


Muriel GUIGNARD

Eva SCHNELLER

BACHELOR EN SOINS INFIRMIERS



Vers une posture infirmière non discriminante et inclusive : comment améliorer la prise en soins infirmière des personnes de la communauté LGBTQIA+ dans les services d'urgences en Suisse romande ?

Travail de Bachelor présenté à la Haute Ecole de la Santé La Source

LAUSANNE

2021

Sous la houlette de Mélanie Schmittler

Remerciements :

Nous tenons à remercier chaleureusement notre tutrice Mélanie Schmittler pour son soutien et sa guidance lors de l'élaboration de ce travail. Nous remercions également nos proches ainsi que nos collègues qui nous ont conseillées et encouragées ces derniers mois. Merci à Evelyne Vaucher et Paula Velez pour leur relecture et leurs suggestions pertinentes. Pour finir, nous souhaitons remercier toutes les personnes qui prendront le temps de lire ce travail et qui luttent ainsi, à leur échelle, pour des soins de qualité pour touxtes.

Avis aux lecteur·ice·x·s :

La rédaction et la conclusion de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses autrices et en aucun cas celle de La Haute École de la Santé La Source. Dans le cas où vous ne comprendriez pas un mot utilisé, un lexique est disponible en annexe (voir annexe 10.1). Le langage inclusif a été employé tout au long de ce texte pour prendre en compte au mieux toutes les identités des personnes susceptibles de lire ce travail. Pour ce faire, nous avons utilisé le point médian pour inclure le féminin et le neutre (x) et avons également utilisé la contraction de certains mots comme ceci :

Il-elle : iel

Elle-lui : ellui

Elles-eux : elleux

Celles-ceux : celleux

La-le : lae

Tous-toutes-x : touxtes

RESUME

Introduction : les personnes de la communauté LGBTQIA+ en Suisse subissent encore de multiples discriminations dans leur vie quotidienne et cela également dans le milieu de la santé, ce qui conditionne leur accès à des soins de qualité. L'infirmier·ère·x a donc un rôle crucial à jouer dans la prise en soins de cette communauté et en particulier aux urgences, car c'est un service souvent consulté comme premier et dernier recours.

But : apporter des pistes pour améliorer la prise en soins infirmière de la communauté LGBTQIA+ dans les services d'urgences en Suisse romande.

Méthodologie : nous avons posé notre question de recherche grâce à la méthode PICO. Des mots-clés ont été identifiés à partir de notre problématique pour ensuite élaborer des descripteurs. Ces derniers nous ont permis de poser des équations de recherches dans les bases de données probantes CINAHL et PubMed afin de sélectionner six articles scientifiques nous permettant de répondre à notre question de recherche.

Résultats : les résultats de cette revue de la littérature non systématique soulignent principalement la formation des infirmier·ère·x·s, l'utilisation d'un langage inclusif, la récolte systématique de données relatives à l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, l'adaptation de l'environnement ainsi que le travail en interprofessionnalité comme éléments centraux pour améliorer la prise en soins infirmière des personnes de la communauté LGBTQIA+ aux urgences en Suisse.

Conclusion : les soignant·e·x·s sont encouragé·e·x·s à mobiliser leur rôle d'advocacy et leur rôle de leadership afin de prodiguer des soins plus inclusifs et non discriminants. L'infirmier·ère·x peut mettre en place différents éléments afin de favoriser une prise en soins inclusive et non discriminante et être acteur·rice·x de ses changements. Il serait intéressant par la suite de comparer ces pistes entre elles pour déterminer si l'une est plus pertinente que l'autre.

Mots-clés : LGBT · prise en soins infirmière · posture infirmière · accès aux soins · soins inclusifs · discriminations · urgences · Suisse

Table des matières

1. Introduction	1
2. Problématisation et contextualisation	2
3. Cadre théorique	4
3.1 Psychologie sociale : de la catégorisation à la discrimination	4
3.2 Le sexe et le genre	6
3.3 La sexualité : l'empire de l'hétérosexisme.....	8
3.4 La licorne du genre et de la sexualité	11
3.5 La théorie de soins centrés sur la personne	12
4. Méthodologie	13
4.1 Question de recherche PICO.....	13
4.2 Bases de données et équations de recherche	14
4.3 Articles retenus.....	15
5. Analyse des articles	17
5.1 Article 1	17
5.2 Article 2.....	17
5.3 Article 3.....	19
5.4 Article 4.....	20
5.5 Article 5.....	21
5.6 Article 6.....	22
6. Synthèse des résultats.....	23
7. Discussion et perspectives.....	31
7.1 Réponse à la question de recherche	31
7.2 La formation du personnel	31
7.3 Prise de contact avec les patient·e·x·s	33
7.4 Environnement physique	34
7.5 Interprofessionnalité	35
7.6 Outils pratiques.....	36
7.7 Limites et perspectives	38
8. Conclusion	40
9. Références	42
10. Annexes.....	45
10.1 Lexique.....	45
10.2 Lois suisses.....	46
10.3 La licorne du genre et de la sexualité	49
10.4 Fleur des soins centrés sur la personne	49
10.5 Ressources	50

1. Introduction

Afin de clôturer la formation en soins infirmiers à la Haute École de la Santé La Source, le travail de Bachelor est pensé sous forme de revue de la littérature non systématique. Ce dernier est réalisé en binôme ou trinôme afin de pouvoir bénéficier de la réflexion en équipe. Le travail porte sur une thématique proposée par un Laboratoire d'Enseignement et de Recherche (L.E.R) ou, comme dans notre cas, choisie par les étudiant·e·s elleux-mêmes. Il permet de mobiliser les compétences acquises tout au long de la formation et d'approfondir ses connaissances autour d'un sujet donné. Ce travail nous invite à questionner notre posture professionnelle infirmière future en mobilisant les sciences infirmières et les données probantes – outils nécessaires pour adresser notre professionnalité émergente, dimension évolutive de notre profession.

Notre binôme s'est formé assez naturellement, car nous nous sommes aperçues au cours des premières années de formation que nous partagions de mêmes valeurs autant personnelles que professionnelles. Sensibilisées aux enjeux de la population LGBTQIA+ – lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre, queer, intersexe, asexuelle et plus (pansexuelle, non binaire...) – par notre entourage et notre côté militant, c'est assez naturellement que cette dimension s'est immiscée dans notre parcours étudiantin et in fine notre parcours professionnel. Nous avons été forcées de constater l'absence de contenu sur les thématiques LGBTQIA+ lors de notre formation et avons ressenti à de nombreuses reprises les propos discriminants de nos camarades comme des professionnel·le·x·s dans les milieux de stage. Par ce constat commun et le désir de ne pas cristalliser ces discussions dans le fonctionnement institutionnel, nous avons eu l'idée de travailler conjointement sur cette thématique pour notre travail de Bachelor dans le LER système de santé, éthique et interprofessionnalité avec notre tutrice Mélanie Schmittler, infirmière et socio-anthropologue.

Nous souhaitons que la réalisation de ce travail soit plus qu'une simple étape académique et avons le désir de démontrer notre intérêt autour de la posture infirmière et de l'implication de celle-ci sur les prestations de soins. Nous voulions promouvoir et sensibiliser la plus-value d'une posture infirmière bienveillante et ouverte, et ce pour toutes les membres de la communauté rencontré·e·x·s. Nous tenions cependant à préciser que nous ne pouvons pas nous substituer au discours

des personnes concernées et qu'il est bien contraire à notre désir que de prendre leur place ou d'invisibiliser leur vécu. Par conséquent, nous avons choisi la posture infirmière comme axe d'analyse afin de nous prémunir d'une éventuelle non-légitimité à aborder cette thématique ne partageant pas la totalité des vécus des personnes LGBTQIA+. Cet acronyme a été retenu pour ce travail bien qu'il soit vaste et discutable, englobant autant d'orientations sexuelles que des identités de genre et des corps ne correspondant pas à la norme binaire, car il reste le plus majoritairement utilisé dans le milieu actuellement.

Dans ce travail, nous commencerons par la problématisation exposant les enjeux qui nous ont permis de poser notre question de recherche. S'en suivront les éléments théoriques nécessaires à la compréhension de ce travail ainsi que l'exposition de la théorie infirmière utilisée pour appuyer notre réflexion. Nous décrivons alors la méthodologie employée pour trouver les articles nécessaires afin de répondre à notre question de recherche. Après un bref résumé des études retenues, celles-ci seront analysées sous forme de tableaux en trois thèmes différents afin d'obtenir une synthèse des résultats. Nous terminerons par la discussion de nos découvertes en soutenant notre réflexion par le cadre théorique posé en début de travail et en réalisant un lien avec la pratique afin que lae lecteur·ice·x·s puisse y trouver des pistes d'intervention concrètes. Nous concluons ce travail par les apprentissages qu'il nous aura permis de réaliser et cela notamment au regard de notre futur professionnel.

2. Problématisation et contextualisation

Au centre des structures de soins, l'infirmier·ère·x est confronté·e·x à une population aussi variée que le nombre de personnes qui la compose. Notre profession est ancrée dans cette relation à l'autre et donc la rencontre entre deux ou plus systèmes de valeurs et de croyances. Alors que chaque soignant·e·x fait vœux de « soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment ... leur sexe, leur réputation [et] les sentiments qu'[iel] peut éprouver à leur égard ... », dans la réalité de la pratique, il est difficile de se soustraire aux croyances de chacun·e·x ainsi qu'aux normes induites par la société (Ordre national des infirmiers, 2016, p.7). Cette réalité laisse place à des différences de traitements voire à diverses discriminations dans les soins pour les populations marginalisées telles que, entre autres, les personnes de la communauté LGBTQIA+ (Schmitz & Tabler, 2021). En France, c'est plus de 10% de la population qui s'identifie comme LGBTQIA+, soit environ 650'000

personnes, et donc une partie non nulle des bénéficiaires de soins (Moyou, 2020). Il n'existe actuellement aucun recensement à l'échelle suisse de cette communauté par la valeur sensible des données relatives à la sexualité et à l'identité de genre. Ce manque de ressources nourrit le sentiment d'invisibilité des personnes LGBTQIA+ ainsi que les difficultés d'établir des actions concrètes et ciblées pour cette population. C'est pourquoi nous avons voulu mettre à profit nos recherches et tenter de trouver des éléments transférables en Suisse (Béziane et al., 2020). Diverses études américaines soulignent que plus de la moitié des personnes de la communauté se sont déjà fait discriminer dans les milieux de soins sur base de leur orientation sexuelle ou identité de genre les poussant dans la plupart des cas à éviter de s'y rendre pour ne pas y être confronté·e·x (Englund et al., 2020). Ces violences pouvant prendre différentes formes (injures, soins inadaptés, refus de soins, abus physiques...) prennent racine dans les normes hétérosexistes et dans la binarité du genre – termes qui seront définis dans la partie théorique – encore ancrées dans notre société occidentale et donc dans notre système de santé (Genon et al., 2009). Au regard de cette réalité, les personnes de la communauté LGBTQIA+ tardent souvent à consulter un·e·x professionnel·le·x de la santé et s'adressent donc comme dernier recours aux services d'urgences (Chisolm-Straker, et al., 2017). L'infirmier·ère·x aux urgences peut donc dans ce contexte être le premier – et dernier – lien entre la personne et le monde de la santé et joue ainsi un rôle crucial dans sa prise en charge. Ce milieu de soins peut donc être capital pour la santé des personnes de la communauté LGBTQIA+. À noter que les personnes d'une communauté marginalisée sont d'autant plus à risque de développer différentes affections autant physiques que mentales telles que la dépression, les maladies cardiovasculaires, le diabète ou différentes addictions dues au stress d'appartenir à une minorité (Nuñez & Jäger, 2011 ; Bize et al., 2011). En effet, Meyer (2003) a théorisé le stress des minorités et donc l'impact de ce statut en soulignant les différents facteurs pouvant amener à cette vulnérabilité comme les inconvénients socio-économiques, les discriminations, les agressions et micro-agressions, la crainte du rejet ou encore l'homophobie intériorisée. Une étude suisse récente sur les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF) démontre que plus d'un tiers d'entre iels ont déjà été discriminé·e·x·s ou prise en charge de manière inadéquate en raison de leur orientation sexuelle et 54% ont déjà eu des idées suicidaires, ce qui souligne bien que cette tendance existe également en Suisse (Béziane et al., 2020). La population LGBTQIA+ est donc d'autant plus à risque

de nécessiter des prestations de soins et donc de consulter les services d'urgences, mais ne reçoit pas des soins adaptés lorsqu'elle en a besoin, voire subit des maltraitances au regard de son identité de genre ou de son orientation sexuelle. Il est donc évident que les personnes de la communauté LGBTQIA+ sont vulnérables et que de nets progrès peuvent encore être faits pour améliorer leur prise en charge, et cela notamment vis-à-vis des soins infirmiers aux urgences en Suisse – première et dernière porte d'entrée à leur accès aux soins et dans laquelle aucun moyen systématique n'est encore mis en place pour faire basculer ces statistiques. C'est donc à travers ces éléments parlants que nous sommes arrivées à la problématique suivante :

Comment améliorer la prise en soins infirmière des personnes de la communauté LGBTQIA+ dans les services d'urgences en Suisse romande?

3. Cadre théorique

Afin de saisir les enjeux derrière cette problématique, il est important de comprendre certains termes et concepts – notamment autour du genre, de la sexualité, mais aussi de la discrimination – ainsi que la manière dont ils sont construits dans notre société et comme ils régissent notre manière de penser, de vivre et donc de soigner.

3.1 Psychologie sociale : de la catégorisation à la discrimination

Pour ce faire, nous allons mobiliser les théories de psychologie sociale de Gustave-Nicolas Fischer comme « la théorie de l'implicite », « la catégorisation sociale », « les stéréotypes, préjugés et discriminations » issus de son livre « La psychologie sociale » (2017, p.189 à 215).

Afin de pouvoir appréhender le processus de la discrimination, il faut d'abord poser les fondements de l'idée de théorie implicite. Cette théorie se centre sur le « fonctionnement cognitif » consistant en la recherche d'informations concordant avec nos croyances lorsque nous appréhendons autrui (Fischer, 2017, p.191). « Ainsi notre façon de voir la réalité n'est pas une recherche objective d'information, mais un processus qui puise dans l'environnement social des données pour les ajuster à un système d'interprétations qui nous convient » (Fischer, 2017, p.191).

