils se «convertissent» et retournent à la «normalité». De même que l'homophobie, l'hétérosexisme peut se subdiviser en composantes extérieures et intériorisées.
Heterosexism	

faut absolument en discuter avec le patient et, avec son accord, faire appel à un conseil psychothérapeutique compétent. Si la pratique médicale veut prendre en charge la santé globale de ces patients avec sérieux, elle ne peut éviter d'aborder la question de l'orientation sexuelle. En répondant à cette question, le patient ressent un soulagement considérable, et il contribue à améliorer nettement la qualité de notre traitement.

**Correspondance:**

Dr D. Garcia Nuñez  
 UniversitätsSpital Zürich  
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Culmannstrasse 8  
 CH-8091 Zürich  
[david.garcia@usz.ch](mailto:david.garcia@usz.ch)

**Références recommandées**

- Hancock KA, Greenspan K. Emergence and Development of the Psychological Study of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues. In: Chrisler JC, McCreary DR, editors. Handbook of Gender Research in Psychology. New York: Springer; 2010. p. 59-78.
- King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry. 2008;8:70.
- Lewis NM. Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. Health Place. 2009;15(4):1029-45.
- Wang J, Hausermann M, Vounatsou P, Aggleton P, Weiss MG. Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey. Prev Med. 2007;44(1):70-5.
- Wiesendanger K. Vertieftes Coming-out: schwules Selbstbewusstsein jenseits von Hedonismus und Depression. Vandenhoeck & Ruprecht; 2005.

La liste complète des références numérotées se trouve sous [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).

# Die sexuelle Gretchenfrage: Homo- und bisexuelle Menschen im ärztlichen Setting /

## Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo- ou bisexuelles?

### Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)

- 1 Meckler GD, Elliott MN, Kanouse DE, Beals KP, Schuster MA. Nondisclosure of sexual orientation to a physician among a sample of gay, lesbian, and bisexual youth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(12):1248–54.
- 2 Eliason M, Schope R. Does “Don’t Ask Don’t Tell” Apply to Health Care? Lesbian, Gay, and Bisexual People’s Disclosure to Health Care Providers. *JGLMA.* 2001;5(4):125–34.
- 3 Hancock KA, Greenspan K. Emergence and Development of the Psychological Study of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues. In: Chrisler JC, McCreary DR, editors. *Handbook of Gender Research in Psychology.* New York: Springer; 2010. p. 59–78.
- 4 Hooker E. The adjustment of the male overt homosexual. *J Proj Tech.* 1957;21(1):18.
- 5 Boehmer U. Twenty years of public health research: inclusion of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. *Am J Public Health.* 2002;92(7):1125–30.
- 6 Plöderl M, Sauer J, Fartacek R. Suizidalität und psychische Gesundheit von homo- und bisexuellen Männern und Frauen. Eine metaanalytische Zusammenfassung internationaler Zufallsstichproben. *Verhaltensther Psychosoz Prax.* 2006(117):4–10.
- 7 Steffens M, Wagner C. Attitudes toward lesbians, gay men, bisexual women, and bisexual men in Germany. *J Sex Res.* 2004;41(2):137–49.
- 8 Michaels S, Lhomond B. Conceptualization and measurement of homosexuality in sex surveys: a critical review. *Cad Saúde Pública.* 2006;22:1365–74.
- 9 Sell R. Defining and measuring sexual orientation: A review. *Arch Sex Behav.* 1997;26(6):643–58.
- 10 Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129(5):674–97.
- 11 Maier M. Bekennen, Bezeichnen, Normalisieren: Paradoxien sexualitätsbezogener Diskriminierungsforschung. *Diskriminierung.* 2010:151–72.
- 12 Bailey JM. Homosexuality and mental illness. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(10):883–4.
- 13 Cochran SD. Emerging issues in research on lesbians’ and gay men’s mental health: does sexual orientation really matter? *Am Psychol.* 2001;56(11):931–47.
- 14 Sandfort T, Bakker F, Schellevis F, Vanwesenbeeck I. Sexual orientation and mental and physical health status: findings from a dutch population survey. *Am J Public Health.* 2006;96(6):1119.
- 15 King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry.* 2008;8:70.
- 16 Lewis NM. Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health Place.* 2009;15(4):1029–45.
- 17 Wang J, Hausermann M, Vounatsou P, Aggleton P, Weiss MG. Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men’s Health Survey. *Prev Med.* 2007;44(1):70–5.
- 18 Wang J, Hausermann M, Ajdacic-Gross V, Aggleton P, Weiss MG. High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men’s Health Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(5):414–20.
- 19 Bakker F, Sandfort T, Vanwesenbeeck I, Van Lindert H, Westert G. Do homosexual persons use health care services more frequently than heterosexual persons: Findings from a Dutch population survey. *Soc Sci Med.* 2006;63(8):2022–30.
- 20 Sanchez JP, Hailpern S, Lowe C, Calderon Y. Factors associated with emergency department utilization by urban lesbian, gay, and bisexual individuals. *J Community Health.* 2007;32(2):149–56.
- 21 Cochran S, Mays V, Bowen D, Gage S, Bybee D, Roberts S, et al. Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. *Am J Public Health.* 2001;91(4):591.
- 22 Diamant A, Wold C, Spritzer K, Gelberg L. Health behaviors, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women. *Arch Fam Med.* 2000;9(10):1043.
- 23 Snyder P, Weinrich J, Pillard R. Personality and lipid level differences associated with homosexual and bisexual identity in men. *Arch Sex Behav.* 1994;23(4):433–51.
- 24 Gruskin E, Hart S, Gordon N, Ackerson L. Patterns of cigarette smoking and alcohol use among lesbians and bisexual women enrolled in a large health maintenance organization. *Am J Public Health.* 2001;91(6):976.
- 25 D’Augelli A. High tobacco use among lesbian, gay, and bisexual youth: mounting evidence about a hidden population’s health risk behavior. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158(4):309.
- 26 Dibble S, Roberts S, Nussey B. Comparing breast cancer risk between lesbians and their heterosexual sisters. *Women’s Health Issues.* 2004;14(2):60–8.
- 27 Mills TC, Paul J, Stall R, Pollack L, Canchola J, Chang YJ, et al. Distress and depression in men who have sex with men: the Urban Men’s Health Study. *Am J Psychiatry.* 2004;161(2):278–85.
- 28 Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med.* 2000;51(6):843–57.
- 29 King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A, Johnson K, Cort C, et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: controlled, cross-sectional study. *Br J Psychiatry.* 2003;183:552–8.
- 30 Gibson P. Gay Male and Lesbian Youth Suicide. In: Services UDOHaH, editor. *Rockville, Mil.: Feinlieb, MR; 1989.* p. 115–47.
- 31 Steele L, Ross L, Dobinson C, Veldhuizen S, Tinmouth J. Women’s Sexual Orientation and Health: Results from a Canadian Population-Based Survey. *Women Health.* 2009;49(5):353.
- 32 Cochran S, Mays V. Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. *Am J Epidemiol.* 2000;151(5):516.
- 33 Frisell T, Lichtenstein P, Rahman Q, Långström N. Psychiatric morbidity associated with same-sex sexual behaviour: influence of minority stress and familial factors. *Psychol Med.* 2009:1–10.

