



ENTRE LE CORPS ET L'ESPRIT

Comment créer des connexions
entre la santé mentale et
la santé sexuelle

COMMENT CREER DES CONNEXIONS ENTRE LA SANTE MENTALE ET LA SANTE SEXUELLE

À quoi ressemblent de bons soins de santé? Une expérience de soins de santé positive peut prendre différentes formes selon les individus. L'objectif n'est pas d'atteindre le scénario parfait; c'est d'accroître la capacité d'offrir des soins affirmatifs à une diversité de personnes et de communautés. Au Canada, même si le système de soins de santé est universel, les individus n'ont pas tous un accès égal aux soins dont ils ont besoin et qu'ils méritent, ce qui cause des disparités en matière de santé. En ce qui concerne la santé mentale et la santé sexuelle, certaines personnes peuvent hésiter à demander des soins en raison d'expériences antérieures de stigmatisation et de discrimination, ou de préoccupations à cet égard. Ce guide contient des scénarios, des pistes de discussion et des conseils pour aider les professionnel(le)s de la santé à offrir des soins complets et affirmatifs en matière de santé mentale et de santé sexuelle, et englobant tous leurs recoupements.

Ce guide a été produit dans le cadre de la semaine de sensibilisation à la santé sexuelle et génésique (semaine SSG). Une campagne annuelle hébergée par Action Canada pour la santé & les droits sexuels dans le but de promouvoir la santé sexuelle et génésique. Pour plus d'information, visiter www.semainssg.ca

Action Canada pour la santé et les droits sexuels
251 rue Bank, 2e étage
Ottawa, Ontario K2P1X3
Canada

+1 (613) 241-4474

info@actioncanadaSHR.org
www.actioncanadaSHR.org

Copyright © 2018 Action Canada pour la santé et les droits sexuels

Action Canada pour la santé et les droits sexuels est un organisme de bienfaisance prochoix et progressiste voué à la promotion et à la défense de la santé et des droits sexuels au Canada et à l'étranger.

Cette publication peut être reproduite intégralement ou partiellement à des fins pédagogiques ou non lucratives sans autorisation spéciale de la part de l'entité qui détient les droits d'auteurs, à condition de faire mention de la source. L'usage, même partiel, de cette publication à des fins commerciales ou de revente est interdit. Le contenu de ce livret représente uniquement les opinions des auteur(e)s et pas nécessairement les opinions et les politiques des entités qui y ont contribué financièrement.

TABLE DES MATIERES

QUESTIONS A VOUS POSER	3
Avant, pendant et après la grossesse.....	4
Cycle menstruel.....	5
Dépression	6
VIH, la syphilis et autres infections sexuellement transmissibles (ITS)	7
Contraception hormonale	8
Endométriose	9
Douleur génitale et sexuelle	10
CONSIDERATIONS IMPORTANTES	11
Genre, sexualité et santé mentale	11
Traumatisme sexuel et santé mentale	12
Violence au sein d'une relation intime et coercition reproductive	13
Stigmatisation associée au diagnostic de santé mentale	15
Impacts du colonialisme et du racisme sur la santé	16
MESURES QUE VOUS POUVEZ PRENDRE	18
Commencez du bon pied.....	18
Parlez régulièrement de la santé sexuelle et mentale.....	19
Rehaussez la sensibilisation et l'aisance dans les interactions.....	19
Explorez et validez les préoccupations	20
Identifiez et contrez la stigmatisation et la discrimination	22
Offrez des soins éclairés par le traumatisme	26

QUESTIONS A VOUS POSER

Dans tous les aspects de notre vie, nous méritons d'être considérés comme des êtres complexes et entiers. Ceci signifie de reconnaître la santé et le bien-être d'ordre mental et sexuel/génésique comme faisant partie intégrante de notre bien-être global.

Tous les individus ont droit à des soins de santé positifs et affirmatifs, qui répondent systématiquement et de manière proactive à leurs besoins de santé mentale et de santé sexuelle/génésique, et à **tous leurs recoupements**. La santé mentale et la santé sexuelle/génésique ne peuvent pas être compartimentées. Une somme importante de recherches et d'expériences démontre les nombreux liens entre la santé mentale et la santé sexuelle/génésique.

En quoi la santé mentale et la santé sexuelle/génésique sont-elles interreliées?

D'innombrables scénarios illustrent la nécessité de soins de santé positifs et affirmatifs qui évaluent nos besoins de santé mentale et de santé sexuelle/génésique ainsi que **tous leurs recoupements**, et qui y répondent de manière systématique et proactive! Les exemples ci-dessous mettent en relief quelques-uns des nombreux liens qui existent entre la santé mentale et la santé sexuelle/génésique. Chaque cas inclut des questions pour vous aider à réfléchir aux interventions qui pourraient améliorer le bien-être mental et sexuel de vos patient(e)s/client(e)s. Les exemples visent à démontrer pourquoi les professionnel(le)s de la santé doivent aborder de manière proactive **la multitude de recoupements entre les soins de santé mentale et de santé sexuelle/génésique** et entretenir des relations qui conduisent à de meilleurs soins pour tous et toutes.

Avant, pendant et après la grossesse

La dépression et l'anxiété sont fréquentes pendant la grossesse (périnatale) ou après celle-ci (postpartum), au Canada et dans les pays développés. Entre 10 et 15 % des personnes ayant accouché sont affectées par la dépression et/ou l'anxiété postpartum¹ et environ la même proportion de personnes ont des symptômes de trouble dépressif majeur en cours de grossesse.² La dépression périnatale et postpartum est associée à plusieurs résultats négatifs, notamment sur les plans maternel, infantile et familial. Dans de rares cas, il peut se produire une psychose postpartum – une urgence psychiatrique où des symptômes de manie, de dépression, de confusion sévère, de perte d'inhibition, de paranoïa, d'hallucinations ou de délires surviennent subitement dans les deux semaines suivant l'accouchement. Lorsqu'ils fournissent du soutien pour des enjeux de santé génésique, les professionnel(le)s de la santé doivent être attentifs aux patient(e)s/client(e)s qui ont de la difficulté à concevoir, ont subi la perte d'une grossesse ou d'un nourrisson ou sont en train de sevrer leur enfant de l'allaitement, car certains pourraient être atteints de dépression ou d'anxiété post-sevrage.

Comment pouvez-vous offrir les meilleurs soins de santé sexuelle et mentale possible, pendant et/ou après la grossesse? Posez-vous les questions suivantes :

1. Quel est votre degré de connaissance et de capacité en lien avec les besoins de santé mentale et sexuelle de vos patient(e)s/client(e)s enceintes et qui viennent d'accoucher? De celles/ceux qui essaient de concevoir? De celles/ceux qui sont aux prises avec l'infertilité? De celles/ceux qui ont vécu la perte d'une grossesse ou d'un nourrisson? De celles/ceux qui sont en sevrage de l'allaitement? Et de vos patient(e)s/client(e)s trans ou non conformes au genre qui sont enceintes ou qui essaient de concevoir?
2. À quelle fréquence évaluez-vous de manière proactive le bien-être mental de chacun(e) de vos patient(e)s/client(e)s enceintes et venant d'accoucher, pour détecter le stress, la dépression ou l'anxiété? De celles/ceux qui essaient de concevoir, qui sont aux prises avec l'infertilité ou qui ont vécu la perte d'une grossesse ou d'un nourrisson? De celles/ceux qui sont en sevrage de l'allaitement?
3. Quelles sont les suppositions à éviter dans les soins aux patient(e)s/client(e)s enceintes ou venant d'accoucher? Aux patient(e)s qui essaient de concevoir? Aux patient(e)s/client(e)s LGBTQ2S+ (lesbiennes, gais, bisexuel(le)s, trans, *queer*, bispirituel(le)s et plus)? Aux patient(e)s de couleur?³

¹ Pour plus d'information, voir <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3118237/>

² Pour plus d'information, voir <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083253/>

³ Le saviez-vous? En 2010, une étude a adopté le terme « altérations » (« weathering », en anglais) pour désigner l'usure du corps par le stress chronique du racisme et des microagressions sur une base quotidienne. Ceci a de profondes implications pour la santé mentale en général, mais également pendant la grossesse. Ainsi, pour les femmes noires (et d'autres personnes racisées), ceci signifie que les risques liés à la grossesse commencent à un âge plus jeune que le croiraient plusieurs clinicien(ne)s et patient(e)s/client(e), et que les effets sur le corps pourraient être nettement plus marqués que chez les femmes blanches. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861506/>

4. Dans quelle mesure prenez-vous au sérieux les préoccupations des patient(e)s/client(e)s et leur évaluation de leur état en période de transition génésique?
5. Quels types de soutien et de ressources sont disponibles dans votre communauté pour vos patient(e)s/client(e)s pendant la grossesse? Après l'accouchement? En cas d'infertilité? En cas de perte d'une grossesse ou d'un nourrisson? En phase de sevrage de l'allaitement?