Selon Fisher (2017), l'être humain possède des biais cognitifs afin de pouvoir comprendre l'environnement qui l'entoure et le simplifier. L'individu classe et

catégorise les objets autour de lui en ensemble « cohérent, clair et compréhensible » (Fischer, 2017, p.199). La simplification alors opérée est aussi une « réduction abusive de la réalité environnante » (Fischer, 2017, p.199). Il s'agit d'un processus de sélection de variables simple afin de donner le sentiment de « comprendre et par conséquent de maîtriser les choses et la situation » (Fischer, 2017, p.199). Ce processus se déroule aussi lorsque cet objet est un sujet. Une fois catégorisé, il appartient désormais à un groupe. Ce processus est appelé la catégorisation sociale. Les critères de catégorisation imputés sont alors en lien avec des caractéristiques « communes ; par exemple, les employés, les cadres, les patrons, les jeunes, les vieux, les riches (...) ». Afin de faire de ce groupe une entité, des caractéristiques lui sont conférées afin de ne plus distinguer les individus. Comme l'explique Tajfel et Turner, ce processus n'est pas uniquement une catégorisation, mais « consiste également à accentuer certains traits » (1963, cité dans Fischer, 2017, p.199). En bref, des objets semblables le deviennent encore plus lorsqu'ils sont mis côte à côte et à contrario des objets différents le seront encore plus. Ces caractéristiques de différenciation deviennent alors les déterminants du groupe, s'ensuivent des processus de « stéréotypisation » (Fischer, 2017, p.203). La personne devient alors une caractéristique et afin que l'individu se conforme à ce groupe, les traits sortant de ceux imputés au groupe seront alors lissés. À ce stade, un jugement est émis, basé sur des « explications réductrices », et donnant lieu à « des généralisations » (Fischer, 2017, p.203). Les individus perdent de leur spécificité et deviennent plus qu'un ensemble de traits, d'adjectifs et de comportements. Ce processus donne naissance à des « inférences erronées » et par conséquent « des illusions de corrélation » (Fischer, 2017, p.208). À cette étape, vient s'ajouter au processus cognitif une composante affective. En effet, un jugement et des émotions vont venir se coupler à ces caractéristiques. Une caractéristique devenue déterminante englobe toute une série de critères construits en partie sur l'altérité. Le plus souvent, ils prennent source sur une hiérarchisation. L'infériorité d'un groupe sur l'autre est alors légitimée par son statut inférieur et induit en même temps l'imitation des comportements au sein de l'endogroupe (groupe auquel la personne s'identifie). La personne ne peut plus échapper à celle-ci et si ces critères ne peuvent pas s'appliquer à elle la différenciation sur d'autres points sera exacerbée. Enfin, la composante comportementale est la conséquence de ce processus insidieux. Elle regroupe les attitudes et les comportements envers cet exogroupe, l'exogroupe étant alors le groupe reconnu

comme étant autre que celui d'identification et d'appartenance. Une fois cette distinction établie, il est ainsi plus facile de passer à l'acte, l'autre n'étant plus un semblable. Dans les expériences de soin vécu, Hutchinson et al., répertorient (2006, cité dans Weisz, 2009) : « des épisodes d'hostilité, des propos rabaissants et sexistes, une retenue d'information à l'encontre du·de la patient·e·x, des blagues inappropriées, une diminution du contact physique avec les clients et des références inappropriées à l'état mental. » On constate donc qu'indépendamment de leur volonté, les soignant·e·x·s vont apporter ces biais dans leur pratique et discriminer de façon plus ou moins consciente et conséquente. Iels n'ont pas le recul nécessaire et ne connaissent souvent pas ce processus. Il est en effet ancré dans le fonctionnement même de notre être et dans la société au niveau de ces construits. Leur identification permet d'agir sur ces derniers à différents niveaux (cognitif, affectif et comportemental) et de les déconstruire afin de prodiguer des soins et d'accompagner les patient·e·x·s au sein des urgences de façon inclusive et non discriminante.

3.2 Le sexe et le genre

Dans notre société occidentale actuelle, la population est divisée en deux groupes distincts : les hommes et les femmes. Cette catégorisation expliquée par différents procédés psychologiques démontrés précédemment est en réalité bien plus arbitraire que ce qu'il pourrait paraître. En effet, le groupe (homme/femme en l'occurrence) se définit par différents attributs et similitudes qui sont considérés alors comme normes et que l'on pourrait donc croire comme « naturelles » mais qui sont en réalité construits selon le prisme d'une époque, sa politique et ses enjeux (Bereni et al., 2020; Laqueur, 2010). À ce titre, alors qu'au XXI^e siècle l'on associe le maquillage, les robes et les talons à des attributs de femmes et à la féminité, au XVII^e siècle ces attributs reflètent à l'inverse la puissance masculine (Agresti, 2021). Un autre exemple parlant, celui de l'« instinct maternel », concept apparu au XVII^e siècle et grandement mis en avant à la sortie de la deuxième guerre mondiale, stratégie politique forte pour ramener la femme à la maison auprès des enfants après qu'elles aient assumé les différents métiers des hommes durant la guerre (travail en usine, champ, industrie) (Blaffer Hrdy, 2002, cité dans Dortier, 2003). Apparence physique, rôles, pensées, attributs, ces différents paradigmes allant de la coiffure à l'habillement en passant par les tâches du quotidien ou la manière de réfléchir sont donc des constructions sociales « forgées et accumulées par nos sociétés pour répondre à différents besoins de fonctionnement,

et pour asseoir les jeux de privilèges et de domination. » (Agresti, 2021, p.22). C'est dans les années septante que le terme « gender » apparaît dans les milieux féministes pour tenter de différencier ce qui semblait à l'époque « naturel » – le sexe biologique – de ce qui est construit – l'apparence, les rôles, les attributs – qui annihilait les chances des femmes d'accéder à une forme d'égalité (Bereni et al., 2020).

Bien que cette reconnaissance de la part sociale de la construction de l'homme et de la femme ait été révélatrice, il n'en reste pas moins qu'elle assoit toujours deux catégories – peut-être un peu plus floue, mais toujours aussi présente. En effet, le joug de l'essentialisme biologique elle aussi ancrée dans une norme binaire a sévi (et sévit encore) pour justifier la « réalité naturelle » du sexe biologique. Ce n'est que dans les années nonante avec les écrits de la biologiste et sociologue Anne Fausto-Sterling que l'on commence à déconstruire cette binarité biologique soi-disant irrévocable, car scientifique. Elle est une des premières à formuler la complexité de la notion de « sexe » et « considère que le principe de la catégorisation mâle/femelle impose une dichotomie artificielle au sein de ce qui devrait être considéré comme un continuum des caractères sexués » (Bereni et al., 2020, p.43). Définir le sexe de quelqu'un·e·x n'est pas si simple, car il dépend de différents facteurs comme l'anatomie, les gonades, les hormones ou encore l'ADN qui eux-mêmes peuvent être influencés par l'environnement (Bereni et al., 2020). Les recherches de ces dernières années sur les personnes intersexes ainsi que sur certaines espèces animales ont permis de déconstruire l'idée d'une association entre ces différents paramètres pour « construire » un sexe. Chez l'être humain, plus de 3% de la population – soit autant que les personnes rousses – naissent intersexes et donc avec des variations entre ces différents paramètres (Lévy et al., 2009). Des études récentes démontrent également que l'environnement influence par exemple l'expression des gènes ou encore la production hormonale (Dubois et al., 2018 ; Jordan-Young, 2016). Si la testostérone rend plus agressif·ve·x, à l'inverse être agressif·ve·x augmente également la production de testostérone ; cela donne donc un pouvoir social et culturel à un aspect que l'on pourrait croire comme naturel ou biologique (Jordan-Young, 2016). Il en va de même pour différents aspects du corps notamment vis-à-vis des caractères sexuels secondaires comme la pilosité qui par les injonctions sociales et culturelles brouillent les pistes de la réalité biologique. Au regard des connaissances actuelles sur le sujet, il semble donc arbitraire de classer les personnes – si ce n'est

par facilité ou comme moyen d'oppression – dans « un sexe » étant donné la complexité de sa définition et les variations possibles au sein même d'une supposée catégorie.

Et pourtant, cette scission en deux groupes distincts et donc opposés domine encore la pensée collective et la manière dont fonctionne notre société actuelle. Pouvant paraître anodine, cette division est problématique sous différents aspects, tout d'abord parce qu'elle permet l'oppression d'un groupe sur un autre, ensuite parce qu'elle engendre une discrimination des personnes sortant des normes de cette binarité. À ce titre, les personnes transgenres – en opposition aux personnes cisgenres – qui ne sont pas pleinement du genre qui leur a été attribué selon leur organe sexuel externe à la naissance, ainsi que les personnes intersexes qui ont une variation entre leurs différents caractères sexués, subissent de nombreuses atteintes à leur corps, leur identité et leur personne, pouvant avoir un impact profond sur leur vie et cela notamment dans les milieux de soins, d'où l'importance de ce travail (Agresti, 2021).

3.3 La sexualité : l'empire de l'hétérosexisme

L'hétéronormativité serait l'imposition de la norme d'une sexualité hétérosexuelle naturelle et jugée normale (Wittig, 2018). Ce modèle nous pousse à concevoir la sexualité uniquement dans une visée reproductive (Wittig, 2018). Par conséquent, elle est toujours conçue comme un rapport exclusif entre un homme et une femme cisgenres – définissant donc leur genre comme leur sexe assigné à la naissance et dyadique, donc n'étant pas intersexe. Ce système a permis d'asseoir également un rapport entre les sexes qui est binaire et asymétrique : l'homme correspondant au trait viril et stéréotype de genre masculin, tandis que la femme se doit d'être douce sage et docile pour correspondre au stéréotype féminin ; il y a le pénétrant, l'actif et celle qui reçoit, souvent même pas nommée, car passive (Bereni et al., 2020). Il y a rapport sur et non pas avec. Pendant longtemps, le désir n'était pas inclus dans la relation sexuelle, car elle était uniquement rattachée au but procréatif (Bereni et al., 2020). D'ailleurs historiquement, et ce jusqu'à la révolution sexuelle des années soixante, la pratique dans son seul but de plaisir était perçue comme une déviance (Bereni et al., 2020). Dans cette vision du rapport, l'absence de la femme comme sujet de la relation et sa définition en tant qu'objet donne lieu à de fausses conceptions et de ce fait, les FSF sont doublement invisibilisées des sphères sexuelles, car elles sont femmes et lesbiennes (Delebarre, 2019). En tant que « femmes », elles se doivent d'être

désirables, mais pas désirantes, elles sont décrites comme étant douces, sensibles et passives (Bereni et al., 2020). L'acte sexuel qui contraste avec l'image de « la femme » et la nature sexuelle pénétrante du rapport fait que leur sexualité est considérée comme non existante en plus d'être jugée comme ne comportant pas de risque, puisqu'il n'existe pas de données sur la sexualité entre femmes (Delebarre, 2019). Elles sont donc doublement pénalisées par cette invisibilisation. De plus, cette dernière est expliquée par la nature du rapport. En effet, dans un rapport entre FSF, l'acte sexuel n'est pas concentré autour de la notion pénétrative ni de la complémentarité des zones génitales, sortant alors des définitions conventionnelles d'un rapport sexuel (Weisz, 2009). Cette invisibilisation a créé bon nombre de fausses croyances et a amené à l'absence des FSF dans les campagnes de prévention et à des pratiques inadéquates et discriminantes dans les milieux de soins comme le refus de frottis de dépistage (Genon et al., 2009). En effet, les politiques de santé sexuelle des femmes sont basées sur la contraception et la grossesse et non sur la santé sexuelle de manière plus large (Delebarre, 2019; Weisz, 2009). Cette non-consideration dans les politiques de prévention amène la population à une plus grande exposition à des risques par le faux sentiment de protection que leur procure cette absence de discours de prévention et n'inclut pas les comportements à risque spécifiques à la communauté LGBTQIA+, leurs pratiques sexuelles étant souvent occultées pour les soignant·e·x·s (Delebarre, 2019). Souvent, le refus des soins est marqué par la négation des rapports homosexuels et par le manque de crédulité du personnel soignant devant la possibilité de non-rapport avec l'autre sexe (Delebarre, 2019). On peut citer alors aisément la pratique de test de grossesse effectué d'office lors de douleurs abdominales chez les femmes en âge de procréer. La pertinence d'un tel acte peut être interrogée au travers des concepts d'efficience et d'économie en plus de la visée morale. Dans cette inégalité de soins et cette stigmatisation, on notera sur un autre plan les différences entre la population FSF et la population HSH (hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes) en terme de prévention qui, elle, a été largement stigmatisée et ciblée par les campagnes de prévention en santé sexuelle après l'épidémie VIH des années huitante (Genon et al., 2009; Bereni et al., 2020).

La présomption d'hétérosexualité et d'identité de genre découlant de ces rôles genrés n'échappe pas au vécu des personnes transgenres. En effet, lors d'une transition, le

corps médical est venu inscrire la réussite d'une telle intervention dans une visée curative et par conséquent de pouvoir enfin correspondre à un être cisgenre (Bereni et al., 2020). En suivant cette idée, la réussite de la transition serait d'autant plus grande si elle permet de correspondre au couple hétéronormé, « la réassignation de sexe transformerait de facto comme "altérité" » (Bereni, et al., 2020 p.58). Elle permettrait donc de retrouver ce duo homme/femme, socle de l'hétérosexisme. Il se joue alors un renforcement du système à la fois de la binarité du genre, mais aussi de la norme hétérosexuelle.

De façon plus générale, dans le contexte des soins, le corps médical serait complice autant que les patient·e·x·s dans la conformation aux attentes sociales et le maintien de ces dernières (Bereni et al., 2020). En effet, les soignant·e·x·s présupposent l'orientation sexuelle et l'identité de genre et les patient·e·x·s tentent d'avoir une identité de genre leur permettant de paraître dans un genre binaire (cispasing) ou passent sous silence leur orientation sexuelle (Bereni et al., 2020; Røndahl et al., 2006). En effet, des patient·e·x·s transgenres avouent avoir reçu des soins de meilleure qualité lorsque les soignant·e·x·s ne pouvaient pas supposer leur transidentité (Chisolm-Straker, 2017). Ainsi, il existe un risque important de perpétuer involontairement des normes homophobes et transphobes en tant que soignant·e·x·s lors des prises en soins – les inégalités étant encore prégnantes entre les différentes orientations sexuelles. C'est pourquoi le terme d'hétérosexisme est de plus en plus souvent utilisé et sera préféré à l'hétéronormativité dans ce travail. En effet, cette notion inclut un processus discriminatoire basé sur l'orientation sexuelle et permet de penser cette discrimination dans les rapports sociaux et les structures politiques (Morin, s.d., cité dans Rennes, 2021). Elle n'implique plus uniquement l'individu, mais les mécanismes d'inégalité entre sexualités (Dayer, 2012). Elle permet aussi d'envisager l'intersectionnalité, car elle visible cette hiérarchisation et l'inégalité vécue (Dayer, 2012). En effet, l'hétérosexualité est placée au-dessus de toute autre orientation sexuelle et est légitimée par l'hétéronormativité ; elle permet donc de justifier les comportements discriminatoires (Nuñez & Jäger, 2011). L'hétérosexisme explique aussi l'évitement des soins de la communauté LGBTQIA+ (Genon et al., 2009). L'impact de la multiplicité d'événements de type hétérosexisme vient fragiliser les personnes et constitue un facteur de stress supplémentaire en lien avec leur orientation sexuelle ou leur identité de genre (Meyer, 2003). La déconstruction

nécessaire à la compréhension de ce mécanisme d'oppression est nécessaire pour que le professionnel·le·x puissent envisager d'autres vécus et adresser en quoi sa pratique est hétérosexiste et ne lui permet pas de dispenser des soins de qualité inclusifs et non discriminants. Dans le domaine des soins, il existe déjà une asymétrie dans la relation et celle-ci vient s'accroître lorsqu'une personne hétérosexuelle soignant·e·x·s reçoit une personne ayant une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle (toute orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle). Cette peur d'être découvert·e·x·s, de subir de l'homophobie, mais aussi cette invisibilisation de leurs vécus sont autant d'expériences négatives qui sont des freins à l'accès aux centres d'urgences pour la population LGBTQIA+ et cela ne se limite pas à leur personne, mais aussi à leur partenaire alors peu ou pas considéré·e·x dans la prise en soins (Röndahl et al., 2006).