- 34 Rothblum E, Balsam K, Mickey R. Brothers and sisters of lesbians, gay men, and bisexuals as a demographic  
35 comparison group: An innovative research methodology to examine social change. *J Appl Behav Sci.* 2004;40(3):283.  
36 Bradford J, Ryan C, Rothblum E. National lesbian health care survey: Implications for mental health care. *J Consult  
37 Clin Psychol.* 1994;62(2):228–42.  
38 Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults  
39 in the United States. *Am J Public Health.* 2001;91(11):1869–76.  
40 Berrill K. Anti-gay violence and victimization in the United States. In: Berrill K, Herek G, editors. *Hate crimes:  
41 Confronting violence against lesbians and gay men:* Sage Publications, Inc; 1992. p. 19–43.  
42 Balsam K, Rothblum E, Beauchaine T. Victimization over the life span: A comparison of lesbian, gay, bisexual, and  
43 heterosexual siblings. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(3):477.  
44 Hatzenbuehler M, Nolen-Hoeksema S, Dovidio J. How does stigma “get under the skin”? The mediating role of  
45 emotion regulation. *Psychol Sci.* 2009;20(10):1282–9.  
46 Hatzenbuehler M, McLaughlin K, Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and the development of internalizing  
47 symptoms in a longitudinal study of LGB adolescents and their heterosexual peers. *J Child Psychol Psychiatry.*  
48 2008;49:1270–8.  
49 Nicholson W, Long B. Self-esteem, social support, internalized homophobia, and coping strategies of HIV+ gay men.  
50 *J Consult Clin Psychol.* 1990;58(6):873–6.  
51 Huebner D, Davis M, Nemeroff C, Aiken L. The impact of internalized homophobia on HIV preventive interventions.  
52 *Am J Community Psychol.* 2002;30(3):327–48.  
53 Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J, Braun L. Sexual identity development among gay, lesbian, and bisexual  
youths: consistency and change over time. *J Sex Res.* 2006;43(1):46–58.  
Nelson K. Developing self-knowledge from autobiographical memory. In: Srull T, Wyer RJ, editors. *The mental  
representation of trait and autobiographical knowledge about the self.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1993. p. 111–  
20.  
Wiesendanger K. *Vertieftes Coming-out: schwules Selbstbewusstsein jenseits von Hedonismus und Depression:*  
Vandenhoeck & Ruprecht; 2005.  
Cole SW, Kemeny ME, Taylor SE, Visscher BR, Fahey JL. Accelerated course of human immunodeficiency virus  
infection in gay men who conceal their homosexual identity. *Psychosomatic medicine.* 1996;58(3):219–31.  
D’Augelli AR, Hershberger SL. Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: personal challenges and  
mental health problems. *Am J Community Psychol.* 1993;21(4):421–48.  
DiPlacido J. Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals: A consequence of heterosexism, homophobia,  
and stigmatization. In: Herek GM, editor. *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians,  
gay men, and bisexuals.* Thousand Oaks, CA: Sage; 1998. p. 138–59.  
Klitzman RL, Greenberg JD. Patterns of communication between gay and lesbian patients and their health care  
providers. *J Homosex.* 2002;42(4):65–75.  
Arnold O, Voracek M, Musalek M, Springer-Kremser M. Austrian medical students’ attitudes towards male and female  
homosexuality: a comparative survey. *Wien Klin Wochenschr.* 2004;116(21-22):730–6.  
Franke R, Leary M. Disclosure of sexual orientation by lesbians and gay men: A comparison of private and public  
processes. *J Soc Clin Psychol.* 1991;10(3):262–9.  
Wagner C, Rossel E. Konversionstherapie bei Homosexuellen. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis.*  
2006;38(3):603–12.  
American Psychologist Association APA. Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. In:  
Association AP, editor. 2001/03/23 ed. *Am Psychol* 2000. p. 1440–51.