Cycle menstruel

Les fluctuations hormonales peuvent avoir un impact significatif sur les personnes en âge de procréer. Le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) affecte de 3 % à 8 % des personnes ayant des menstruations. Les symptômes du TDPM incluent la dépression sévère, l'anxiété et l'irritabilité extrême – des éléments qui affectent tous la vie quotidienne et les relations avec autrui. Un autre trouble hormonal courant associé au cycle menstruel est le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) – un ensemble de symptômes dû à un taux élevé d'androgènes chez certaines personnes ayant des organes reproducteurs féminins. Les signes et symptômes du SOPK incluent des règles irrégulières ou absentes, des règles abondantes, une pilosité corporelle et faciale excessive, un gain de poids, l'acné, la douleur pelvienne, la difficulté à devenir enceinte, et des zones où la peau est épaisse, plus foncée et veloutée. Le SOPK peut également entraîner des troubles de santé mentale sévères, notamment l'anxiété, la dépression et des troubles alimentaires⁴.

La fin des années de fécondité peut également soulever des défis de santé mentale, notamment la dépression en péri-ménopause. La péri-ménopause est le moment où le corps amorce sa transition vers la ménopause (moment qui marque la fin des cycles menstruels); elle inclut les années qui la précèdent (de deux à huit ans) et la première année suivant les dernières menstruations. Vu les changements hormonaux intenses qui s'opèrent en péri-ménopause, les individus sont plus susceptibles d'avoir une dépression liée à la ménopause avant même d'entrer en période de ménopause.

Comment pouvez-vous offrir les meilleurs soins possibles en lien avec le bien-être mental et le cycle menstruel? Posez-vous les questions suivantes :

1. Quel est votre degré de connaissance et de capacité en lien avec les syndromes prémenstruels et la façon de les identifier, de les diagnostiquer et de les traiter (si nécessaire)?
2. À quelle fréquence évaluez-vous de manière proactive le bien-être mental de vos patient(e)s/client(e)s, en lien avec le cycle menstruel et/ou le système reproducteur? Le faites-vous tout au long de leur vie?

⁴ Pour plus d'information, voir <http://nursing.columbia.edu/psychiatric-complications-women-polycystic-ovary-syndrome-most-often-linked-menstrual-irregularities>

3. Dans quelle mesure utilisez-vous un langage inclusif en lien avec les menstruations et le système reproducteur?
4. Dans quelle mesure prenez-vous au sérieux les préoccupations exprimées par vos patient(e)s/client(e)s concernant la douleur,⁵ la fatigue et/ou les sautes d'humeur liées à leur cycle menstruel ou à leur système reproducteur?
5. Quels types de ressources et/ou de soutien sont disponibles dans votre communauté pour vos patient(e)s/client(e)s atteints de syndromes prémenstruels? Le syndrome des ovaires polykystiques? Quels types de ressources et/ou de soutien sont disponibles pour composer avec la pérимénopause/ménopause?

Dépression

La dépression touche tous les aspects de la vie quotidienne, y compris la sexualité.⁶ Elle peut affecter le désir sexuel d'un individu, ce qui peut avoir des répercussions sur ses relations et/ou sur sa capacité d'intimité avec des partenaires. Certains antidépresseurs peuvent également diminuer la libido, entraîner une dysfonction érectile, réduire la lubrification vaginale ou causer des difficultés ou une incapacité à atteindre l'orgasme.

Comment pouvez-vous offrir les meilleurs soins de santé sexuelle et mentale possible aux personnes vivant avec la dépression? Posez-vous les questions suivantes :

1. Quel est votre degré de connaissance et de capacité en lien avec la santé sexuelle et la dépression? Les effets secondaires de certains antidépresseurs sur la libido ou la réponse sexuelle? La possible coexistence de problèmes sexuels avec la dépression ou l'utilisation d'antidépresseurs?
2. Lorsque vous discutez d'options de traitement pour la dépression, évaluez-vous de manière proactive le bien-être de vos patient(e)s/client(e)s en lien avec leur vie sexuelle, leur réponse sexuelle et leurs relations?
3. Dans quelle mesure prenez-vous au sérieux les préoccupations de vos patient(e)s/client(e)s concernant les effets secondaires sexuels des antidépresseurs?

⁵ Le saviez-vous? L'étude « The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain » a révélé que les femmes ont moins de chances de recevoir un traitement agressif lors du diagnostic et plus de chances que leur douleur soit considérée comme « émotionnelle », « psychogène » et donc « non réelle ». On a appelé « biais de genre dans le contrôle de la douleur » cette tendance à ne pas prendre au sérieux la douleur des femmes. Il en va de même pour les personnes de couleur, y compris les personnes noires et les personnes autochtones. Une récente étude examinant les disparités raciales a révélé que les gens ont plus d'empathie à l'égard des personnes blanches que des personnes noires, en particulier dans le contexte du traitement médical et de la capacité de ressentir la douleur – un phénomène que l'on a surnommé l' « écart d'empathie lié à la race ». Cette étude montre que les gens, y compris des professionnel(le)s de la santé, présumant que les personnes noires ressentent moins la douleur, ce qui affecte la gestion de la douleur, le diagnostic, les plans de traitement et la qualité générale des soins prodigués.

⁶ Pour plus d'information, voir <https://www.webmd.com/depression/features/depression-and-sex#1>

4. Quels types de ressources et/ou de soutien sont disponibles dans votre communauté pour vos patient(e)s/client(e)s qui pourraient être aux prises avec des dysfonctions sexuelles dues à la dépression ou à l'utilisation d'antidépresseurs?

VIH, la syphilis et autres infections sexuellement transmissibles (ITS)

Les enjeux de santé mentale sont étroitement liés au VIH. Il est démontré que les troubles de santé mentale accroissent le risque de contracter le VIH; les personnes vivant avec le VIH peuvent également être affectées par des troubles de santé mentale, en particulier la dépression et l'anxiété. Ces troubles peuvent découler du diagnostic du VIH et de la vie avec une maladie complexe et stigmatisée. Le VIH peut également avoir des impacts psychologiques dus à ses effets sur le système nerveux central.⁷ Cette considération revêt une pertinence pour les personnes vivant avec le VIH qui sont enceintes. Le nombre croissant de personnes vivant avec le VIH en âge de procréer, couplé à l'accès accru à des protocoles cliniques efficaces pour prévenir la transmission du VIH de la mère/du parent à l'enfant (TME), font en sorte que les facteurs liés à la santé mentale sont de plus en plus déterminants en raison de leur impact possible sur la qualité de vie, les résultats obstétricaux et le risque de TME.⁸

Dans la dernière décennie, il y a eu une augmentation significative des cas de syphilis, une infection sexuellement transmissible causée par une bactérie qui attaque le corps en trois étapes. Dans la plupart des villes, ce sont les hommes gais et bisexuels qui ont été le plus touchés, et près de la moitié des cas étaient des hommes séropositifs. La syphilis peut facilement être testée et traitée si elle est détectée assez tôt. Si elle n'est pas traitée, la syphilis peut évoluer vers la neurosyphilis, ce qui peut entraîner de graves complications, incluant la cécité, la confusion mentale, les changements soudains de personnalité, la démence, la dépression, les idées suicidaires, etc.