3.4 La licorne du genre et de la sexualité

Afin de lutter contre la cisnormativité qui part du principe qu'une personne est forcément du genre qui lui a été assigné à la naissance et contre l'hétérosexisme qui impose l'hétérosexualité comme orientation sexuelle de base, le « Trans Student Educational Resources » (2015) a créé un schéma sous la forme ludique d'une licorne représentant la complexité et le continuum du genre et de la sexualité. Elle inclut l'identité de genre, l'expression de genre, le sexe assigné à la naissance, l'attirance physique et l'attirance émotionnelle. L'identité de genre est la manière dont la personne se sent vis-à-vis d'être homme, femme, les deux ou ni l'un ni l'autre – sentiment qui peut évoluer et changer au cours de la vie ou des jours (Trans Student Educational Resources, 2015). L'expression de genre est la manière dont la personne s'habille, se coiffe, s'apprête, s'exprime qui peut être plus ou moins féminin ou masculin selon la définition actuelle (qui évolue selon les époques) de ces termes (Agresti, 2021). Le sexe assigné à la naissance est le sexe que l'on a donné à la personne à la naissance selon ses organes génitaux externes. L'attirance physique représente l'orientation sexuelle d'une personne pour les hommes, les femmes, d'autres genres, plusieurs genres ou aucun genre et l'attirance émotionnelle représente l'attraction romantique pour quelqu'un·e·x – les deux choses n'étant pas forcément liées (Trans Student Educational Resources, 2015). Pour créer sa licorne, il existe donc trois curseurs – masculin, féminin, autres genres – par item que l'on peut déplacer de gauche à droite pour former le spectre de son propre genre et sexualité

(voir annexe 10.3). Cette approche permet non seulement de nommer tous les différents paramètres qui entrent en jeu lorsque l'on parle de genre et de sexualité, mais également d'en saisir la complexité et d'ainsi éviter des catégorisations réductrices de l'identité d'une personne.

3.5 La théorie de soins centrés sur la personne

C'est au travers de la théorie des soins centrés sur la personne modélisée par McCormack et McCance (2006) qui s'inscrit dans le prolongement des concepts du *caring* – prendre soin de – et d'une vision salutogénique – centrée sur la santé – des soins que notre question de recherche s'est construite. Viser à une posture infirmière inclusive qui tente donc de prendre en compte toute personne avec chacune de ses particularités reflète en effet les postulats principaux de cette théorie (McCormack & McCance, 2006). Schématisés sous forme de fleur (voir annexe 10.4), les éléments théoriques se regroupent en cinq pétales : le travail avec les croyances et les valeurs de la personne, l'engagement authentique du·de la soignant·e·x, le partage de prise de décision entre soignant·e·x-s et soigné·e·x-s, la présence avec profondeur et les soins holistiques. Tous ensemble, ils forment les pétales de la fleur permettant le processus des soins centrés sur la personne qui a pour résultat une meilleure expérience de soins et un sentiment de bien-être du·de la patient·e·x - et donc une amélioration de sa prise en charge (McCormack & McCance, 2006).

Cette théorie infirmière démontre bien l'importance de comprendre comment son·sa patient·e·x fait sens de ce qui lui arrive autant d'un point de vue personnel que dans un contexte psychosocial, ainsi que les bénéfices de l'attention portée aux différentes sphères de la personne, qu'elles soient physiologiques, psychologiques, socioculturelles, développementales ou spirituelles (McCormack & McCance, 2006). Elle souligne également l'importance de l'engagement personnel de l'infirmier·ère·x pour viser à une meilleure prise en soins des patient·e·x-s qui se traduit par la connaissance de soi et l'expertise professionnelle (actualisation des connaissances, fondements scientifiques...) (McCormack & McCance, 2006). La théorie met aussi en avant le partage de prise de décision entre soignant·e·x et soigné·e·x et donc l'implication du·de la patient·e·x et d'autres personnes significatives pour ellui dans sa prise en soins en considérant ses valeurs, expériences, préoccupations et aspirations futures (McCormack & McCance, 2006). À ce titre, les soins centrés sur la personne se construisent en grande partie autour de l'advocacy - théorie consistant à prendre

en compte l'avis et les choix du-de la patient-e-x et de les faire respecter auprès des autres professionnel-le-x-s, l'infirmier-ère-x agissant ainsi comme porte-parole de la personne soignée (Debout, 2009, cité dans Jovic & Formarier, 2012). La théorie mobilise également le leadership infirmier, compétence essentielle de la profession qui lui permet d'exprimer son opinion dans les débats et de faire valoir non seulement son propre statut, mais également celui de ses patient-e-x-s au regard d'enjeux importants telles les discriminations, en s'appuyant sur les données probantes afin de favoriser les soins et le travail de qualité (M. Turcotte, communication personnelle, 27 avril 2021).

Ces différents paramètres sont essentiels dans la prise en soins infirmière de personnes marginalisées comme celles de la communauté LGBTQIA+ car cela permet de contourner la norme et de se focaliser en premier lieu sur la réalité de la personne et les données probantes. Une telle posture vise donc automatiquement à l'inclusion des différents vécus et sensibilités et offre une prise en soins par principe non discriminante. À ce titre, la théorie propose déjà des pistes afin d'acquérir ce positionnement qui nous ont permis de façonner nos recherches. Pour ne citer que quelques exemples, elle met en avant l'importance de se connaître soi-même en tant que soignant-e-x ainsi que ses propres valeurs et l'impact de celles-ci, tout comme la nécessité d'un engagement professionnel fort et intentionnel (McCormack & McCance, 2006). Notre problématique s'inscrit donc dans cette théorisation des soins qui met en avant l'importance de la personne, de ses valeurs et de son vécu tout comme l'engagement professionnel, afin d'envisager une posture infirmière ouverte et inclusive des différentes réalités comme celles de l'identité de genre et/ou de l'orientation sexuelle.

4. Méthodologie

4.1 Question de recherche PICO

La question de recherche est mise en forme sous le modèle PICO proposé par Favre et Kramer (2016) mettant en exergue les points centraux de notre problématique tels que la population (P), l'intervention (I), le contexte (C) et l'outcome (O). Ces différents paramètres permettent de cibler les enjeux autour de notre questionnement pour sélectionner les bons termes dans les moteurs de recherche et ainsi avoir davantage de précisions dans nos résultats.

Abréviation	Définition	Sujet
P	Population, patient·e·x·s	Personnes de la communauté LGBTQIA+
I	Intervention(s)	La prise en soins infirmière aux urgences en Suisse romande
C	Contexte	Service d'urgences
O	Outcome, résultats	Posture infirmière inclusive et non discriminante

4.2 Bases de données et équations de recherche

Afin de trouver des articles scientifiques pertinents pouvant nous aider à répondre à notre question de recherche, nous avons consulté les principales bases de données scientifiques dans le domaine de la santé.

PubMed (Medline) donne accès à plus de trente-deux millions de références bibliographiques du monde biomédical et de la santé. La langue principale est l'anglais. Les articles sont indexés par des MeSH terms (descripteurs) permettant une recherche ciblée sur le site (Favre & Kramer, 2016).

CINAHL (Ebsco) est l'index principal en ce qui concerne les données scientifiques en soins infirmiers et autres domaines du paramédical. Il donne accès à plus de cinq millions de références principalement en anglais (Favre & Kramer, 2016).

À partir de notre question PICO, nous avons identifié des mots-clés que nous avons ensuite traduits grâce au portail terminologique de santé HeTOP afin de trouver des MeSh terms (descripteurs) ; les principaux étant : LGBTQIA, nursing care, nurse intervention, primary care et emergency care. À partir de ces descripteurs, nous avons créé des équations de recherche en utilisant des opérateurs booléens afin de cibler les résultats en fonction de notre questionnement. Nous avons parfois exclu des termes comme HIV, palliative care ou cancer afin d'avoir des résultats au plus proche de notre problématique. Nous les avons également filtrés en utilisant uniquement des articles publiés dès 2010 pour avoir ainsi des données scientifiquement récentes et être plus précises dans nos résultats. Dans le moteur de recherche PubMed, il est important de préciser le terme "nurse" ou "nursing care" car le site n'est pas spécifique aux soins infirmiers. À l'inverse, il n'est pas nécessaire de mettre ces termes dans la base de données CINAHL car elle est spécifique à notre profession et cela risquerait de créer des redondances, et donc moins de résultats (Favre & Kramer, 2016).

Equations de recherche PubMed	Filtres	Nombre de résultats	Articles lus	Articles retenus
((LGBTQIA or lesbian or gay or bisexual or transgender or queer or intersex or asexual) AND (nursing care) AND (inclusive care) NOT (HIV))	Articles publiés dès 2010	40	5	0
(LGBTQIA or lesbian or gay or bisexual or transgender or queer or intersex or asexual) AND (primary care) NOT (palliative care) NOT (cancer))	Articles publiés dès 2010	150	4	2
((Transgender) AND (nursing care) AND (primary care))	Articles publiés dès 2010	69	3	1

Equations de recherche CINAHL	Filtres	Nombre de résultats	Articles lus	Articles retenus
((LGBTQIA or lesbian or gay or bisexual or transgender or queer or intersex or asexual) AND (emergency care) AND (inclusive care))	Articles publiés dès 2010	3	2	0
((LGBTQIA or lesbian or gay or bisexual or transgender or queer or intersex or asexual) AND (emergency care) NOT (HIV))	Articles publiés dès 2010	88	7	3
((LGBTQIA) AND (primary care) NOT (HIV))	Articles publiés dès 2010	22	3	0

4.3 Articles retenus

Après la lecture de vingt-quatre articles scientifiques trouvés à l'aide de nos équations de recherche dans les bases de données, nous en avons sélectionné six. Une grande partie des articles lus ont été rejetés, car ils ne présentaient pas une réelle étude ou alors n'étaient pas assez précis au regard de notre question de recherche. L'on constate que quatre articles proviennent de revues en soins infirmiers dont deux spécifiques pour les infirmier·ère·x-s managers. Les deux derniers se trouvent, eux,

dans des revues médicales. Ce sont donc avec ces articles que nous allons établir notre réflexion et si possible répondre à notre problématique.

1. Bristol, S., Kostelec, T., & MacDonald, R. (2018). Improving Emergency Health Care Workers' Knowledge, Competency, and Attitudes towards Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients through Interdisciplinary Cultural Competency Training. *Journal of Emergency Nursing*, 44 (6), 632-639, <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.03.013>
2. Chisolm-Straker, M., Jardine, L., Bennouna, C., Morency-Brassard, N., Coy, L., Egemba, M. O., & Shearer, P. L. (2017). Transgender and Gender Nonconforming in Emergency Departments: A Qualitative Report of Patient Experiences. *Transgender Health*, 2(1), 8-16. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0026>
3. Furness, B., Goldhammer, H., Gagnon, K., Bifulco, L., Lentine, D., & Anderson, D. (2020). Transforming Primary Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People : A Collaborative Quality Improvement Initiative. *Annals of Family Medicine*, 28 (4), 292-302, <https://doi.org/10.1370/afm.2542>
4. Haider, A. H., Schneider, E. B., Kodadek, L. M., Adler, R. R., Ranjit, A., Torain, M., Shields, R. Y., Snyder, C., Schuur, J. D., Vail, L., German, D., Peterson, S., & Lau, B. D. (2017). Emergency Department Query for Patient-Centered Approaches to Sexual Orientation and Gender Identity. *JAMA Internal Medicine*, 177(6), 819-828. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.0906>
5. Menkin, D., Tice, D., & Flores, D. (2020). Implementing inclusive strategies to deliver high-quality LGBTQ+ care in health care systems. *Journal of Nursing Management*, 00, 1-6, <https://doi.org/10.1111/jonm.13142>
6. Ziegler, E. (2021). The integral role of nurses in primary care for transgender people : A qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 29(1), 95-103. <https://doi.org/10.1111/jonm.13190>

5. Analyse des articles

5.1 Article 1

Bristol, S., et al. (2018). Improving Emergency Health Care Workers' Knowledge, Competency, and Attitudes towards Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients through Interdisciplinary Cultural Competency Training

Cette étude américaine quantitative descriptive comparative transversale publiée en 2018 a pour but d'évaluer les professionnel-le-x-s travaillant aux urgences sur leur savoir et leurs attitudes face aux personnes LGBT avant et après une formation sur le sujet. Elle a été menée par deux infirmières et un médecin. 141 membres (N=141) des urgences d'un hôpital urbain ont complété un questionnaire pouvant évaluer les compétences de soutien envers la communauté LGBT avant et après une formation sur le sujet. 95 personnes sur les 141 de l'échantillonnage ont complété les deux questionnaires. Les participant-e-x-s commençaient par un atelier sur la problématique ainsi que par un cours e-learning pour ensuite suivre la formation de deux heures comprenant diverses présentations et activités. Les résultats démontrent une différence statistique significative entre le groupe pré et post intervention. La validité interne est bonne, mais la recherche devrait cependant être étendue à un échantillonnage plus élevé et dans une région différente (rurale, par exemple) pour confirmer ces résultats et augmenter ainsi sa validité externe. L'étude a été revue par les pairs et le consentement éclairé a été obtenu avant la réponse au premier questionnaire. L'étude ne déclare aucun financement extérieur et ne précise pas si des conflits d'intérêt peuvent être présents, ce qui n'est pas habituel. On pourrait faire l'hypothèse que cette étude est une manière de démarcher leur formation aux autres hôpitaux. Cependant, elle a été approuvée par l'Institutional Review Board, ce qui démontre une certaine légitimité et la raison pour laquelle nous l'avons tout de même prise en compte. Elle permet également de bien définir le rôle essentiel de la formation pour améliorer l'attitude et les connaissances sur la communauté LGBT des professionnel-le-x-s aux urgences ainsi que de montrer différentes manières de le faire, et cela même avec une intervention relativement courte.