Il est aussi important de parler de l'impact mental et émotionnel potentiel d'autres infections sexuellement transmissibles. En raison de la stigmatisation entourant le diagnostic d'ITS ou le fait de vivre avec une ITS (incluant celle qui sont gérable mais qui n'ont pas de cure comme l'herpès), beaucoup de gens peuvent passer un mauvais temps (physiquement et mentalement) après un diagnostic et peuvent souffrir de stress et de dépression.

Comment pouvez-vous offrir les meilleurs soins de santé mentale et sexuelle possible aux personnes vivant avec le VIH, y compris à celles qui essaient de concevoir ou qui sont enceintes? Les personnes qui sont ou pourraient être infectées par la syphilis et les personnes chez qui on a diagnostiqué une infection transmise sexuellement? Posez-vous les questions suivantes:

1. Quel est votre niveau de connaissances et de capacités en matière de soins aux personnes vivant avec le VIH? Des besoins spécifiques en santé mentale et sexuelle des personnes vivant avec le VIH? Aux soins prénatals spécifiques pour les personnes vivant avec le VIH qui sont enceintes ou allaitent? Qu'en est-il de la prise en charge des personnes qui sont ou peuvent être infectées par la syphilis? Les personnes qui viennent d'être diagnostiquées avec une infection sexuellement transmissible? Quels types de soutien offrez-vous aux personnes vivant avec le VIH

⁷ Pour plus d'information, voir <http://www.catie.ca/fr/vih-canada/7/7-4>

⁸ Pour plus d'information, voir <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120872/>

concernant la stigmatisation et la discrimination? Le dévoilement du VIH aux partenaires romantiques et sexuels? Le dépistage des ITSS? La criminalisation du VIH?

2. Évaluez-vous de manière proactive la santé et le bien-être d'ordre sexuel et mental de vos patient(e)s/client(e)s vivant avec le VIH? Dans quelle mesure faites-vous preuve d'ouverture et de compréhension dans les discussions avec vos patient(e)s/client(e)s vivant avec le VIH concernant leur vie sexuelle et leurs besoins de santé sexuelle? Les personnes chez qui on a diagnostiqué une ITS, y compris des infections qui sont gérables mais n'ont pas de cure? Les personnes qui peuvent être ou sont infectées par la syphilis? Les personnes chez qui on a diagnostiqué une ITS?
3. Quels types de ressources et/ou de soutien sont disponibles dans votre communauté pour vos patient(e)s/client(e)s vivant avec le VIH? Les personnes infectées par la syphilis peuvent être infectées par la syphilis ou risquent d'être infectées par la syphilis. Les personnes chez qui on a diagnostiqué une ITS?

Contraception hormonale

Une récente étude⁹ a révélé un risque accru de dépression comme effet secondaire possible de toute forme de contraception hormonale. Des risques accrus sont associés aux formes de contraception hormonale à base de progestérone seulement, y compris les DIU. Il est important que les professionnel(le)s de la santé abordent ce risque avec leurs patient(e)s/client(e)s lors du counselling sur la contraception, de la même façon qu'ils les renseigneraient sur d'autres effets secondaires possibles (comme le risque accru de caillots sanguins), afin que les patient(e)s/client(e)s disposent de toute l'information pour prendre une décision éclairée et fondée sur les connaissances actuelles.

Comment pouvez-vous offrir les meilleurs soins de santé mentale et sexuelle possible à vos patient(e)s/client(e)s qui utilisent la contraception hormonale ou qui envisagent de l'utiliser? Posez-vous les questions suivantes :

1. Quel est votre degré de connaissance en lien avec l'impact de divers contraceptifs sur la santé et le bien-être d'ordre mental? Quel est votre degré de connaissance et de capacité en lien avec le counselling individuel sur la contraception? La gestion des effets secondaires de la contraception hormonale?
2. Évaluez-vous de manière proactive la santé et le bien-être d'ordre sexuel et mental de vos patient(e)s/client(e)s en lien avec l'utilisation de contraceptifs hormonaux?
3. Quels types de ressources et/ou de soutien sont disponibles dans votre communauté en termes d'accès à la contraception, de planification familiale et d'options en matière de grossesse?

⁹ Pour plus d'information, voir <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2552796>

Endométriose

L'endométriose est une maladie gynécologique qui affecte des millions de personnes à travers le monde. Cette condition se caractérise par la présence de tissu de l'endomètre en dehors de l'utérus, soit sur les ovaires, les trompes ou les ligaments qui supportent l'utérus et aussi sur les organes. Lorsque cette membrane se dégrade, comme la muqueuse de l'utérus qui produit les règles, elle n'a nulle part où aller. Cela provoque des kystes, des menstruations abondantes, des crampes sévères, des douleurs pelviennes sévères et même l'infertilité¹⁰.

La douleur, qui peut être débilitante, est due à un saignement interne de la muqueuse qui est coincée dans le corps et peut également conduire à la formation de tissu cicatriciel, au blocage des trompes de Fallope, et à des problèmes intestinaux. Il existe une corrélation positive entre le niveau de douleur ressenti et les symptômes de dépression et d'anxiété chez les personnes atteintes d'endométriose pelvienne. En 2015, une étude a révélé que les personnes ayant des douleurs pelviennes dues à l'endométriose ont une qualité de vie réduite et sont plus vulnérables aux maladies mentales.¹¹ Plusieurs personnes doivent patienter longtemps avant d'obtenir un diagnostic d'endométriose, même en présence d'importants symptômes, ce qui peut exacerber l'impact de la douleur sur la santé mentale.¹² Ceci s'explique en partie par les biais inconscients¹³ qui peuvent influencer comment nous évaluons et traitons la douleur d'un individu.

Comment pouvez-vous offrir les meilleurs soins de santé mentale et sexuelle possible aux personnes atteintes d'endométriose pelvienne? Posez-vous les questions suivantes :

1. Quel est votre degré de connaissance et de capacité en lien avec le traitement de patient(e)s/client(e)s atteints de douleur pelvienne chronique? Avec l'identification, le diagnostic, le soutien et le traitement des patient(e)s/client(e)s qui pourraient être atteints d'endométriose?
2. Évaluez-vous de manière proactive la santé et le bien-être d'ordre sexuel et mental de vos patient(e)s/client(e)s en lien avec la douleur pelvienne chronique, la douleur lors des relations sexuelles, la douleur prémenstruelle et menstruelle et/ou l'endométriose?
3. Dans quelle mesure prenez-vous au sérieux les préoccupations exprimées par vos patient(e)s/client(e)s concernant la douleur liée à leur système reproducteur et à leur cycle menstruel?
4. Quels types de ressources et/ou de soutien sont disponibles dans votre communauté pour les patient(e)s/client(e)s atteints de douleur pelvienne chronique et/ou d'endométriose?

¹⁰ Pour plus d'information, voir <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq013.pdf?dmc=1&ts=20150224T1558008586>

¹¹ Pour plus d'information, voir <https://www.sciencedaily.com/releases/2015/12/151221071636.htm>

¹² Pour plus d'information, voir <https://www.theguardian.com/society/ng-interactive/2015/sep/27/the-pain-is-paralysing-30-women-describe-living-with-endometriosis>

¹³ Pour plus d'information, voir

http://digitalcommons.law.umaryland.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1144&context=fac_pubs

Douleur génitale et sexuelle

La vulvodynie est un syndrome de douleur chronique associé à des sensations de brûlure, de picotements ou d'irritation, ou à une douleur vulvaire aiguë; elle affecte une proportion estimée à 16 % des personnes ayant une vulve et un vagin, dans la population générale.¹⁴ La présentation de la douleur varie et peut être décrite comme étant spontanée, provoquée par la stimulation (p. ex., pénétration ou insertion d'un tampon), ou les deux. Les personnes atteintes de vulvodynie font état d'une mauvaise qualité de vie et souffrent d'une détresse psychologique se manifestant par l'anxiété et la dépression. Certaines études¹⁵ signalent une prévalence accrue de la vulvodynie parmi les personnes ayant reçu un diagnostic de dépression ou de trouble de stress post-traumatique (TSPT), ce qui porte à croire que ces maladies pourraient contribuer à la probabilité de vulvodynie. Les douleurs vaginales ou vulvaires chroniques comme la vulvodynie, le vaginisme¹⁶ (un spasme vaginal douloureux survenant lors de la pénétration) et la dyspareunie¹⁷ (une douleur génitale associée aux relations sexuelles) peuvent affecter considérablement la santé mentale et le bien-être d'un individu.

Comment pouvez-vous offrir les meilleurs soins de santé mentale et sexuelle/génésique possible aux patient(e)s/client(e)s atteints de douleur vaginale ou vulvaire chronique et/ou aiguë? Posez-vous les questions suivantes :

1. Quel est votre degré de connaissance et de capacité en lien avec le traitement de patient(e)s/client(e)s atteints de douleur vaginale ou vulvaire chronique? Et avec l'identification, le diagnostic, le soutien et le traitement des patient(e)s/client(e)s qui pourraient être aux prises avec des symptômes de vulvodynie, de vaginisme et/ou de dyspareunie?
2. Évaluez-vous de manière proactive la santé et le bien-être d'ordre sexuel et mental de vos patient(e)s/client(e)s en lien avec la douleur vulvaire ou vaginale chronique ou la douleur lors des relations sexuelles?
3. Dans quelle mesure prenez-vous au sérieux les préoccupations exprimées par vos patient(e)s/client(e)s concernant la douleur vulvaire ou vaginale et/ou la douleur lors des relations sexuelles?
4. Quels types de ressources et/ou de soutien sont disponibles dans votre communauté pour les patient(e)s/client(e)s atteints de douleur vulvaire et/ou vaginale chronique?

¹⁴ Pour plus d'information, voir <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4014358/>

¹⁵ Pour plus d'information, voir <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4628213/>

¹⁶ Pour plus d'information, voir <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3136020/>

¹⁷ Pour plus d'information, voir <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25369624>

CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES

Genre, sexualité et santé mentale

De vastes études canadiennes indiquent que les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et *queer* sont plus susceptibles que les personnes hétérosexuelles de déclarer des besoins de santé mentale non comblés.¹⁸ De la même façon, l'étude Trans Pulse¹⁹ démontre que, pour les personnes trans, les expériences de discrimination et de violence peuvent conduire à une exclusion des espaces sociaux, au chômage, à l'évitement des soins de santé et à une mauvaise santé mentale.

Cette réalité doit être comprise dans le contexte de la pathologisation historique et actuelle des identités LGBTQ2S+ et de leurs expériences persistantes de stigmatisation, de préjugés et de discrimination²⁰ dans l'ensemble de la société, y compris dans les milieux de soins de santé.²¹ Ce phénomène est exacerbé chez les personnes et les communautés qui sont également marginalisées en raison de leur race, de leur origine ethnique, de leur handicap, etc.

Des études ont révélé des taux élevés de dépression, d'anxiété, de troubles obsessionnels compulsifs et phobiques, de pensées et d'actes suicidaires, d'automutilation et de dépendance à l'alcool et aux drogues parmi les personnes LGBTQ2S+. Les jeunes ont un risque accru de suicide, de toxicomanie, d'isolement et d'abus sexuel.²² Les aînés LGBTQ2s+ sont eux aussi particulièrement vulnérables aux problèmes de santé mentale.²³

Les expériences d'homophobie et de transphobie ainsi que la perte du soutien communautaire et familial accompagnant souvent le dévoilement de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre sont des facteurs cruciaux qui affectent la santé et le bien-être des individus. Ces expériences sont exacerbées chez les personnes LGBTQ+ noires, autochtones et racisées, qui vivent le stress de la discrimination raciale et ont souvent un accès limité à des soins de santé mentale et sexuelle/génésique adéquats.

Comment pouvez-vous offrir les meilleurs soins de santé mentale et sexuelle possible à vos patient(e)s LGBTQ2S+? Posez-vous les questions suivantes :

¹⁸ Pour plus d'information, voir https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2011/06/RHO_FactSheet_LGBTQMMENTALHEALTH_E.pdf

¹⁹ Pour plus d'information, voir <http://transpulseproject.ca/research/>

²⁰ Le saviez-vous? Une enquête auprès de 132 écoles de médecine des États-Unis et du Canada a révélé que celles-ci consacrent en moyenne cinq heures seulement de formation aux enjeux de santé LGBTQ2S+. Neuf écoles n'ont déclaré aucune heure de formation sur la santé LGBTQ2S+ pendant les années d'études précliniques; 44 n'en ont déclaré aucune pendant les années d'études cliniques. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1104294>

²¹ Pour plus d'information, voir <http://www.srhweek.ca/fr/prestataires/personnes-et-communaut-es-divers-es/divers-es-orientations-sexuelles/> et <http://www.srhweek.ca/fr/prestataires/personnes-et-communaut-es-divers-es/personnes-trans-diversite-des-genres/>

²² Pour plus d'information, voir https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2011/06/RHO_FactSheet_LGBTQMMENTALHEALTH_E.pdf

²³ Pour plus d'information http://brainxchange.ca/Public/Files/LGBT-and-Dementia/RHO_Slides.aspx

1. Quel est votre degré de connaissance et de capacité en lien avec les besoins de santé mentale et sexuelle spécifiques aux patient(e)s/client(e)s LGBTQ2s+?
2. Quelles mesures pourriez-vous prendre pour augmenter votre capacité personnelle et/ou institutionnelle d'offrir des soins aux personnes et communautés LGBTQ2s+?²⁴ Y a-t-il des employés et des professionnel(le)s de la santé LGBTQ2s+ dans votre établissement?
3. Avez-vous pris des mesures pour rendre votre pratique sûre, inclusive et affirmative pour les personnes et communautés LGBTQ2S+?²⁵ Et plus précisément pour les patient(e)s/client(e)s trans et de genres divers? Comment vos questions de routine pour évaluer la santé mentale et sexuelle et pour noter les antécédents de vos patient(e)s pourraient-elles être affirmatives à l'égard des personnes LGBTQ2S+?
4. À quelle fréquence évaluez-vous de manière proactive le bien-être mental et sexuel de vos patient(e)s/client(e)s en lien avec les risques spécifiques aux personnes et communautés LGBTQ2S+, et de manière affirmative à l'égard de toutes les sexualités et identités/expressions de genre?
5. Comment contribuez-vous à optimiser le soutien aux parents et tuteurs des enfants et jeunes LGBTQ2S+ que vous voyez comme patient(e)s/client(e)s?²⁶ Comment contribuez-vous à optimiser le soutien aux aînés LGBTQ2S+ qui pourraient déménager dans des résidences avec services?
6. Quels types de ressources et/ou de soutien sont disponibles dans votre communauté pour vos patient(e)s/client(e)s LGBTQ2S+ de tous âges?

Traumatisme sexuel et santé mentale

La violence sexuelle²⁷ et la perte de sécurité et d'autonomie corporelle vécues par les personnes qui ont survécu à des traumatismes sexuels peuvent avoir divers impacts sur la santé mentale²⁸ comme la dépression, l'anxiété, le trouble de stress post-traumatique, la perturbation de la personnalité, la perturbation de l'attachement et la dépendance. Une personne qui a survécu à la violence sexuelle est plus susceptible que l'individu moyen de faire une tentative de suicide. Au-delà de la violence sexuelle proprement dite, les personnes qui ont survécu à des abus et violences d'ordre sexuel doivent composer avec des mythes persistants sur l'agression sexuelle qui peuvent les isoler et les stigmatiser encore plus.