5.2 Article 2

Chisolm-Straker, et al. (2017). Transgender and Gender Nonconforming in Emergency Departments: A Qualitative Report of Patient Experiences

Cette étude américaine qualitative réalisée entre 2012 et 2014 publiée en 2017 a pour but l'investigation de la satisfaction des soins reçus dans le domaine des urgences par la population transgenre ou ne se conformant pas au genre binaire (TGGNC transgender and gender nonconfirming). Elle a été réalisée par des médecins engagé-e-x-s dans des établissements publics et des lieux de formations de médecine. Cette étude a été faite auprès de patient-e-x-s (N=240) recruté-e-x-s dans des centres de santé communautaire et sociale de la communauté LGBT. Les données ont été récoltées via des questionnaires ouverts afin d'identifier des thèmes récurrents. Le questionnaire était disponible en ligne entre juin 2012 et décembre 2014 jusqu'à ce que plus aucune thématique n'émerge. Cette étude vient interroger des personnes transgenres sur leurs expériences antérieures de soins aux urgences, ainsi que de leurs vécus. Les résultats démontrent que les TGGNC évitent le milieu des urgences pour divers motifs (peur de devoir faire son *coming out*, et d'expérimenter des discriminations, d'être *outer* volontairement par le personnel, avoir subi antérieurement des questions déplacées et dérangeantes, des refus de se voir appeler par ses bons pronoms, des soignant-e-x-s peu compétent-e-x-s et ne sachant pas répondre au problème). Les raisons d'évitement sont principalement les expériences négatives antérieures. Les professionnel-le-x-s manquaient de connaissances et ne semblaient pas savoir quand est-ce que l'identité de genre exerçait une influence ou non sur la prise en soins. Les examens réalisés ne semblaient pas pertinents, et même lorsqu'ils l'étaient le manque d'information transmise au patient-e-x la laissait analyser la situation négativement en regard de ses expériences antérieures. Les participant-e-x-s ont proposé des pistes comme le respect de la confidentialité, le respect et l'accès à des traitements adéquats. La validité interne est moyenne car la variable étudiée (accès et satisfaction pour les soins reçus) est impactée par d'autres facteurs comme l'absence d'assurance. Cependant, les données recensées ne sont pas pour autant moins cohérentes, car elles restituent tout de même les situations vécues par les personnes concerné e-x-s. La validité externe est bonne car les constats à l'échelle de la prise en soins sont transférables. L'étude a été relue par les pairs. Elle a été doublement validée éthiquement par le comité de l'Icahn School of medicine of mount Sinai et l'université de Columbia à New York. Aucun financement n'est explicité. L'échantillon reste faible mais nous avons gardé cet article, car il permet d'aborder la thématique de l'identité de genre et de pouvoir expliciter l'impact de celui-ci sur l'accès aux soins. Il permet

aussi de visualiser des obstacles et de réfléchir à des pistes de réflexion avec les personnes concernées.

5.3 Article 3

Furness, B., et al. (2020). Transforming Primary Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: A Collaborative Quality Improvement Initiative¹

Cette étude américaine quantitative descriptive comparative transversale réalisée entre mars 2016 et mars 2017 et publiée en juillet 2020 a pour but d'évaluer l'efficacité de deux méthodes visant à améliorer les compétences des professionnel-le-x-s de la santé pour prodiguer des soins aux personnes de la communauté LGBT. L'étude a été menée par six chercheur-euse-x-s comprenant des médecins et des infirmier-ère-x-s doctorant-e-x-s en santé publique. L'échantillon est de 431 professionnel-le-x-s de la santé (N=431) de 10 centres de soins choisis pour leur intérêt à la problématique de 9 états américains différents. Les deux méthodes ont été implantées pendant une année et les 431 participant-e-x-s ont reçu des coachings mensuels avec une équipe qualifiée et avaient accès à des ressources de qualité. Les résultats soulignent une nette amélioration (minimum 200%) dans tous les différents aspects évalués et démontrent bien la pertinence d'une formation complète dans l'optimisation de la prise en soins des patient-e-x-s LGBT. La validité interne comme externe est bonne ; à noter cependant qu'il n'y avait pas de groupe contrôle et que les centres de soins ont été sélectionnés initialement pour leur intérêt pour cette problématique, ce qui rend les résultats plus difficilement transférables dans un contexte différent. L'étude a été relue par les pairs et le consentement des participant-e-x-s a été obtenu avant la mise en place des méthodes. L'étude a été financée par l'US Health Resources and Services Administration qui fait partie du Department of Health and Human Services qui est une agence fédérale permettant l'amélioration de la santé des personnes vulnérables, une source donc fiable et qui confirme la légitimité de la recherche menée. Les chercheur-euse-x-s ne déclarent aucun conflit d'intérêts. L'article a été retenu, car il permet de démontrer par une étude de qualité la pertinence de former correctement le personnel soignant et apporte différentes pistes essentielles pour y parvenir.

¹ Ces références ont été simplifiées afin de faciliter la lecture. Les citations complètes se trouvent à la page précédente et dans la partie références.

5.4 Article 4

Haider, A. et al. (2017). Emergency Department Query for Patient-Centered Approaches to Sexual Orientation and Gender Identity.

Cette étude américaine mixte, qualitative puis quantitative, réalisée en 2014 et 2015, a été publiée en 2017. Le but de l'étude était d'identifier une approche optimale centrée sur la patient·e·x pour collecter des données sur l'orientation sexuelle (OS) dans les services d'urgences dans le cadre de l'étude « Department Query for Patient-Centered Approaches to Sexual Orientation and Gender Identity. » 9 médecins en activité, une chercheuse, une ingénieure en informatique et une directrice et manager de projet de la Faculté du John's Hopkins Hospital ont été impliqué·e·x·s dans sa réalisation. Une méthode exploratoire séquentielle mixte a été employée. Pour sa phase qualitative, des patient·e·x·s (N=53) et des soignant·e·x·s (N=26) ont été interviewé·e·x·s jusqu'à ce que plus aucune nouvelle thématique n'émerge. Cette première phase a nécessité de mobiliser une deuxième phase quantitative afin d'avoir un plus grand échantillon. Pour ce faire, 1516 nouveaux·elle·s patient·e·x·s (N=1516) et soignant·e·x·s (N=429) ont été interrogé·e·x·s. Le questionnaire utilisait des échelles de Lickert et des questions ouvertes. Cette étude démontre que la majorité des patient·e·x·s trouve pertinent que leur OS soit connue du·de la praticien·ne·x·s. Pour elleux, la connaissance de cette dimension de leur personne est importante à titre individuel, mais aussi afin de visibiliser leur communauté. Iels remarquent aussi l'effet positif que procure cette récolte en démontrant la reconnaissance de leur vécu. Les soignant·e·x·s, bien qu'iels valident en majorité l'impact que l'OS peut avoir sur la vie (orientation sexuelle minoritaire), ne considèrent cependant pas nécessaire de toujours la connaître. Les patient·e·x·s confirment qu'une réalisation de récolte de données concernant l'orientation sexuelle, routinière, réalisée avec des données démographiques et lors de l'anamnèse diminuerait l'effet tabou de la question. Les constats faits dans l'étude qualitative réalisée dans une même région ont été corroborés par l'étude quantitative faite à plus large échelle. La validité interne comme externe est bonne ; à noter que les auteur·trice·x·s de l'étude travaillent dans des spécialités différentes et que la phase quantitative corrobore les constats à un niveau national par un large échantillon et la recalibration de ce dernier afin d'être représentatif des données démographiques américaines. Les participant·e·x·s donnaient pour chaque étape leur consentement éclairé. L'étude a été validée par le

comité interne de Johns Hopkins et le Partner Healthcare Institutional Review boards. Le financement est accordé par Patient Centered Outcomes Research Institute (PCORI). Cette étude est donc financée par une institution portée par des valeurs spécifiques à une façon de soigner, les études subventionnées sont donc potentiellement des recherches allant en ce sens. La thématique de cette recherche est actuelle, car les établissements de santé sont désormais chargés de récolter ces informations sensibles, il est donc pertinent de se pencher sur la manière de les récolter. L'article ne propose cependant pas de comparatif d'outils et reste très théorique en n'investiguant pas les situations réelles. Bien que le titre contienne le terme « transgender », cet aspect n'est pas repris dans l'article. En effet, hormis la signalisation que le questionnaire utilisait la méthode des "2-steps" (GenIUSS, 2014) permettant d'interroger le genre assigné à la naissance et le genre ressenti, l'article utilise ensuite l'anagramme LGB et enlève donc la dimension de l'identité de genre, car il s'intéresse à l'orientation sexuelle. Néanmoins, cette étude est intéressante, car en plus de sa méthode mixte, elle a été réalisée par un groupe transversal au système sanitaire (gynécologie, oncologie, urgences, chirurgie, etc) et démontre ainsi la transférabilité des résultats en intra-hospitalier. Elle collecte aussi le point de vue des soignant·e·x·s et des soigné·e·x·s.

5.5 Article 5

Menkin D., et al. (2020). Implementing inclusive strategies to deliver high-quality LGBTQ+ care in health care systems

Cette étude américaine quantitative descriptive simple réalisée en 2018 et publiée en 2020 a pour but de souligner les différents composants nécessaires aux infirmier·ère·x·s pour mettre en place des soins inclusifs dans le système de santé. La recherche a été menée par un professeur d'une université de soins infirmiers ainsi que par un directeur et un vice-président des opérations cliniques de la santé. Réalisée dans un système de santé formé de quatre hôpitaux de soins aigus et trente cliniques spécialistes, dix-sept clinicien·ne·x·s et travailleur·euse·x·s sociaux·ale·s (N=17) ont réfléchi, discuté et collaboré avec des agences extérieures pendant une année pour identifier les besoins prioritaires de la population LGBT dans le cadre d'une prise en charge dans un de leurs centres de soins. Les résultats soulignent six éléments prioritaires pour prodiguer des soins de qualité à la communauté LGBT : engager des consultant·e·x·s concerné·e·x·s, utiliser un langage inclusif et demander à la personne

les pronoms par lesquels elle souhaite être adressée et son nom d'usage, collecter les données concernant les pronoms, l'identité de genre ou l'orientation sexuelle de la personne, prodiguer un environnement propice notamment avec des toilettes neutres et des ressources spécifiques à la communauté, former le personnel soignant et finalement mettre en place des directives claires concernant la manière de procéder dans certaines situations. La validité interne comme externe de l'étude est bonne, les données étant facilement transférables à n'importe quel milieu de soins. La recherche a été relue par les pairs et les personnes y ayant participé l'on fait de leur plein gré. Les chercheur-euse-x-s ont reçu des financements de la Nursing School of Pennsylvannia - source neutre et par principe non biaisée. Les auteur-ice-x-s ne déclarent aucun conflit d'intérêts. Nous avons sélectionné cette étude, car elle met en avant des éléments importants pour viser à des soins plus inclusifs. À noter que différents composants ne sont pas spécifiques à la profession infirmière ou alors ciblent davantage un-e infirmier-ère-x chef-fe-x d'unité de soins (ICUS) ou un-e infirmier-ère-x chef-fe-x de service (ICS), mais ils offrent tout de même une vision globale sur les changements nécessaires à mettre en place.

5.6 Article 6

Ziegler, E. (2021). The integral role of nurses in primary care for transgender people: A qualitative descriptive study

Cette étude canadienne qualitative descriptive parue en 2021 a pour but d'explorer les rôles et les activités infirmières dans les soins de premier recours envers des personnes transgenres. Elle a été écrite par E. Ziegler, doctorante en soins infirmiers et son domaine d'expertise porte sur les soins de premiers recours et la communauté LGBT. Elle a été réalisée sur la base d'entretiens de 6 infirmier-ère-x-s (N=6) provenant équitablement de deux centres. Les entretiens étaient semi-structurés et enregistrés. Ces enregistrements ont été transformés en verbatim avant d'être analysés selon des codes déductifs qui ont été créés d'après les questions de recherche et lorsque de nouvelles thématiques émergeaient. Une discussion a eu lieu au sein du comité de doctorant-e-x-s ce qui a facilité la triangulation. Les résultats soulignent la nécessité de la formation des infirmier-ère-x-s sous forme de visioconférences, d'espaces propices aux dialogues et au travail en collaboration, la réalisation de tutorat comme élément central pour viser à des soins de premiers recours de qualité pour les personnes transgenres. Ils mettent également en avant

l'importance des aménagements fonctionnels du service aussi bien dans l'agencement architectural (la signalétique, toilettes non genrées, box privatif) qu'administratif (questionnaires ouverts) et dans l'accueil (posture ouverte, langage adapté). La validité interne et externe sont bonnes malgré un échantillon restreint qui s'explique par le caractère qualitatif de cette étude, et l'étude s'adresse davantage aux nurses managers (ICUS/ICS). Les résultats sont cependant tout à fait transférables à la pratique infirmière ordinaire. Il n'existe pas de conflit d'intérêts, les bourses étant issues de programmes de formation post-bachelor. La recherche a été relue par les pairs et le consentement de chacun·e·x a été obtenu avant l'interview et pour l'enregistrement de cette dernière. L'étude a été approuvée éthiquement par le comité « McMaster University Hamilton Integrated Research Ethics Board ». L'étude a été financé par la TUTOR-PHC fellowship, Vivian Wood scholarship, and Dorothy C. Hall Primary Health Care Nursing Doctoral Scholarship. Nous avons gardé cet article car il permet de mettre en lumière le rôle des infirmier·ère·x·s. En effet, bien que l'échantillon soit faible, il s'intéresse à des infirmier·ère·x·s ayant une pratique quotidienne avec la communauté LGBTQIA+ et détermine les points qui selon elleux sont essentiels pour une pratique inclusive. Il permet aussi de visibiliser le pouvoir des infirmier·ère·x·s et leur impact sur le système de santé.

6. Synthèse des résultats

Nous avons classé les six études dans trois tableaux distincts selon la thématique et le but principal de la recherche. Cela nous a permis de comparer les résultats en fonction des axes des différents articles. À ce titre, nous avons créé un tableau portant sur les besoins des patient·e·x·s LGBTQIA+ en termes de prise en soins. Un second regroupe les études sur les aménagements nécessaires à mettre en place dans un milieu de soins pour permettre une prise en charge plus inclusive. Et le dernier comporte les recherches faites sur les formations mise en place pour éduquer le personnel à des soins non discriminants.