Comment pouvez-vous offrir les meilleurs soins de santé mentale et sexuelle/génésique possible aux personnes qui ont survécu à la violence sexuelle? Posez-vous les questions

²⁴ Pour plus d'information, voir <http://www.srhweek.ca/fr/prestataires/personnes-et-communaut-es-diverses/diverses-orientations-sexuelles/> et <http://www.srhweek.ca/fr/prestataires/personnes-et-communaut-es-diverses/personnes-trans-diversite-des-genres/>

²⁵ Pour plus d'information, voir <http://www.srhweek.ca/fr/prestataires/une-pratique-inclusive/>

²⁶ Le saviez-vous? Un soutien familial solide est l'un des plus puissants facteurs de protection de la santé et du bien-être général des jeunes LGBTQ2s+!

²⁷ Tout acte de nature sexuelle non désiré et imposé à une autre personne.

²⁸ Pour plus d'information, voir

<https://www.cdc.gov/violenceprevention/sexualviolence/consequences.html>

suivantes :

1. Quel est votre degré de connaissance et de capacité en lien avec le soutien de la santé mentale et sexuelle des patient(e)s/client(e)s qui ont vécu de la violence sexuelle?²⁹
Dans quelle mesure connaissez-vous la théorie et la pratique des soins éclairés par le traumatisme?³⁰
2. Quels types de soutien et d'accommodements pouvez-vous offrir, dans le contexte des soins de santé sexuelle, afin que les patient(e)s/client(e)s qui ont vécu des traumatismes sexuels soient à l'aise et se sentent soutenus?³¹
3. Évaluez-vous de manière proactive la santé et le bien-être d'ordre mental et sexuel de vos patient(e)s/client(e)s qui ont vécu de la violence sexuelle? S'ils ne vous ont pas dévoilé ces expériences, comment pouvez-vous rendre votre pratique (y compris votre évaluation du bien-être mental et sexuel) plus inclusive, affirmative et sécuritaire pour les patient(e)s/client(e)s qui pourraient avoir vécu de la violence sexuelle?
4. Quels types de ressources et/ou de soutien sont disponibles dans votre communauté pour vos patient(e)s/client(e)s qui ont vécu de la violence sexuelle?

Violence au sein d'une relation intime et coercition reproductive

La violence au sein d'une relation intime a un impact dévastateur sur la santé et le bien-être de l'individu qui la subit et de sa famille. La violence d'un partenaire intime est la forme de violence contre les femmes la plus répandue dans le monde; elle est associée à plusieurs problèmes de santé (y compris des blessures, des maladies chroniques, la consommation de drogues, des problèmes de santé génésique, le VIH et le sida, et le faible poids à la naissance). Sur le plan de la santé mentale, les conséquences de la violence au sein d'une relation intime peuvent être sévères; elles incluent le trouble de stress post-traumatique (TSPT), la dépression, l'anxiété et les troubles alimentaires.³²

Nous approchons souvent la violence au sein d'une relation intime et la coercition reproductive comme si elles n'affectaient que les femmes cisgenres. Pourtant, cette forme de violence est répandue dans les communautés LGBTQ2S+ et peut inclure des comportements spécifiques à l'expérience LGBTQ, comme sortir une personne du « placard » ou limiter son accès à des objets qui sont centraux à son identité sexuelle ou de genre.³³

²⁹ Pour plus d'information, voir <http://www.srhweek.ca/fr/prestataires/personnes-et-communautés-diverses/la-violence-sexuelle/>

³⁰ Pour plus d'information, voir la section sur les soins éclairés par le traumatisme.

³¹ Pour plus d'information, voir <http://www.srhweek.ca/fr/prestataires/personnes-et-communautés-diverses/la-violence-sexuelle/>

³² Pour plus d'information, voir <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4165041>

³³ Pour plus d'information, voir https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/2016/07/RHO_FactSheet_LGBTQIntimatePartnerViolence_E.pdf

Les personnes qui subissent de la violence au sein d'une relation intime ont un risque accru de troubles de santé mentale et de contrôle réduit sur leur vie sexuelle et génésique (notamment pour décider quand avoir des enfants, quand et comment utiliser la contraception, quand recourir à l'avortement, comment et quand avoir des relations sexuelles plus sécuritaires, comment se protéger contre le VIH, etc.).

Entre autres, des études révèlent que les personnes qui déclarent un historique de violence au sein d'une relation intime sont plus susceptibles d'avoir des comportements qui sont connus comme augmentant le risque de contracter le VIH (comme l'injection de drogue, le traitement d'une infection transmissible sexuellement (ITS), donner ou recevoir de l'argent ou des drogues en l'échange de relations sexuelles, et des relations anales sans condom au cours de la dernière année).³⁴

La violence et les mauvais résultats de santé génésique sont étroitement liés. La présence de coercition reproductive en contexte de violence dans une relation intime accroît le risque de grossesse non planifiée. Une étude a constaté que les femmes ayant des grossesses non planifiées étaient quatre fois plus susceptibles d'avoir subi de la violence au sein d'une relation intime que les femmes dont les grossesses étaient planifiées.³⁵ En 2007, la prévalence de la violence au sein d'une relation intime était presque trois fois plus élevée parmi les femmes qui demandaient un avortement que parmi celles qui poursuivaient leurs grossesses.³⁶

La coercition reproductive³⁷ est une forme de violence associée à la santé génésique, où les comportements servent à maintenir le pouvoir, le contrôle et la domination sur l'un(e) des partenaires au sein d'une relation intime. Par exemple : tenter explicitement de forcer une personne à devenir enceinte contre son gré, contrôler l'issue d'une grossesse (c.-à-d., forcer un avortement ou empêcher une personne d'accéder à l'avortement), forcer un(e) partenaire à avoir des relations sexuelles non protégées et interférer avec les méthodes contraceptives.³⁸

Comment pouvez-vous offrir les meilleurs soins de santé mentale et sexuelle/génésique possible aux patient(e)s/client(e)s qui subissent de la violence au sein d'une relation intime et/ou de la coercition reproductive? Posez-vous les questions suivantes :

1. Quel est votre degré de connaissance et de capacité en lien avec les personnes victimes/survivantes de violence au sein d'une relation intime? Avec les besoins de santé mentale et sexuelle des patient(e)s/client(e)s qui subissent de la violence au sein d'une relation intime et/ou de la coercition reproductive? Avec les soins éclairés par le traumatisme?³⁹

³⁴ Pour plus d'information, voir https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/13_243567_green_aag_a.pdf

³⁵ Pour plus d'information, voir https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1995/06000/The_Relationship_Between_Pregnancy_Intendedness.24.aspx

³⁶ Pour plus d'information, voir <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17493373>

³⁷ Pour plus d'information, voir <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Reproductive-and-Sexual-Coercion>

³⁸ Pour plus d'information, voir <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Reproductive-and-Sexual-Coercion>

³⁹ Pour plus d'information, voir la section sur les soins éclairés par le traumatisme.

2. À quelle fréquence évaluez-vous de manière proactive si vos patient(e)s/client(e)s pourraient subir de la violence au sein d'une relation intime et/ou de la coercition reproductive? Comment pouvez-vous créer un environnement sécuritaire pour l'évaluation et le dévoilement?
3. Quel est votre degré de connaissance et de capacité en lien avec les interventions directes que les professionnel(le)s de la santé peuvent faire pour répondre à la coercition reproductive et sexuelle? En lien avec les considérations particulières en termes de langage et de cadrage?
4. Quel est votre degré de connaissance et de capacité en lien avec le soutien aux patient(e)s/client(e)s LGBTQ2S+ qui subissent de la violence au sein d'une relation intime?⁴⁰
5. Quels types de soutien et de ressources sont disponibles dans votre communauté pour vos patient(e)s/client(e)s qui subissent de la violence au sein d'une relation intime et/ou de la coercition reproductive?⁴¹

Stigmatisation associée au diagnostic de santé mentale

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social en lien avec la sexualité. Les personnes ayant des troubles de santé mentale sont des êtres sexuels qui ont droit à la santé sexuelle. Cela dit, la stigmatisation associée à la santé mentale et à la sexualité fait en sorte que plusieurs personnes aux prises avec des troubles de santé mentale sont stéréotypées comme étant hypersexuelles, asexuelles ou non méritantes/capables de relations sexuelles ou romantiques. Cette forme de stigmatisation peut avoir des impacts sur la prise de risques sexuels et sur le traitement des patient(e)s/client(e)s ayant des troubles de santé mentale dans les milieux de soins de santé.⁴² Les besoins de santé sexuelle et génésique des personnes ayant des troubles de santé mentale sont souvent négligés à cause de ces stéréotypes. Cela entraîne des disparités de santé dues à un manque d'information et/ou de soutiens appropriés.

⁴⁰ Pour plus d'information, voir https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/2016/07/RHO_FactSheet_LGBTQIntimatePartnerViolence_E.pdf

⁴¹ Le saviez-vous? Selon l'American College of Gynecologists and Obstetricians, les interventions de professionnel(le)s de la santé axées sur la sensibilisation à la coercition reproductive et sexuelle et sur les stratégies de réduction des méfaits réduisent de 71 % les grossesses forcées chez les femmes qui subissent de la violence au sein d'une relation intime. Intégrer l'évaluation et l'intervention dans les soins de santé génésique réguliers peut rehausser la qualité des soins et améliorer les résultats de santé génésique. Vu le lien connu entre la santé génésique et la violence, les professionnel(le)s de la santé devraient dépister la violence au sein d'une relation intime et la coercition génésique et sexuelle chez leurs patient(e)s sur une base régulière, notamment lors des examens annuels, de l'admission initiale et des soins obstétriques (à la première visite prénatale, au moins une fois par trimestre, et lors du suivi postnatal). Voici quelques questions qui peuvent être posées : Votre partenaire vous a-t-il/elle déjà forcé(e) à faire quelque chose que vous ne vouliez pas faire, sur le plan sexuel, ou a-t-il/elle déjà refusé votre demande d'utiliser le condom? Votre partenaire a-t-il/elle déjà essayé que vous deveniez enceinte alors que vous ne le vouliez pas? Avez-vous peur que votre partenaire vous blesse si vous ne faites pas ce qu'il/elle veut avec la grossesse? Votre partenaire respecte-t-il/elle votre décision à savoir si et quand vous voulez devenir enceinte? Pour plus d'information : <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Reproductive-and-Sexual-Coercion>

⁴² Pour plus d'information, voir <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4251893/>

Par exemple, les femmes ayant un trouble bipolaire pourraient être plus susceptibles de vivre des événements génésiques comme des grossesses non planifiées ou de contracter des infections transmissibles sexuellement en raison de symptômes de bipolarité comme la prise de risques et la désinhibition.⁴³ Ceci est exacerbé par un manque de soins complets et non stigmatisants qui prennent au sérieux les recoupements entre la santé mentale et la santé sexuelle/génésique, ce qui entraîne de moins bons résultats de santé.

Comment pouvez-vous offrir les meilleurs soins de santé sexuelle/génésique possible aux personnes ayant des troubles de santé mentale? Posez-vous les questions suivantes :

1. Quel est votre degré de connaissance et de capacité en lien avec le soutien de la santé sexuelle de vos patient(e)s/client(e)s ayant des troubles de santé mentale?
2. Évaluez-vous de manière proactive la santé et le bien-être d'ordre sexuel de vos patient(e)s/client(e)s lorsque vous leur fournissez des traitements ou du soutien pour des troubles de santé mentale?
3. Quels types de soutien offrez-vous aux patient(e)s/client(e)s ayant des troubles de santé mentale pour faire face à la stigmatisation et à la discrimination associées à leur santé mentale et à leur sexualité?
4. Quels types de ressources et/ou de soutien sont disponibles dans votre communauté pour soutenir la santé et le bien-être d'ordre sexuel de vos patient(e)s/client(e)s ayant des troubles de santé mentale? Et de celles/ceux qui explorent leurs options en matière de grossesse?⁴⁴

Impacts du colonialisme et du racisme sur la santé

En 2017, l'Autorité de santé de Saskatoon a publié un rapport décrivant les expériences de femmes autochtones qui ont été forcées d'avoir une ligature des trompes⁴⁵ (une méthode contraceptive permanente). Bien que le rapport concerne des cas récents, il est important que les professionnel(le)s de la santé soient conscients du long historique de contrôle de la capacité de reproduction des personnes autochtones par le système politique et le système de soins de santé du Canada. Au cours de l'histoire, les politiques canadiennes sur la stérilisation ont eu des effets néfastes sur les personnes et communautés autochtones. Un nombre considérable d'hommes et de femmes autochtones ont été stérilisés sous le prétexte d'une « déficience mentale ». Par conséquent, il est crucial que notre système de soins de santé travaille à augmenter notre capacité collective de fournir des soins appropriés et compétents, qui tiennent compte des impacts et manifestations de la discrimination systémique⁴⁶ et du traumatisme

⁴³ Pour plus d'information, voir <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12956668>

⁴⁴ Pour plus d'information, voir <http://www.srhweek.ca/fr/prestataires/personnes-et-communautés-diverses/options-de-grossesse-planification-familiale/>

⁴⁵ Pour plus d'information, voir https://www.saskatoonhealthregion.ca/DocumentsInternal/Tubal_Ligation_intheSaskatoonHealthRegion_the_Lived_Experience_of_Aboriginal_Women_BoyerandBartlett_July_22_2017.pdf

⁴⁶ Le saviez-vous? Les impacts du racisme sur la santé sont bien documentés. Le stress émotionnel chronique est connu comme ayant des effets néfastes sur la santé physique et mentale. Le racisme et la discrimination raciale créent un environnement particulier de stress additionnel persistant pour les

intergénérationnel sur la santé mentale et sexuelle; de l'historique d'accès aux soins de santé génésique chez les personnes noires, autochtones et racisées (et d'autres communautés marginalisées); et de ses répercussions possibles sur le lien de confiance entre les patient(e)s/client(e)s et les professionnel(le)s de la santé.⁴⁷

Comment pouvez-vous offrir les meilleurs soins de santé mentale et sexuelle possible aux personnes et communautés noires, autochtones et racisées? Posez-vous les questions suivantes :

1. Quel est votre degré de connaissance et de capacité en lien avec l'offre de soins de santé mentale et sexuelle à des patient(e)s/client(e)s noirs, autochtones et racisés, dans une approche culturellement compétente?
2. Quel est votre degré de connaissance et de capacité en lien avec les besoins de santé mentale et sexuelle spécifiques aux communautés noires, autochtones et racisées?⁴⁸
3. Quelles mesures pourriez-vous prendre pour augmenter votre capacité personnelle ou institutionnelle d'offrir les meilleurs soins possibles aux personnes et communautés noires, autochtones et racisées? Y a-t-il des employés et des professionnel(le)s de la santé noirs, autochtones et racisés dans votre établissement? Quelle est votre connaissance du contexte dans lequel certaines populations ont fait l'expérience des soins (et du contrôle) de la santé sexuelle et génésique par le passé? Comment ceci pourrait-il modifier votre manière de présenter les options à vos patient(e)s/client(e)s et le langage que vous utilisez?⁴⁹
4. Évaluez-vous de manière proactive le bien-être mental et sexuel des patient(e)s/client(e)s en lien avec les risques spécifiques que rencontrent les personnes et communautés noires, autochtones et racisées en raison de la discrimination, du traumatisme intergénérationnel et du racisme?

personnes de minorités raciales et ethniques. Le racisme et la discrimination raciale affectent la santé mentale, engendrant la dépression, l'anxiété et un stress psychologique accru chez les personnes qui en sont la cible.

⁴⁷ Pour plus d'information, voir <http://www.srhweek.ca/fr/prestataires/personnes-et-communaut-es-diverses/la-violence-sexuelle/>

⁴⁸ Pour plus d'information, voir le Guide de la Semaine SSG 2017 à <http://www.srhweek.ca/fr/guide2017/>

⁴⁹ Le saviez-vous? Le Dr James Marion Sims (considéré par plusieurs comme étant le père de la gynécologie moderne) est connu comme ayant mené des expériences choquantes sur des femmes noires esclaves pour développer son expertise. Son utilisation non éthique de personnes noires esclaves comme sujets d'expérimentation fait partie d'un long historique de corruption de l'éthique dans le développement de nos systèmes médicaux, qui inclut également l'étude de Tuskegee sur la syphilis et le cas d'Henrietta Lacks. Cela jette assurément un éclairage sur la façon dont plusieurs personnes noires et communautés de couleur font l'expérience des systèmes de soins de santé. Au Canada, la stérilisation sexuelle des personnes autochtones a longtemps été considérée comme une mesure officielle de santé publique, éclairant comment les personnes autochtones sont traitées, font l'expérience des systèmes de soins de santé et y ont accès, de nos jours.