Thématique : besoin des patient·e·x·s		
Auteur + titre + année	The integral role of nurses in primary care for transgender people : a qualitative descriptive study Ziegler, E., et al. 2021	Transgender and Gender Nonconforming in Emergency Departments : A Qualitative Report of Patient Experiences Chisolm-Straker, M., et al. 2017
But	Explorer les rôles et les activités infirmières du personnel prodiguant des soins primaires aux personnes transgenres.	Identifier la satisfaction et les besoins dans les soins aux urgences de la population transgenre et non conforme au genre.
N = x	6	240 5
Méthodologie	Réalisée dans deux établissements, 6 infirmier·ère·x·s, ont été vu·e·x·s par un·e étudiant·e·x en cours de doctorat pour des entretiens semi-structurés d'une durée de 45 à 90 minutes. Les enregistrements ont été transformés en verbatim. NVivo 11 a été utilisé pour l'analyse de données et des codes déductifs ont été créés selon les questions de recherche et lorsque de nouvelles thématiques émergeaient de la récolte de données. La triangulation des données a été facilitée car d'autres membres du comité de doctorat possédaient une expérience préalable dans les études qualitatives et le domaine des soins primaires.	Réalisé nationalement en ligne et en format papier. Le recrutement a été observé dans des centres de santé communautaire et de la communauté sur la population LGBT. Les questionnaires sont anonymes et portent sur des expériences rétrospectives des soins reçus aux urgences. Il est destiné à des personnes majeur·e·x·s s'identifiant comme transgenres. Le premier questionnaire était ouvert afin de pouvoir identifier les thématiques principales. Le questionnaire était disponible en ligne, et ce jusqu'à ce que plus aucun nouveau terme n'apparaisse. Iels ont ensuite établi avec un acteur externe un livre de codes pour catégoriser les données et déterminer leur utilisation ou non. Les données ont été analysées grâce au logiciel NVivo 10. Afin de valider les dires, cinq individus ont relu l'interprétation des données. Iels ont été recruté·e·x·s par Facebook. Ce questionnaire était anonyme.
Résultat	Quatre thématiques principales ont émergé des entretiens. La première concerne le rôle infirmier et les activités . Elle englobe le soutien des patient·e·x·s, le développement d'une relation thérapeutique avec leur patient, le développement d'un but commun, la réalisation de l'éducation thérapeutique et l'engagement dans la prévention et l'évaluation. La	Le motif principal d'évitement des centres d'urgences est le vécu d'une expérience antérieure négative et la peur de vivre des discriminations . Iels évoquent les comportements négatifs du staff suivant : le mégenrage, le commérage, les investigations sur les chirurgies effectuées ou non (ex. réassignation de sexe), la supposition d'IST, de l'utilisation de drogue et le sentiment d'être traité comme une

<p>seconde dimension concerne le développement et le maintien des compétences. Les soignant-e-x-s expriment qu’iels ont reçu peu ou pas de formation dans leur cursus de base. Les soignant-e-x-s ont tous pu prendre part à des formations continues en présentiel ou sur des plateformes en ligne. Iels ont souligné les difficultés autour de l’accessibilité aux dites formations qu’iels ont expliqué-e-x-s par des difficultés organisationnelles. La troisième dimension concerne le mentorat et la collaboration. Elle est identifiée comme une ressource pour améliorer sa prise en soins en profitant des expériences antérieures des membres de l’équipe, et ce en garantissant un climat propice à l’acquisition de nouvelles compétences. Iels ont aussi identifié comme principale ressource le Rainbow Health Ontario (RHO) (voir annexe 10.5) tutorat (tutorat hebdomadaire pas visioconférence).</p> <p>La dernière dimension concerne l’aménagement d’espace sûr via des toilettes non genrées, une signalétique et des formulaires inclusifs des pronoms et prénoms d’usage, la référence aux pronoms et la création d’espaces sécuritaires pour les personnes transgenres.</p> <p>L’article explore aussi le pouvoir des infirmier-ère-x-s manager dans leur capacité à influencer la structure et permettre des soins plus équitables en prenant une posture empreinte d’advocacy et de leadership.</p>	<p>bête de foire. Les patient-e-x-s identifient que les expériences positives vécues étaient dues à la formation du personnel. L’article énonce que les praticien-ne-x-s étaient incriminé-e-x-s dans des comportements négatifs lorsqu’iels ne savaient pas pour quel motif être TGGNC était pertinent ou non dans la prise en charge et lorsque les patient-e-x-s signalaient cette dimension. L’article souligne que lorsque la personne était soutenue par une personne tierce (partenaire, médecin traitant) les retours étaient alors plus positifs sur la prise en charge. Il est aussi investigué que le manque de communication concernant certains examens de routine impliquait l’interprétation de ce dernier comme une expérience négative par les patient-e-x-s car la pertinence de l’examen n’était pas explicitée par le professionnel-le-x de santé. Les patients ont identifié les axes d’amélioration suivants : la réalisation de protocole prenant compte des identités non cisgenres, la formation du personnel sur le respect de la confidentialité et de l’individu et l’accès à des traitements adéquats.</p>
---	---

Case commune, synthèse :

Ces articles portent tous deux sur les personnes transgenres et ne se conforment pas au genre binaire et sur les soins qu’iels ont reçus aux urgences : l’un se base sur le vécu des individus concernés, l’autre sur l’identification de points-clés à la prise en charge de personnes transgenres par des soignant-e-x-s. Ils soulignent également l’importance de la **formation du personnel** (usage d’un langage adapté : prénom d’usage, pronoms) et **des connaissances des besoins** spécifiques de la communauté afin de garantir une prise en soins adéquate. Les deux articles soulignent l’importance du **partenariat** pour éviter des incompréhensions dans la prise en soins. Les propositions d’amélioration des patient-e-x-s sont reprises dans les items soulevés par les soignant-e-x-s : l’article de gauche identifie **l’aménagement d’espace sûr**, ce qui est corroboré par les individus interrogés dans celui de droite. Les deux articles proposent des éléments permettant de créer un espace sûr par des **protocoles** comme **le recensement des**

Résultat	<p>Les résultats soulignent six éléments prioritaires pour prodiguer des soins de qualité à la communauté LGBT : engager des consultant·e·x·s concerné·e·x·s, utiliser un langage inclusif et demander à la personne ses pronoms et son nom d'usage, collecter les données concernant les pronoms, l'identité de genre ou l'orientation sexuelle de la personne, prodiguer un environnement propice notamment avec des toilettes neutres et des ressources spécifiques à la communauté, former le personnel soignant et finalement mettre en place des directives claires concernant la manière de procéder dans certaines situations.</p>	<p>Les résultats font ressortir trois thèmes identifiés autour de la récolte de l'orientation sexuelle (OS) ; premièrement, la pertinence médicale : la majorité des patient·e·x·s trouve toujours pertinent que leur OS soit connu du·de la praticien·ne·x·s. Pour elleux, la connaissance de l'OS est importante à titre individuel pour visibiliser et normaliser les OS. Les soignant·e·x·s quant à elleux ne considère pas qu'elle soit pertinente systématiquement pour toutes prises en soins. Deuxièmement, la normalisation : les patient·e·x·s ainsi que les soignant·e·x·s s'accordent à dire que si l'OS venait à faire partie des données standards démographiques, le tabou serait moins présent. Il existe un grand écart entre ce que le personnel soignant et les patient·e·x·s jugent ou non offensant. En effet, les patient·e·x·s ont moins de réticence que les soignant·e·x·s à prendre part à une récolte de données sur l'OS. Plus de 70 % des soignant·e·x·s pensent que les patient·e·x·s refuseront alors que seulement environ 10% refuseraient. Il est cependant souligné que cette récolte ne doit pas se réaliser dans n'importe quelle condition (respect de la confidentialité, assurer un espace privatif). Les auteur·rice·x·s s'accordent sur la notion que tout le personnel des urgences doit être formé afin de garantir la continuité des soins. Et troisièmement, la reconnaissance : pour les patient·e·x·s il s'agirait d'un signe d'ouverture et d'inclusivité de l'institution. Les réticences à communiquer son OS seraient plus en corrélation avec la difficulté à s'autodéfinir et le développement de son identité sexuelle qu'avec la peur de la discrimination.</p>
----------	---	--

Case commune, synthèse :

Ces deux articles soulignent des éléments permettant d'améliorer la prise en soins de personnes de la communauté LGBTQIA+. L'un démontre différents éléments permettant des soins inclusifs comme la **formation du personnel**, **l'adaptation de l'environnement** ainsi que **l'utilisation du langage inclusif** et **la collecte de données** relatives à l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Le deuxième se focalise sur cette dernière et met en avant sa pertinence pour prodiguer des soins inclusifs et améliorer l'accès aux soins des personnes LGBTQIA+. Il confirme donc dans un sens les résultats du premier article mentionnant la récolte de données comme un des éléments centraux de la prise en soins inclusive et démystifie les appréhensions des soignant·e·x·s face à ces questions. Les deux articles soulignent donc **l'importance de la prise de contact avec lae**

patient-e-x que cela soit par le langage utilisé ou les questions à poser et à récolter. La collecte de données est jugée cruciale pour les deux études et l'article de gauche souligne l'importance de celle-ci par son côté systématique et protocolaire qui permet de **normaliser le processus**. À noter que les lieux d'actions sont différents, l'un parlant du service des urgences et l'autre du système de santé de manière générale. Le premier article s'adresse également à la population plus restreinte des infirmier·ère·x-s managers (ICUS/ICS) et l'autres à touxtes les professionnel·le·x-s de la santé. Cela permet donc de se questionner sur le rôle de l'**interprofessionnalité** dans la prise en soins inclusive ainsi que sur la **transférabilité** des résultats aux autres services.

Thématique : formation du personnel		
Titre + auteur·trice·s + année	Transforming Primary Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: A Collaborative Quality Improvement Initiative Furness, B., et al. 2020	Improving Emergency Health Care Workers' Knowledge, Competency, and Attitudes towards Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients through Interdisciplinary Cultural Competency Training Bristol, S., et al. 2018
But	Evaluer l'efficacité d'une méthode visant à améliorer les compétences des professionnel·le·x-s de la santé pour prodiguer des soins aux personnes de la communauté LGBT	Evaluer les professionnel·le·x-s travaillant aux urgences sur leur savoir et leurs attitudes face aux personnes LGBT avant et après une formation sur le sujet.
N = x	431	141
Méthodologie	Une méthode (ECHO) a été implantée pendant une année pour améliorer les compétences culturelles des participant·e·x-s. Les 431 participant·e·x-s ont reçu des coachings mensuels avec une équipe qualifiée et avaient accès à des ressources de qualité. Au début de l'opération, les équipes ont développé des formulaires de questions et ont également déterminé le flux de patient·e·x-s et la charge de travail des professionnel·le·x-s afin de savoir comment et quand faire remplir les questionnaires et poser certaines questions relatives à l'identité de genre et l'orientation sexuelle. Les équipes ont écrit des	Les volontaires ont complété un questionnaire appelé Ally Identity Measure (AIM), qui est un nouvel instrument pour évaluer les compétences de soutien envers la communauté LGBT. Les personnes y ont répondu avant et après une formation sur les compétences culturelles. Avant la formation, les participant·e·x-s devaient suivre un atelier comprenant cinq modules basés sur la mise en place d'objectifs, les enjeux de santé de la communauté, l'intersectionnalité, les discriminations dans le système de santé ainsi que la création d'un environnement sécuritaire . Touxtes ont ensuite suivi un cours e-learning comprenant différents points notamment le but de cette formation, la

	<p>scriptes pour répondre aux questions spécifiques des patient-e-x-s LGBT. Des feedbacks et des discussions avec des personnes concernées de la communauté ont été établis régulièrement. Une fois par mois, des visioconférences entre les établissements étaient prévues afin de partager le savoir, faire le point sur les situations et discuter des obstacles rencontrés.</p> <p>Les données ont été récoltées grâce au système HRSA's 2016 Uniform Data System et les interventions et activités étaient enregistrées et analysées par les membres du projet.</p>	<p>terminologie LGBT ainsi que les enjeux de vivre comme groupe marginalisé. Deux heures de formation s'en sont suivies avec des horaires variés afin de permettre à tout le monde de trouver un créneau arrangeant. Elle comprenait des présentations, des exercices interactifs, des discussions en petits groupes ainsi que le visionnage de vidéos. Les discussions en petits groupes se focalisaient sur l'exploration de l'équité et l'égalité de la communauté LGBT ainsi que sur les discriminations vécues, l'utilisation d'un langage inclusif, l'analyse de la prise en soins actuelle des patient-e-x-s aux urgences et le développement de stratégies pour l'améliorer. 95 personnes sur les 141 de l'échantillonnage ont complété les deux questionnaires.</p> <p>En plus de l'AIM, des informations démographiques et des réponses qualitatives sur leurs formations intérieures sur le sujet ont été recueillies par des discussions et des activités de groupes.</p>
Résultat	<p>Les centres de soins ont reporté une amélioration dans la pratique d'affirmation culturelle que cela soit dans la collecte de données relatives à l'identité de genre et l'orientation sexuelle (SOGI) (350% d'augmentation), d'avoir un-e membre de l'équipe s'identifiant comme LGBT (300% d'augmentation) et de former chaque nouveau-elle-x membre du personnel sur les besoins en santé de la communauté LGBT (200% d'augmentation).</p> <p>9 des 10 centres ont pu mettre en place le recueil de données SOGI (systematically collect sexual orientation and gender identity) bien qu'ils reportent initialement une résistance de la part des équipes, le besoin de former les patient-e-x-s, de traduire le questionnaire ou encore la difficulté d'en faire une priorité. La documentation SOGI est passée de 23'835 patient-e-x-s (13.5%) à 104'583 patient-e-x-s (50.8%), ce qui représente une augmentation de 276.3%.</p>	<p>Les résultats du AIM démontrent une différence statistique significative entre le groupe pré et post intervention. L'index AIM a augmenté de 64.1% à 72.5% (P<0.001). Le paramètre connaissances et compétences est celui qui a montré la plus grande différence avec une augmentation de 14.9% entre le groupe pré et post intervention. Le paramètre oppression et conscience a augmenté de 6.5% (P=0.010) et l'ouverture et le soutien a augmenté de 4.9% (P=0.048).</p>

Case commune, synthèse :

Ces études démontrent **l'importance de la formation des professionnel-le-x-s** pour améliorer la prise en soins des personnes de la communauté LGBTQIA+. Les deux travaillent sous forme de **discussions et de partages** entre les professionnel-le-x-s quand bien même la première intervention est davantage basée sur la mise en place **d'outils concrets** (questionnaire, formulaire) alors que l'autre privilégie les **présentations et le visionnage de vidéos**. On soulignera donc que différentes méthodes sont efficaces pour rendre le personnel plus inclusif et moins discriminant. Alors que le premier article se focalise sur les professionnel-le-x-s de la santé, le second ne fait pas cette distinction et l'on constatera **qu'aucune différence de résultats n'est mise en avant entre les professions**. Cela permet donc de se questionner sur la portée de ces formations et sur **l'enjeu interprofessionnel** derrière celles-ci. La méthode du premier article permet de développer des **compétences culturelles concrètes** déjà identifiées comme positives pour la prise en soins des personnes LGBTQIA+ comme la récolte de données ainsi que la formation des professionnel-le-x-s. À l'inverse, le second se focalise sur **l'ouverture d'esprit, le soutien ou encore la prise de conscience** des soignant-e-x-s avant et après la formation. Ces deux articles mettent donc en avant des pistes différentes pour former les professionnel-le-x-s mais présentent tous deux les bénéfices que les formations peuvent avoir sur la prise en charge des patient-e-x-s LGBTQIA+.

7. Discussion et perspectives

7.1 Réponse à la question de recherche

Notre question de recherche était donc « comment améliorer la prise en soins des personnes de la communauté LGBTQIA+ aux urgences en Suisse romande » et les articles analysés nous ont permis d'y répondre avec satisfaction. En effet, différents éléments sont ressortis de manière presque systématique, et cela malgré les axes parfois très variés des études. Tout d'abord, la formation des infirmier·ère·x·s est ressortie comme élément incontournable pour une meilleure prise en soins des personnes LGBTQIA+ ainsi que la modification de la prise de contact avec la patient·e·x notamment par l'usage d'un langage inclusif, la récolte systématique de données relatives à l'orientation sexuelle et de l'identité de genre ainsi que la création d'un partenariat soignant·e·x·s et soigné·e·x·s. L'adaptation de l'environnement physique, l'importance de l'interprofessionnalité ainsi que l'utilisation d'une personne de référence sur le sujet ont également été mises en avant comme éléments importants pour favoriser la prise en soins inclusive de la communauté LGBTQIA+. Dans la discussion, nous nous focaliserons sur les trois éléments ressortis le plus régulièrement et qui nous permettront de faire des liens avec les autres résultats et le cadre théorique posé au début de ce travail : la formation du personnel, la prise de contact ainsi que l'adaptation de l'environnement physique. Nous aborderons également la notion d'interprofessionnalité au regard de ces trois items. Nous terminerons cette partie par des pistes pratiques et transférables aux services d'urgences en Suisse romande ainsi que par les limites et perspectives de cette revue de la littérature non systématique.

7.2 La formation du personnel

Les résultats de cette revue de la littérature non systématique soulignent principalement l'importance de la formation du personnel soignant dans l'amélioration des soins prodigués aux personnes LGBTQIA+. En effet, que cela soit dans le cadre des études en soins infirmiers ou lors de la prise de poste, il semble primordial que les infirmier·ère·x·s soient sensibilisé·e·x·s aux questions relatives à la communauté. Les articles mettent en avant différentes pistes de formation ayant des résultats positifs afin d'améliorer les capacités culturelles et inclusives du personnel. L'Evidence Based Practice souligne l'avantage des discussions, des partages, des feedbacks entre soignant·e·x·s et personnes concernées, le visionnage de vidéos, des

présentations, des cours en ligne et des visioconférences sur le sujet ; ou encore sur l'élaboration d'outils concrets en équipe comme un questionnaire ou un formulaire permettant de protocoliser la prise en soins pour améliorer les compétences culturelles et inclusives du personnel. Ces différents éléments permettent de déconstruire à différents niveaux les biais cognitifs, les affectes ou les comportements qu'un-e soignant-e-x-s peut avoir face à une population marginalisée qui engendrent des discriminations basées sur des préjugés et des stéréotypes. C'est en effet un processus involontaire comme décrit par Fischer (2017) dans sa théorie de la discrimination, mobilisée dans le cadre théorique de ce travail. À ce titre, même si les trois dimensions cognitives, affectives et comportementales sont interreliées, certaines formes de formations agissent davantage sur l'une ou sur l'autre. Par exemple, une des formations présentées dans l'article de Furness et al. (2020) s'axe davantage sur la mise en place de protocoles et de questionnaires concrets travaillant alors sur l'aspect comportemental en lissant les comportements et en diminuant ainsi l'impact de la subjectivité et de l'affect du-de la soignant-e-x. A contrario, si le travail se fait en petits groupes de discussion et de partages sur les croyances, les valeurs de chacun-e-x comme mis en avant dans l'article de Bristol et al. (2018), cela agit davantage sur le côté affectif et cognitif, car cela engage lae soignant-e-x dans un processus de réflexion et d'introspection. Les présentations par les pairs ou par des spécialistes du domaine, cours et autres visionnages de vidéos à titre éducationnel et de sensibilisation se penchent également sur ces dimensions affectives et cognitives qui apparaissent autant chez Bristol et al. (2018) que Furness et al (2020). En effet, être confronté-e-x aux personnes concernées et à d'autres réalités peut engager les émotions et affects d'une personne tout comme les faits scientifiques permettent la remise en question et la réflexion sur la catégorisation sociale en passant par la confrontation des préjugés et des stéréotypes. Il semblerait idéal d'inclure différents types de formations travaillant sur ces différentes dimensions, comme dans les études présentées, pour avoir un résultat optimal.

Alors que l'article de Furness et al. (2020) ne développe pas le contenu des formations proposées, celui de Bristol et al. (2018) décrit les différents éléments mobilisés. Nous en avons déduit trois dimensions principales : la communication, les enjeux politiques et de santé et les connaissances physiopathologiques. En effet, la communication, avec notamment l'usage du langage inclusif, permet d'englober toutes les identités et

de ne pas supposer le genre de la personne selon son expression de genre, paramètres mis en avant dans la licorne du genre et de la sexualité. Il permet aussi d'éviter de discriminer par le biais d'hétérosexisme en supposant l'orientation sexuelle du·de la patient·e·x·s. Il est ensuite important d'aborder les enjeux relatifs à la santé et à l'accès aux soins de la communauté LGBTQIA+ afin de pouvoir reconnaître les vulnérabilités auxquelles elle est confrontée dans le système de santé. Et finalement, il est central que lae professionnel·le·x de la santé ait des connaissances sur les mécanismes physiopathologiques spécifiques au parcours des personnes LGBT (en regard de la transition ou des comportements sexuels) et puisse déterminer la pertinence de ces informations dans son évaluation clinique afin d'entreprendre des interventions ciblées et cohérentes.

Ces différents éléments apportés permettent de faire un lien direct avec la théorie infirmière de McCormack & McCance (2006) mobilisée au début de ce travail. En effet, en se formant, lae soignant·e·x démontre une implication personnelle envers ses patient·e·x·s – point central de la théorie – et s'engage donc dans un processus de soins centrés sur la personne qui permet une meilleure expérience du·de la soigné·e·x. Le processus de formation donne également l'occasion de se confronter à ses propres croyances, élément central de la fleur du processus des soins centrés sur la personne, car il permet d'être au clair sur ses propres valeurs. Cela donne également l'occasion de s'engager de manière plus authentique dans la relation avec lae patient·e·x, un autre point important pour la mise en pratique de la théorie de McCormack & McCance (2006). L'infirmier·ère·x qui s'engage ainsi pour son·sa patient·e·x mobilise également son rôle d'advocacy en s'assurant que les droits de ce·tte dernier·ère·x soient respectés et entendus.

7.3 Prise de contact avec les patient·e·x·s

Tous les articles et en particulier celui de Haider et al. (2017) et de Menkin et al. (2020) soulignent l'importance de la prise de contact avec lae patient·e·x et les modifications systématiques qui pourraient être faites afin de viser à une prise en soins plus inclusive de la communauté LGBTQIA+. Cet enjeu est d'autant plus important aux urgences où lae patient·e·x et son motif de consultation est plus généralement inconnue du·de la soignant·e·x. Les articles soulignent tout d'abord l'enjeu de la communication notamment autour du langage inclusif en s'adressant de manière neutre à la personne en évitant les termes comme Monsieur ou Madame qui supposent un genre selon

l'expression de genre de la personne. Pour ces mêmes raisons, il est important de demander à la personne ses pronoms et son prénom d'usage afin d'être en mesure de s'adresser correctement à elle. Au regard des proches pouvant accompagner lae patient·e·x, l'on peut utiliser des termes neutres en évitant des appellations comme mari, épouse ou copine pour éviter de supposer le lien entre les personnes et leur genre en contournant ainsi l'hétérosexisme et la cisnormativité. Haider et al. (2017) et Menkin et al. (2020) se rejoignent sur la possibilité de recueillir ces informations de manière systématique sous forme de questionnaires. Pour faire le lien avec la théorie sur la discrimination de Fischer (2017), cela permettrait en effet de contourner les biais cognitifs, affectifs et comportementaux pouvant être présents chez les soignant·e·x·s et de freiner encore une fois l'hétérosexisme et la cisnormativité. La collecte systématique de données protocolise la demande de ces informations et donne ainsi la possibilité de normaliser et de diminuer son caractère tabou. En effet, Haider et al. (2017) souligne le biais affectif (préjugé) des soignant·e·x·s n'osant parfois pas poser ces questions de peur d'être intrusif·ve·x·s alors que les patient·e·x·s elleux n'y voient en fait que peu d'inconvénients.

Selon la théorie infirmière explicitée au début de ce travail, un des pétales du schéma de la fleur qui permet l'approche centrée sur lae patient·e·x·s implique une vision holistique du·de la patient·e·x. En se renseignant sur le prénom, les pronoms, l'identité de genre et l'orientation sexuelle de la personne, lae soignant·e·s s'engage dans ce processus holistique car iel s'intéresse à son·sa patient·e·x·s de manière plus globale et met donc en place des soins centrés sur la personne. De plus, en questionnant la personne sur entre autres la manière dont elle veut qu'on s'adresse à elle permet le partage de prise de décisions et de rendre lae patient·e·x·s acteur·ice·x de sa prise en charge – essence des soins centrés sur la personne. On comprendra donc qu'améliorer la prise de contact avec les patient·e·x·s en étant plus inclusif s'inscrit parfaitement dans la théorie des soins centrés sur la personne car cela mobilise différents points importants de la théorie.

7.4 Environnement physique

Ziegler et al. (2021) ainsi que Chisolm-Straker et al. (2017) mettent tous les deux en avant l'importance de l'adaptation de l'environnement physique pour influencer positivement la prise en soins aux urgences des personnes LGBTQIA+. En effet, au-delà du comportement des soignant·e·x·s, l'environnement physique tel que les

ressources à disposition, les panneaux de signalétique, les affiches ou encore les commodités, permet de combattre ou au contraire de renforcer différents enjeux normatifs. En effet, avoir par exemple des panneaux non genrés et des affiches reflétant des réalités plus hétérogènes permet de lutter contre l'hétérosexisme et la transphobie, et donc contre l'invisibilisation de la communauté. Il est également essentiel de mettre à disposition des ressources de prévention et de promotion de la santé représentant différentes réalités notamment en termes d'orientations sexuelles, de partenaires, d'identités ou d'expressions de genre afin de respecter l'intégrité de la personne et lui donner la possibilité de se sentir concernée et accueillie. Selon Ziegler et al. (2021) cela peut avoir un impact majeur dans la continuité des soins de la communauté LGBTQIA+ en leur donnant accès à des informations sur d'autres prestations de soins (centres de santé sexuelle, associations, ateliers de partage).

Ces aménagements se situent à différentes échelles (direction, administration, chef·fe de service) et tous n'incombent pas au même statut hiérarchique, mais certains changements comme les ressources à disposition et affiches peuvent être mis en place sous l'impulsion de lae infirmier·ère·x avec l'accord de l'ICS ou de l'ICUS, tout comme les discussions relatives à cette problématique.

Prendre ce rôle infirmier dans l'équipe aux urgences mobilise différentes compétences infirmières amenées dans le cadre théorique en début de travail. En effet, s'assurer que l'environnement de soins soit accueillant et inclusif pour toutes les populations rencontrées - très variées dans les services d'urgences - engage l'advocacy et le leadership infirmier qui agissent au service de la prise en soins du·de la patient·e·x. Ces compétences permettent elles aussi de mettre en place un processus de soins centré sur la personne car elles démontrent d'un engagement professionnel ainsi qu'une volonté de prise en soins holistiques qui sont des éléments centraux de la théorie de McCormack et McCance (2006). En découle une prise en soins qui prend en compte les différentes réalités de la personne sans s'arrêter aux normes établies par la société et améliore ainsi le ressenti et le vécu de la personne.

7.5 Interprofessionnalité

Nous terminons sur l'interprofessionnalité dans la prise en soins infirmière des personnes de la communauté LGBTQIA+ aux urgences car cette notion est incontournable lorsque l'on parle de soins infirmiers et transparait dans tous les points

centraux évoqués dans cette discussion. En effet, Ziegler (2021), qui s'adresse spécifiquement aux infirmier·ère·x·s dans son article, précise l'importance de cette collaboration avec les autres corps de métier présents dans le service des urgences. Furness et al. (2020) ainsi que Bristol et al. (2018) donnent tous les deux leur formation aux professionnel·le·x de la santé de manière générale en soulignant donc la pertinence d'une sensibilisation générale des membres d'un service – en l'occurrence les urgences. À noter que trois de nos articles (Chisolm-Straker et al. (2017), Bristol et al. (2018) et Haider et al. (2017)) ne se limitent pas au champ professionnel infirmier et incluent le personnel des urgences en comprenant les secrétaires, les médecins et autres intervenant·e·x·s et offrent donc des pistes d'améliorations transversales aux différents corps de métier. À noter que l'article de Menkin et al. (2020) s'adresse davantage aux infirmier·ère·x·s managers (ICS ou ICUS en Suisse) et la mise en application de leurs résultats, notamment au regard de l'environnement physique du service, demandent donc une collaboration de l'infirmier·ère·x des urgences avec son ICUS. Travailler en interprofessionnalité est en effet essentiel que cela soit au niveau de la formation, du contact avec lae patient·e·x ou encore de la modification de l'environnement, car elle permet la continuité des soins de son·sa patient·e·x. Si l'infirmier·ère·x se limite à sa propre prise en soins, l'expérience générale du·de la patient·e·x·s ne sera pas pour autant positive et l'infirmier·ère·x se doit de veiller à ce que la relation de confiance établie perdure au-delà de ses interventions et donc de viser à une prise en soins cohérente et de qualité. Cela transparait donc par des transmissions précises, factuelles et dans le non-jugement aux autres professionnel·le·x·s acteur·rice·x de la prise en charge de son·sa patient·e·x. Iel mobilise ainsi ses compétences de leadership ainsi que d'advocacy en s'engageant pour et avec son·sa patient·e·x en assurant la continuité du lien thérapeutique et une prise en soins adéquate.

7.6 Outils pratiques

Comme nous l'avons vu, la formation du personnel, la prise de contact avec lae patient·e·x ainsi que la modification de l'environnement physique sont les éléments centraux recensés dans cette revue de la littérature non systématique pour améliorer la prise en soins des personnes de la communauté LGBTQIA+. Cependant, ces résultats peuvent paraître très généraux voire difficilement applicables, car ils dépendent parfois de facteurs politiques, administratifs ou hiérarchiques hors de la

portée d'un·e infirmier·ère·x aux urgences. Nous avons donc regroupé des outils pratiques et concrets pour pallier cela, aller plus loin et transférer ces résultats à la Suisse romande pour un·e infirmier·ère·x des urgences qui chercherait de manière simple et efficace à améliorer la prise en soins de ses patient·e·x·s LGBTQIA+. Nous commencerons par les éléments plus généraux pour terminer sur les plus précis en nous attardant plus particulièrement sur la communication et le langage où de simples changements concrets peuvent faire évoluer drastiquement la prise en charge et la relation thérapeutique avec la personne soignée.