Comment créer des connexions entre la santé mentale et la santé sexuelle

5. Dans quelle mesure êtes-vous proactif dans le soutien et/ou la recherche de ressources afin que vos patient(e)s/client(e)s aient l'espace et les outils nécessaires à intégrer la culture, les croyances et les langues traditionnelles dans leurs soins de santé?⁵⁰
6. Quels types de ressources et/ou de soutien sont disponibles dans votre communauté pour vos patient(e)s/client(e)s noirs, autochtones et racisés?

MESURES QUE VOUS POUVEZ PRENDRE

Pour que les soins de santé soient positifs, les professionnel(le)s de la santé doivent créer l'espace nécessaire à discuter des enjeux de santé d'une manière qui affirme les préoccupations, les connaissances et les expériences des patient(e)s/client(e)s. Souvent, le stigmatisé, la gêne, la honte et la peur peuvent empêcher des patient(e)s/client(e)s d'aborder des sujets pertinents à la santé sexuelle et mentale. En tant que professionnel(le)s de la santé, il est important que vous soyez proactifs en créant un espace sûr où vos patient(e)s/client(e)s pourront vous parler en toute aisance de ces aspects essentiels de leur bien-être général.

Commencez du bon pied

- Assurez-vous que vos formulaires d'inscription et vos questionnaires d'antécédents médicaux utilisent un langage inclusif.⁵¹ Prévoyez de l'espace pour les noms plus longs, le genre (non limité à homme/femme, et place pour s'auto-identifier), les noms préférés (si différents des noms indiqués sur les pièces d'identité émises par le gouvernement), les pronoms et l'orientation sexuelle. Placez des affiches,⁵² des autocollants et des dépliants dans votre bureau/clinique pour montrer votre aisance face aux sujets touchant la santé sexuelle et mentale.
- Faites en sorte que la consignation des antécédents médicaux de vos patient(e)s/client(e)s soit un moment de connexion, en utilisant un langage inclusif concernant le genre, les partenaires, la santé mentale, les besoins de santé sexuelle et la sexualité. Incluez des questions sur la santé et le bien-être d'ordre sexuel et mental dans votre questionnaire. Travaillez avec vos patient(e)s/client(e)s à dresser un portrait plus complet de qui ils sont, les raisons pour lesquelles ils demandent des soins et la nature de leurs besoins.
- Prenez note de ce que vos patient(e)s/client(e)s considèrent ou non comme des points d'information importants en lien avec le motif de leur visite.

⁵⁰ Pour plus d'information, voir <http://aboriginalmidwives.ca/>

⁵¹ Pour plus d'information, voir <http://www.srhweek.ca/fr/prestataires/une-pratique-inclusive/>

⁵² Vous pouvez commander gratuitement des affiches de la Semaine SSG à <http://www.srhweek.ca/fr/order-posters-2/>

Parlez régulièrement de la santé sexuelle et mentale

Il peut être difficile pour les professionnel(le)s de la santé et leurs patient(e)s/client(e)s d'ouvrir une discussion sur la sexualité et la santé sexuelle et mentale, mais les patient(e)s/client(e)s veulent vous faire part de leurs préoccupations et des études confirment qu'ils souhaitent que VOUS abordiez le sujet en premier.⁵³

Voici quelques questions ouvertes que vous pouvez poser à vos patient(e)s/client(e)s lors d'une visite régulière pour leur montrer que leurs préoccupations et émotions sont importantes et qu'elles méritent d'être entendues.

- Y a-t-il des préoccupations de santé mentale ou de santé sexuelle dont vous aimeriez discuter aujourd'hui?
- Cet enjeu ou problème a-t-il affecté votre vie et vos relations? Votre santé mentale? Votre santé sexuelle?
- Avez-vous un problème médical qui affecte votre qualité de vie, y compris votre santé et bien-être d'ordre sexuel? Qu'en est-il de votre santé mentale? Avez-vous des effets secondaires de médicaments qui affectent votre santé mentale ou sexuelle?
- Quels sont vos objectifs de santé sexuelle? De santé mentale?
- Avez-vous des préoccupations quant à ce que des gens pourraient penser de ces choix/résultats (p. ex., contraception, grossesse, dévoilement d'ITSS, etc.) ou quant à leur réaction possible?⁵⁴

Rehaussez la sensibilisation et l'aisance dans les interactions avec vos patient(e)s/client(e)s

- Les questions touchant la santé sexuelle et mentale devraient être posées de façon pragmatique, mais sensible, comme vous le feriez pour toute autre question médicale.
- Si vous sentez qu'une personne n'est pas à l'aise de parler de sa vie sexuelle, il pourrait vous être utile de lui fournir une explication ou d'établir des liens avec ses antécédents médicaux.
Vous pourriez dire : « La santé sexuelle est importante pour la santé globale. La santé mentale aussi. C'est pourquoi j'en discute toujours avec mes patients. Si vous le voulez, je vais vous poser quelques questions sur votre santé sexuelle/mentale. » Ou encore : « Plusieurs personnes ayant une dépression remarquent des changements dans leur fonction sexuelle. Avez-vous remarqué des changements? »

⁵³ Pour plus d'information, voir <http://www.arhp.org/publications-and-resources/clinical-fact-sheets/shf-talking>

⁵⁴ Pour de plus amples ressources sur le dépistage et l'intervention dans ces circonstances, voir la section sur la violence au sein d'une relation intime et la coercition reproductive.

- Posez des questions ouvertes plutôt que de simples questions. Évitez de faire des suppositions quant à la santé mentale, au genre ou à la sexualité de vos patient(e)s/client(e)s.
Vous pourriez demander : « Avez-vous un(e) partenaire/Êtes-vous sexuellement actif(ve)? » plutôt que « Depuis combien de temps êtes-vous avec votre époux(se)? »
- Respectez la connaissance qu'ont vos patient(e)s/client(e)s de leur corps et de leur esprit. Reprenez le langage qu'ils utilisent pour parler d'eux-mêmes, de leur corps et de leurs partenaires/familles.
- Rencontrez vos patient(e)s/client(e)s là où ils en sont, en termes de langage et de terminologie médicale, et adoptez diverses méthodes d'apprentissage. Par exemple, même si la communication verbale fonctionne bien avec certains patient(e)s/client(e)s, il peut être utile d'offrir des brochures, des vidéos, des trousseaux d'information ou même une note écrite à la main à apporter à la maison pour favoriser et confirmer la compréhension.
- Communiquez de manière claire et ouverte et favorisez une conversation interactive. Assurez-vous que vos explications sont claires et que vos patient(e)s/client(e)s vous comprennent, en vérifiant avec eux tout au long de la conversation (notamment lorsque vous utilisez des termes médicaux).
- Prenez garde au langage exprimant involontairement des jugements, comme « passer par-dessus » une situation difficile ou la « mettre derrière soi ». Ceci sous-entend qu'il existe un certain parcours ou un point d'arrivée définitif à l'assimilation des expériences, ce qui peut fermer la communication au fil du temps. *Évitez les termes comme « normal » ou « retour à la normale ». Utilisez plutôt « optimal » ou « sain », tout en reconnaissant que ce qui est considéré comme « sain » différera d'une personne à l'autre.*

Explorez et validez les préoccupations

La qualité des soins augmente lorsque les patient(e)s/client(e)s peuvent participer plus activement à leurs soins et que leurs préoccupations sont explorées et validées par les professionnel(le)s de la santé.⁵⁵

- Pratiquez l'écoute active et utilisez des questions ouvertes pour explorer les préoccupations et besoins de vos patient(e)s/client(e)s et avoir une compréhension plus approfondie de leurs symptômes, sentiments, idées et attentes. Cela est particulièrement important si vous avez besoin d'information sur des sujets par rapport auxquels vos patient(e)s/client(e)s pourraient ressentir de la honte ou de la gêne.
- Validez les préoccupations de vos patient(e)s/client(e)s en utilisant des affirmations qui évoquent l'empathie, la légitimation ou le respect. Évitez d'interrompre une discussion

⁵⁵ Pour plus d'information, voir <http://www.annfammed.org/content/5/1/21.full.pdf>

en changeant de sujet et répondez toujours aux préoccupations exprimées par vos patient(e)s/client(e)s. Même si vos questions suivent un fil logique dans votre esprit, elles pourraient fermer le dialogue si vous donnez l'impression de changer de sujet. Indiquez clairement que vous répondrez aux préoccupations soulevées par vos patient(e)s/client(e)s.