Premièrement, il serait intéressant de faire intervenir dans le service une personne concernée, contactée via des associations LGBTQIA+ comme Vogay, Togayther, Juragay Alpagay, Dialogay et Agnodice en Suisse romande afin qu'elle évalue les lieux ainsi que la prise en soins et qu'elle puisse proposer des pistes d'amélioration spécifiques à l'endroit donné. Il pourrait également être pertinent d'avoir une personne de référence (comme le serait un·e infirmier·ère·x des plaies ou de diabétologie) que l'on pourrait appeler ou contacter afin de ne pas faire reposer la charge d'explication sur lae patient·e·x LGBTQIA+ lors de questionnements dans le service. De manière plus concrète, l'infirmier·ère·x pourrait mettre à disposition des ressources concernant la communauté. Pour ce faire, l'association Vogay propose du matériel d'information et de sensibilisation (brochures, affiches, flyers) que l'on peut ensuite disposer dans la salle d'attente, salle de tri ou encore dans les boxes. Des flyers des différentes associations LGBTQIA+ mentionnées plus haut, des checkpoints, (centre de santé sexuelle pour HSH) ou encore du L-check (centre de santé sexuelle pour FSF) peuvent être disposés dans les différentes salles également. A l'attention des soignant·e·x·s, il peut être intéressant de mettre à disposition la brochure genevoise des droits de personnes LGBT également à télécharger sur le site de l'association Vogay ou une version simplifiée (voir annexe 10.2) concernant les articles de lois en référence aux soins des personnes LGBT, leurs proches ou encore à la prise en soins des mineur·e·x·s (Hertig-Randall et al., 2018). Un poster exposant la licorne du genre et de la sexualité pourrait être affiché dans la salle de tri afin de montrer et d'expliquer simplement aux collègues et aux patient·e·x·s la différence entre l'identité de genre ou du sexe assigné à la naissance, par exemple. Un lien vers la licorne est également disponible sur le site de Vogay et peut ensuite être imprimé. Un tableau récapitulatif des différents points importants à connaître dans la prise en soins des personnes

LGBTQIA+ (lexique, questions de base, aspects légaux, personnes de références et associations qui peuvent être retrouvés en annexes 10.5 de ce travail) pourrait être exposé sous forme de poster dans le bureau infirmier ou dans la salle de tri afin d'offrir un guide pratique accessible à toutes pour débiter une réflexion sur le sujet et espérer toucher le plus de collègues possibles. Pour terminer, le langage et la manière de s'adresser aux patient-e-x-s sont cruciaux dans la prise en soins et certaines formulations simples permettent d'éviter les discriminations et de contourner l'hétérosexisme ou la cisnormativité. Par exemple, on évitera les formulations comme "Madame" ou "Monsieur" pour s'adresser en premier à une personne. Après avoir dit bonjour, lae soignant-e-x peut dire : « comment souhaitez-vous qu'on s'adresse à vous ? » (Madame, Monsieur, Madame, Masieur, par le prénom...) et « pouvez-vous me donner vos pronoms ? » (il, elle, iel...). Si l'on est dans un contexte pédiatrique ou de tutoiement, lae soignant-e-x peut demander le prénom d'usage du-de la jeune (pas forcément celui noté sur les papiers administratifs ou utilisé avec les parents). Lors de la mention des proches, il est judicieux de ne pas utiliser de terme qui suppose l'orientation sexuelle de la personne en demandant par exemple : "Il y a-t-il une personne que je peux contacter pour vous ?", "Qui est-ce qui vous accompagne ?" ou "Etes-vous en relation actuellement ?" si la question est pertinente pour la prise en charge. Il est nécessaire de toujours vérifier avec la personne si les pronoms et appellations peuvent également être utilisés devant les proches pour éviter d'outer la personne.

L'on constate donc qu'un grand nombre d'éléments peuvent être mis en place plus ou moins rapidement et à l'échelle d'un-e infirmier-ère-x des urgences pour viser à une meilleure prise en soins des personnes de la communauté LGBTQIA+. Il n'est donc pas nécessaire d'attendre des actions administratives pour d'ores et déjà améliorer différents aspects facilement modifiables et qui relèvent tout à fait des compétences infirmières.

7.7 Limites et perspectives

Les limites des résultats présentés se trouvent notamment autour des articles sélectionnés. En effet, au vu du peu de ressources à disposition en Europe sur notre problématique, toutes les recherches présentées viennent des États-Unis – pays ayant une dizaine d'années d'avance sur la Suisse dans les enjeux de luttes sociales et communautaires. Cela rend donc notre travail plus difficilement transférable, quand

bien même nous avons pu mettre en avant différentes pistes pratiques à mettre en place permettant de contourner le système politique et de santé suisse. A cela s'ajoute le fait que les articles sont souvent adressés aux nurses managers (l'équivalent d'un-e ICUS ou ICS en Suisse) plutôt qu'à un-e infirmier-ère-x lambda des urgences. Cela influence donc les résultats qui sont davantage portés sur des aspects de management mais, encore une fois, nous avons tenté d'y pallier en transférant les données de la façon la plus judicieuse en utilisant le plein potentiel des compétences infirmières en Suisse, notamment au travers des notions de leadership et de l'advocacy. Ensuite, seul l'acronyme LGBT est exploité dans les articles alors que notre problématique comporte également les personnes queer, intersexes et asexuelles, voire non binaires, pansexuelles et plus (LGBTQIA+). Bien qu'un grand nombre de résultats et d'outils soient transférables aux personnes intersexes et asexuelles, ils ne prennent pas forcément en compte la spécificité de leur prise en soins et il serait donc intéressant de se pencher davantage sur leur vécu et leurs besoins dans de prochaines recherches. Une limite que nous avons beaucoup ressentie est l'aspect très théorique et dépendant de décisions politiques et administratives de nos résultats ; il serait donc intéressant pour le milieu de la recherche de se pencher davantage sur des outils pratiques et de les comparer entre eux afin d'explorer leur pertinence pour l'amélioration de la prise en soins infirmière. On soulignera également les limites de la théorie des soins centrés sur la personne. Bien que l'approche centrée sur la patient-e-x nous semble tout à fait pertinente au vu des mouvements empruntés par les sciences infirmières ces dernières années, il serait contreproductif de croire qu'il s'agit d'une solution clé en main. En effet, ces théories infirmières sont souvent peu implémentées et utilisées de façons sporadiques. Certes, la théorie centrée sur la personne est relativement malléable et offre l'opportunité de l'interpréter et d'intégrer de nouvelles dimensions comme l'identité de genre ou l'orientation sexuelle, mais elle est aussi victime de cette perméabilité et en devient parfois presque trop vaporeuse. Nous critiquerons au même titre que Virginia K. Weiz (2009) le manque de mise à jour de ces modèles qui se fait ressentir, car aucun d'entre eux ne prend en compte le genre ni l'orientation sexuelle. Alors que les constructions sociales sont de plus en plus décortiquées et analysées, il serait pertinent pour la recherche de réactualiser et créer de nouvelles façons de concevoir la prise en soins infirmière.

8. Conclusion

Cette revue de la littérature non systématique avait pour but de déterminer comment améliorer la prise en soins infirmière des personnes de la communauté LGBTQIA+ dans les services d'urgences en Suisse romande. Après un approfondissement des éléments théoriques nécessaires à la compréhension de la problématique, six articles ont été sélectionnés grâce à nos recherches sur les bases de données scientifiques PubMed et CINAHL afin d'y répondre au mieux. Les résultats soulignent l'importance de la formation du personnel soignant comme élément central permettant une meilleure prise en charge des personnes LGBTQIA+, tout comme l'adaptation de la prise de contact avec lae patient-e-x et de l'environnement physique du milieu de soins. Nous avons ensuite imaginé des outils transférables à partir de ces résultats afin d'offrir des moyens concrets pour un-e infirmier-ère-x qui souhaiterait améliorer la prise en soins de la communauté LGBTQIA+ dans son service d'urgences en Suisse romande.

La force de ce travail se trouve dans son côté innovant et actuel au vu du peu de recherches encore faites sur le sujet en Suisse et le besoin grandissant de cette communauté en matière d'accès aux soins de qualité. Il serait intéressant pour la recherche de s'avancer dans une démarche comparative des outils explorés afin d'apporter une vision plus pratique de ses résultats et d'analyser leur pertinence pour la prise en soins infirmière de la communauté LGBTQIA+. Concernant la formation, le sujet étant selon nous digne d'intérêt et ce dès le début de l'élaboration de sa posture professionnelle, nous considérons que des capsules facultatives disponibles en auto-formation permettant l'obtention d'une attestation serait déjà un pas vers des soins plus inclusifs et non-discriminants. Elles permettraient de visibiliser cette thématique à l'échelle institutionnelle et de valoriser la démarche de déconstruction des processus discriminatoires, commune à d'autres minorités. Ce format permettrait de pallier la difficulté de l'inclure dans des planifications de module déjà saturé au niveau bachelor.

Ce travail de Bachelor nous a permis d'identifier les enjeux et les besoins d'une communauté marginalisée, et ce en mobilisant les compétences développées durant notre formation – à savoir les théories infirmières ainsi que l'Evidence Based Practice. La profession infirmière étant intimement liée aux enjeux sociopolitiques actuels, les luttes sociales sont indissociables d'une pratique salutogénique et centrée sur lae patient-e-x. Par ce travail, nous avons pu trouver des moyens compatibles aux limites

parfois rencontrées sur le terrain (temps, coût, administration) afin d'implémenter une vision plus inclusive dans nos soins et d'être actrices de notre professionnalité émergente. En effet, le processus engagé lors de ce travail nous a confirmé notre capacité à agir selon nos valeurs et cela au bénéfice de la santé de nos patient-e-x-s ; à noter que cette prise de conscience peut s'étendre à différentes luttes et ainsi s'ouvrir à une réflexion intersectionnelle.

L'élaboration de ce travail a été aussi intéressante que laborieuse. En effet, le sujet nous étant très cher, nous avons le souci de bien faire et d'être les plus précises possibles. Cependant, avec les limites rencontrées au regard du temps, de la fatigue et du travail à fournir dans les autres modules, nous avons dû faire des concessions parfois difficiles. Ayant également vécu des moments personnels intenses ainsi qu'une grande période de transition (fin d'études, déménagement, recherche d'emploi...), la rédaction du travail a parfois été mise à l'épreuve ainsi que notre motivation. Nous avons néanmoins su rebondir et pallier les imprévus pour produire un écrit de qualité et utile autant pour les professionnel-le-x-s en soins infirmiers que pour les personnes de la communauté LGBTQIA+.

Pour conclure, ce travail souligne le besoin crucial d'une meilleure prise en soins de la communauté LGBTQIA+ au regard des multiples discriminations encore subies dans les milieux de soins et en particulier aux urgences, dernière porte d'accès aux soins des personnes vulnérables. Parfois très théoriques, les résultats obtenus nous ont tout de même permis d'imaginer des outils concrets afin de pallier ce manque et de mettre à profit les compétences infirmières nécessaires à prodiguer des soins centrés sur la personne et non discriminants. Ce travail nous a donné la possibilité de démystifier la démarche de recherche sur une problématique actuelle et nous remet ainsi les clés pour appuyer notre pratique sur des données probantes afin d'en faire bénéficier notre prise en soins infirmière et la professionnalité émergente.

9. Références

- Agresti, L. (2021). *Une histoire de genres : Guide pour comprendre et défendre les transidentités*. Marabout
- Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A., & Revillard, A. (2020). *Introduction aux études sur le genre* (3e éd.). De Boeck Supérieur.
- Béziane, C., Anex, E., Pogam, M.-A. L., & Künzle, M. (2020). *Une enquête sur la santé des femmes qui aiment les femmes sonne l'alarme*. <https://www.profa.ch/enquete-fsf/>
- Bize, R., Volkmar, E., Berrut, S., Medico, D., Balthasar, H., Bodenmann, P., & Makadon, H. J. (2011). *Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres*. 6. *Revue Médical Suisse*, 7, 1712-1717.
- Bristol, S., Kostelec, T., & MacDonald, R. (2018). Improving Emergency Health Care Workers' Knowledge, Competency, and Attitudes Toward Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients Through Interdisciplinary Cultural Competency Training. *Journal of Emergency Nursing*, 44(6), 632-639. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.03.013>
- Chisolm-Straker, M., Jardine, L., Bennouna, C., Morency-Brassard, N., Coy, L., Egemba, M. O., & Shearer, P. L. (2017). Transgender and Gender Nonconforming in Emergency Departments : A Qualitative Report of Patient Experiences. *Transgender Health*, 2(1), 8-16. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0026>
- Dayar, C. (2012). En quoi les discriminations nuisent-elles à la santé ? *Bulletin des médecins suisses*, 93, 556-558.
- Delebarre, C. (2019). Sexualité entre femmes : Une clinique particulière ? Éléments de compréhension pour une meilleure prise en charge des FSF (femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes) en santé sexuelle. *Sexologies*, 28(3), 96-103. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2019.05.011>
- Dortier, J.-F. (2003). Y a-t-il un instinct maternel ? *Sciences Humaines*, 134 (1), 31-31. <https://doi.org/10.3917/sh.134.0031>
- Dubois, M., Guaspere, C., & Louvel, S. (2018). De la génétique à l'épigénétique : Une révolution « post-génomique » à l'usage des sociologues. *Revue française de sociologie*, 59 (1), 71. <https://doi.org/10.3917/rfs.591.0071>
- Englund, H., Basler, J., & Meine, K. (2020). Nursing Education and Inclusion of

- LGBTQ Topics : Making Strides or Falling Short? *Nurse Educator*, 45(4), 182-184. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000749>
- Fausto-Sterling, A. (2012). *Corps en tous genres : La dualité des sexes à l'épreuve de la science*. La Découverte : Institut Émilie du Châtelet.
- Favre, N., & Kramer, C. (2016). *La recherche documentaire au service des sciences infirmières et autres professions de la santé*. Lamarre.
- Fischer, G.-N. (2017). *La psychologie sociale*. Éditions Points.
- Furness, B. W., Goldhammer, H., Montalvo, W., Gagnon, K., Bifulco, L., Lentine, D., & Anderson, D. (2020). Transforming Primary Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People : A Collaborative Quality Improvement Initiative. *The Annals of Family Medicine*, 18(4), 292-302. <https://doi.org/10.1370/afm.2542>
- GenIUSS Group. (2014). Best Practices for Asking Questions to Identify Transgender and Other Gender Minority Respondents on Population-Based Surveys. J.L. Herman. The Williams Institute <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Survey-Measures-Trans-GenIUSS-Sep-2014.pdf>
- Genon, C., Chartrain, C., & Delebarre, C. (2009). Pour une promotion de la santé lesbienne : État des lieux des recherches, enjeux et propositions. *Genre, sexualité et société*, 1. <https://doi.org/10.4000/gss.951>
- Haider, A. H., Schneider, E. B., Kodadek, L. M., Adler, R. R., Ranjit, A., Torain, M., Shields, R. Y., Snyder, C., Schuur, J. D., Vail, L., German, D., Peterson, S., & Lau, B. D. (2017). Emergency Department Query for Patient-Centered Approaches to Sexual Orientation and Gender Identity : The EQUALITY Study. *JAMA Internal Medicine*, 177(6), 819. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.0906>
- Hertig-Randall, M., Carron, D., Vallier, C., Zimmermann, N., (Éds.) (2018). *Les droits des personnes LGBT*. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:142101>
- Jordan-Young, R. M., Fillod, O., Vidal, C., & Löwy, I. (2016). *Hormones, sexe et cerveau*. Belin.
- Jovic, L., Formarier, M., & Association de recherche en soins infirmiers (France). (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd.). Mallet conseil.
- Laqueur, T. W. (2010). *La fabrique du sexe : Essai sur le corps et le genre en occident*. Gallimard.
- Lévy, J., Dumas, J., Thoër, C., Ryan, B., & Léobon, A. (2009). *Internet et santé des*

- minorités sexuelles au Canada : Une étude exploratoire. *Santé Publique*, 21(hs2), 53. <https://doi.org/10.3917/spub.098.0053>
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/00332909.129.5.674>
- Menkin, D., Tice, D., & Flores, D. (2020). Implementing inclusive strategies to deliver high-quality LGBTQ+ care in health care systems. *Journal of Nursing Management*.13142. <https://doi.org/10.1111/jonm.13142>
- Nuñez, D., & Jäger, M. (2011). Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo ou bisexuelles? *Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum*, 11(12). <https://doi.org/10.4414/fms.2011.07465>
- Rennes, J. (Éds.). (2021). *Encyclopédie critique du genre : Corps, sexualité, rapports sociaux*. La Découverte.
- Röndahl, G., Innala, S., & Carlsson, M. (2006). Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 373-381. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04018.x>
- Schmitz, R. M., & Tabler, J. (2021). Health services and intersections of care : Promises and pitfalls experienced by LGBTQ + Latino/a emerging adults. *Journal of LGBT Youth*, 18(1), 1-22. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1684416>
- Moyou E. (2020). *Thème : La communauté LGBT+ en France - Fait et chiffre*. Consulté 10 juin 2021, à l'adresse <https://fr.statista.com/themes/5716/la-communaute-lgbt-en-france/>
- Trans Student Educational Resources (2015) *The gender Unicorn*. Consulté le 20 juin 2021, à l'adresse <http://www.transstudent.org/>
- Weisz, V. K. (2009). Social Justice Considerations for Lesbian and Bisexual Women's Health Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(1), 81-87. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00306.x>
- Wittig, M. (2018). *La pensée straight*. Editions Amsterdam.
- Ziegler, E. (2021). The integral role of nurses in primary care for transgender people :

10. Annexes

10.1 Lexique

Ce lexique se veut comme un moyen de comprendre les termes utilisés dans notre travail et de manière plus générale ceux employés fréquemment dans le milieu LGBTQIA+. Il n'est cependant de loin pas exhaustif. Les items sont inspirés du lexique d'Agresti (2021) dans « Une histoire de genres : guide pour comprendre et défendre les transidentités. »

Asexuel-le-x : personne éprouvant un désintérêt pour le sexe et/ou peu voire aucune attirance sexuelle pour les autres et/ou soi-même.

Bisexuel-le-x : personne étant attirée par plus d'un genre.

Cisgenre : personne dont le genre ressenti est le même que celui assigné à la naissance.

Cisnormativité : disposition sociale qui estime qu'être cisgenre est la norme entraînant ainsi diverses discriminations pour les personnes transgenres.

Cis-passing : capacité d'une personne à être considérée par son apparence comme étant cisgenre.

Coming out : dire à une personne que l'on fait partie de la communauté LGBTQIA+. Processus encore nécessaire au vu de l'hétéronormativité encore très présente dans notre société (qui part du principe qu'une personne est hétérosexuelle avant qu'elle fasse son *coming out*).

Expression de genre : caractéristiques auxquelles on associe un genre comme les vêtements, l'apparence, les goûts, les besoins. Ces éléments se définissent selon l'époque et la culture.

FSF : femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Terme utilisé principalement dans les milieux associatifs et de la santé pour inclure les personnes qui ne s'identifiant pas forcément comme lesbiennes ou bisexuel-le-x-s.

Gay : personne étant attirée sexuellement par une personne du même genre qu'elle. Cela peut comprendre également les personnes non binaires.

Genre : le genre est une construction sociale au regard du sexe assigné à la naissance qui régit les rapports sociaux et instaure différents processus de domination et de pouvoir dans la société.

HSH : Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Terme utilisé principalement dans les milieux associatifs et de la santé pour inclure les personnes ne s'identifiant pas forcément comme gay ou bisexuel-le-x-s.

Intersexe : personne ayant une variation de ses caractères sexuels au niveau chromosomique, anatomique, gonadique ou hormonal.

Lesbienne : femme ayant une attirance sexuelle pour les autres femmes. Cela peut comprendre également les personnes non binaires.

Mégenrer : attribuer à une personne un genre dans lequel elle ne se reconnaît pas. Par exemple, dire « il » ou « Monsieur » à une personne non-binaire.

Morinom / deadname : terme utilisé pour décrire le prénom donné à la naissance d'une personne transgenre qui n'est plus celui employé à la suite d'une transition. Le morinom peut être empreint de beaucoup de souffrances, il est donc essentiel de ne pas continuer à l'utiliser et d'appeler la personne par son prénom d'usage actuel.

Non-binaire : personne dont l'identité de genre ne reflète pas la norme binaire ou ne se conformant pas à la norme binaire. Elle ne se sent ni complètement homme, ni complètement femme, mais entre les deux, soit un mélange des deux soit aucun des deux.

Outer : de *coming out* : faire savoir à quelqu'un·e·x qu'une personne est

LGBTQIA+ (sans forcément avoir son accord).

Queer : terme anglais voulant dire « étrange » utilisé à l'époque comme insulte envers les personnes LGBTQIA+. La communauté se l'est par la suite réappropriée et l'utilise comme terme parapluie pour toutes les identités LGBTQIA+.

Sexe assigné à la naissance : sexe donné à la naissance en fonction des organes génitaux externes.

Transgenre : personne ayant une identité de genre différente de celle assignée à la naissance.

10.2 Lois suisses

Afin d'avoir une posture infirmière adaptée, il est nécessaire de connaître les lois suisses en vigueur concernant les personnes de la communauté LGBTQIA+ en termes de droits de visite, d'assurance ou encore de soins. Il sera ici uniquement mentionné les articles pertinents lors d'une prise en charge dans un service d'urgence ; pour davantage d'informations, il est intéressant de consulter la brochure « Les droits des personnes LGBT » réalisée par la faculté de droit de l'université de Genève (2018).

LGBTphobies : les insultes, les comportements ou les actions LGBTphobes dans le cadre public sont condamnés par la loi, sous n'importe quelle forme (textes, vidéos, tweet...). À ce titre, des propos tels que « l'homosexualité est une abomination » ou des commentaires comme « pédé », « travelo » sont susceptibles d'être punis (Hertig-Randall et al., 2018, p. 15). La loi du code pénal et du code pénal militaire a été étendue lors de la votation sur « *l'Interdiction de la discrimination en raison de l'orientation sexuelle* » (Initiative parlementaire, numéro 13.407, 2013), du 9 février

2020 spécifiquement pour les discriminations en raison de l'orientation sexuelle (Le Parlement suisse, 2020).

Bases légales : Convention européenne des droits de l'homme [CEDH], art.8 « *Droit au respect de la vie privée et familiale* » ; Constitution fédérale de la Confédération suisse [Cst.], art.10 « *Droit à la liberté personnelle* », art. 13 « *Protection de sphère privée* », Code civil suisse [CC], art.28 « *II. Contre des atteintes 1. Principe* » ; Code pénal suisse [CP], art.173 « *1. Délits contre l'honneur Diffamation* ».

Refus de soins : dans le cadre d'un hôpital public et/ou d'une situation d'urgence, le personnel soignant ne peut en aucun cas refuser de traiter une personne au regard de son orientation sexuelle ou son identité de genre sous peine d'engager sa responsabilité civile et pénale (Hertig-Randall et al., 2018). En clinique et cabinet privé, le professionnel·le·x de la santé est libre de choisir ses patient·e·x·s et donc n'a pas l'obligation de traiter une personne. Toutefois, il ne peut pas refuser de traiter une personne selon son orientation sexuelle ou son identité de genre (Hertig-Randall et al., 2018). Dans tous ces cas de figures, en tant que personne LGBTQIA+ il n'est pas permis d'exiger un traitement ou un soin, la décision revenant de toute façon au professionnel·le·x·s de la santé (Hertig-Randall et al., 2018).

Bases légales : Constitution fédérale de la Confédération suisse [Cst.], art.8 « *Égalité* », al. 2 ; Code des obligations suisse [CO], art.1 « *A. Conclusion du contrat I. Accord des parties 1. Conditions générales* », art.41 « *A. Principes généraux I. Conditions de la responsabilité* », art. 395 « *Mandat ordinaire* » ; Code pénal suisse [CP], art.127 « *4. Mise en danger de la vie ou de la santé d'autrui* », art.128 « *Omission de prêter secours* » ; Loi fédérale sur l'assurance-maladie [LAMAL], art.41 « *Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts* » al. 1bis, art.41a « *Obligation d'admission faite aux hôpitaux répertoriés* », al. 1.

Conjoint·e·x : le·la partenaire est considéré·e·x comme proche de la personne soignée et possède donc des droits à ce titre (Hertig-Randall et al., 2018). Si elle vit avec lui ou lui apporte une assistance régulièrement, la personne peut représenter son·sa partenaire lorsque celui·elle·ci est incapable de discernement (Hertig-Randall et al., 2018). Si des directives anticipées ont été faites, le·la partenaire peut représenter la personne soignée incapable de discernement (Hertig-Randall et al., 2018).

Bases légales : Code civil suisse[CC], art.16 « *d. Discernement* », art.377 « *A. Plan de traitement* » al. 1, art.378 « *B. Représentants* », al.1 ch.1,2,3,4, art.379 « *C. Cas d'urgence* ».

Personnes transgenres : une personne transgenre a le droit d'exiger du personnel soignant d'utiliser son prénom d'usage (pas forcément celui noté sur le dossier) et de faire respecter son identité de genre et cela même en tant que mineur·e·x (Hertig-Randall et al., 2018).

Bases légales : Convention européenne des droits de l'homme [CEDH], art.8 « *Droit au respect de la vie privée et familiale* » ; Constitution fédérale de la Confédération suisse [Cst.], art.13 « *Protection de la sphère privée* »; Code civil suisse [CC], art.28 ss « *Violence, menaces ou harcèlement* ».

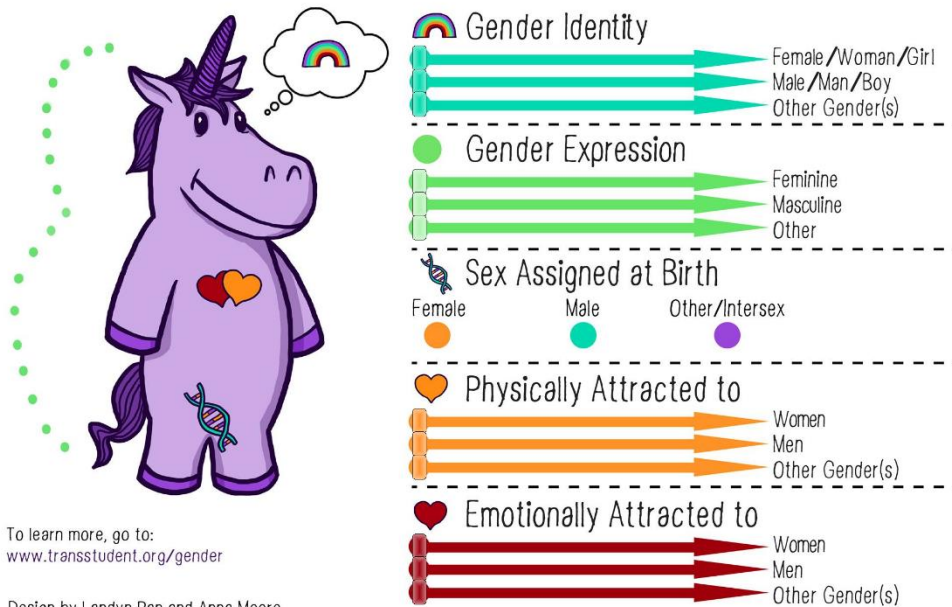
Mineur·e·x : en tant que professionnel·le·x de la santé, il est interdit de prévenir les parents d'un·e mineur·e·x sans l'accord de celui·celle-ci et cela même s'il·elle pouvait être en danger (Hertig-Randall et al., 2018). Il est possible de révéler une partie des informations aux parents avec l'accord du·de la jeune (Hertig-Randall et al., 2018). En cas de danger, le·la professionnel·le·x de la santé doit venir en aide à la personne et si besoin peut contacter l'autorité de protection des mineur·e·x·s (Hertig-Randall et al., 2018).

Bases légales : Code civil suisse [CC], art.19c « *Droits strictement personnels* », art.314c « *VI. Procédure* » , art.443 « *Droit et obligation d'aviser l'autorité* » ; Code pénal suisse [CP], art.321 « *Violation du secret professionnel* » ; Loi fédérale sur la protection des données [LPD], art.35 « *Violation du devoir de discrétion* », art.40 « *Activités de droit privé exercées par des organes fédéraux* » ; Loi genevoise d'application du Code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile [LaCC], art.34 « *Mesures de protection de l'enfant* » ; Loi genevoise sur la santé [LS/GE], art.86 « *Secret professionnel* » ; ATF 134//235.

10.3 La licorne du genre et de la sexualité

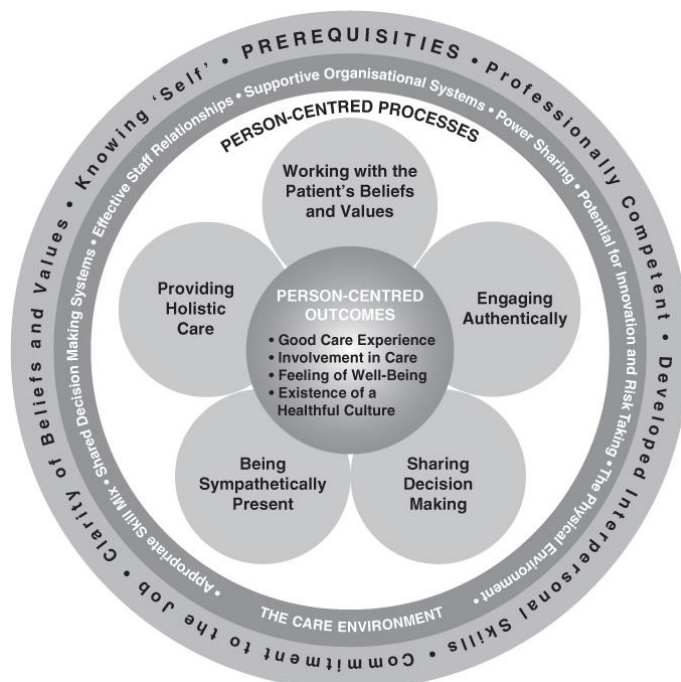
The Gender Unicorn

Graphic by:
TSER
Trans Student Educational Resources



Tiré de : Trans Student Educational Ressources [TSER], 2015

10.4 Fleur des soins centrés sur la personne



Tiré de: McCormack & McCance, 2006

10.5 Ressources

Associations:

Fribourg:

<https://sarigai.ch/>

<https://www.lagofribourg.com/>

Genève:

<https://www.dialogai.org/>

<https://www.mycheckpoint.ch/fr/locations/geneve>

<https://asile-lgbt.ch/>

<https://www.lestime.ch/>

<https://association360.ch/>

Jura:

<https://federation-des-associations-romandes-lgbtq.ch/>

Neuchâtel:

<https://www.togayther.ch/>

<http://www.arcenciel-ne.ch/home/>

Valais:

<http://www.alpagai.ch/>

Vaud:

<https://vogay.ch/>

<https://www.associationlilith.ch/>

<https://www.klamydias.ch/>

<https://www.mycheckpoint.ch/fr/locations/vaud>

<https://www.profa.ch/l-check>

International:

<https://www.rainbowhealthontario.ca/fr/accueil/>

<https://ilga-europe.org/rainboweurope/2020>

Instagram

@loïc_valley

@salinleon

@lecoindeslgbt

@agressively_trans

@orgasme_et_moi

@queers_of_romandie

@princessegender.fuck

@queers_of_romandie

@blairimani

@chronically_ry

@zoestoller

@bern.lgbt

YouTube

@contrepoint

@melaniemurphy

@Rowanellis

TikTok

@sunpaiii

@kai.lukas