- Portez attention aux signes verbaux et non verbaux de vos patient(e)s/client(e)s; si vous remarquez une dissonance entre les deux, utilisez des questions ouvertes pour explorer le sujet en respectant leur niveau d'aisance. Soyez attentif à vos propres signes non verbaux comme votre langage corporel, les gestes de vos mains et votre contact visuel. Montrez de l'intérêt pour ce que vos patient(e)s/client(e)s vous disent, par votre gestuelle, votre langage corporel et une implication active (se pencher vers la personne, prendre des notes, maintenir le contact visuel, etc.).
- Offrez toujours de l'information sur ce que vos patient(e)s/client(e)s veulent savoir et répondez promptement à leurs questions et/ou réactions.

EXPLORER ET VALIDER LES PREOCCUPATIONS : INCORRECTE

Médecin : Alors, quelle est la raison de votre visite aujourd'hui?

Patiente : J'ai de grosses crampes. [La patiente exprime une préoccupation.]

Médecin : Avez-vous déjà pris des médicaments? [Coupure : Le médecin n'a pas répondu à la préoccupation et a changé le sujet.]

Patiente : Euh, non. J'ai déjà pris la pilule contraceptive, mais j'ai arrêté parce que je ne me sentais pas bien. [La patiente exprime une autre préoccupation.]

Médecin : Donc, utilisez-vous une forme de contraception? [Le médecin rate l'occasion de valider les préoccupations de la patiente. Il lui pose des questions connexes, mais sans établir de lien avec elle.]

Patiente : Non, j'essaie de concevoir.

Médecin : Ok, d'accord. Et à quand remonte votre dernier examen physique, comme l'examen pelvien, l'examen des seins et tout cela? [Encore une fois, le médecin change le sujet et rate l'occasion de vérifier si la patiente a déjà eu des problèmes de fertilité et si ceci pourrait être relié à la préoccupation initiale, c'est-à-dire une douleur pelvienne chronique qui va en s'accroissant au cours du cycle menstruel.]

EXPLORER ET VALIDER LES PREOCCUPATIONS : CORRECTE

Médecin : Alors, quelle est la raison de votre visite aujourd'hui?

Patiente : J'ai de grosses crampes. [La patiente exprime une préoccupation]

Médecin : Parlez-moi de ces crampes. En avez-vous tout le temps? [Le médecin explore la préoccupation de sa patiente.]

Patiente : Lorsque mes règles approchent, j'ai des douleurs terribles qui me font quasiment pleurer. Je ne peux pas sortir du lit et la seule chose qui me soulage est de me forcer à dormir. Ça fait tellement mal que je peux à peine bouger. Je dirais que la douleur atteint parfois un niveau de 9 sur 10 et je ne sais pas quoi faire. Je ne peux pas sortir de chez moi et je manque des jours de travail. [La patiente décrit la situation en détail.]

Médecin : Des douleurs intenses et chroniques peuvent vraiment affecter la qualité de vie, n'est-ce pas? [Il valide les préoccupations de la patiente et ce qu'elle ressent.]

Patiente : C'est tellement difficile que ça me déprime depuis un certain temps. Je ne peux rien faire d'amusant et j'ai des difficultés au travail.

Médecin : Ça semble très difficile. Je suis content que vous ayez pris rendez-vous pour que nous puissions aller jusqu'au bout de la question. Vous souvenez-vous quand ces douleurs ont commencé? [Il continue d'explorer les préoccupations de la patiente.]

Patiente : Oui, c'était peu de temps après que j'aie arrêté la pilule contraceptive. [Elle fournit d'autres informations.]

Médecin : Avez-vous arrêté d'utiliser la pilule pour une raison en particulier? [Suite de l'exploration]

Patiente : Oui, au début c'était parce que la pilule me donnait des sensations étranges, mais ensuite mon partenaire et moi avons décidé que ce pourrait être un bon moment pour essayer d'avoir un bébé. Nous essayons depuis plus d'un an.

Identifiez et contrez la stigmatisation et la discrimination dans les milieux de soins de santé

La « stigmatisation » est un terme général qui désigne les **pensées, attitudes et sentiments négatifs et stéréotypés** que des personnes entretiennent à l'égard d'un groupe d'individus sur la base de motifs spécifiques⁵⁶ qui servent à les distinguer des autres membres de la société.

La discrimination désigne les décisions et comportements qui sont fondés **consciemment ou non** sur des stéréotypes négatifs.

La discrimination peut s'observer au palier individuel. Par exemple, une infirmière qui enfille deux épaisseurs de gants pour s'occuper d'un patient vivant avec le VIH; un médecin qui considère comme étant « non sérieuses » les douleurs pelviennes décrites par une femme; un infirmier de triage qui suppose que les symptômes d'un patient autochtone sont dus à l'alcoolisme et/ou à la consommation de drogues; ou un médecin qui refuse d'utiliser les pronoms qu'une personne préfère. Elle englobe aussi la violence verbale, les blagues inappropriées, le harcèlement, l'intimidation, le refus de soins ou les suppositions qui servent à déterminer un diagnostic ou un plan de traitement.

⁵⁶ Par exemple, la race, l'orientation sexuelle, le genre, le statut VIH, la religion et/ou des comportements stigmatisés comme la consommation de drogues, le travail du sexe ou le sexe non monogame ou sans partenaire stable.

La discrimination peut s’observer au palier institutionnel. Par exemple, sous la forme de lois et de politiques qui sont inadéquates, inéquitables et qui échouent à promouvoir la sécurité et le bien-être des patients; ou d’une distribution inégale des ressources qui néglige les besoins d’individus marginalisés.

Connaissez les impacts de la stigmatisation et de la discrimination

- La stigmatisation et la discrimination ont de réelles conséquences sur l’accès aux soins de santé et sur les résultats de santé.⁵⁷ La stigmatisation est considérée comme un facteur contribuant à la réticence des patient(e)s/client(e)s à demander des soins pour des préoccupations de santé mentale et sexuelle. Elle peut également nuire à la relation entre les professionnel(le)s de la santé et leurs patient(e)s/client(e)s. Ceci peut inciter des patient(e)s/client(e)s à mettre fin à leur traitement à l’avance, en plus d’affecter la fidélité au traitement, de réduire les chances que des soins préventifs soient demandés ou que les problèmes médicaux soient suivis dès le début, etc.
- La stigmatisation et la discrimination entourant la maladie mentale peuvent faire en sorte que des patient(e)s/client(e)s ne reçoivent pas les soins de santé physique dont ils ont besoin ou que leurs symptômes de santé mentale ne soient pas pris au sérieux dans le contexte de préoccupations médicales autres que la santé mentale.⁵⁸ Cela est dû au fait que des professionnel(le)s de la santé attribuent des symptômes physiques aux troubles de santé mentale de leurs patient(e)s/client(e)s, ce qui entraîne des retards de traitement.

Abolissez les stéréotypes courants en santé mentale

STÉRÉOTYPE : Les personnes ayant des troubles de santé mentale sont dangereuses et imprévisibles.

RÉALITÉ : La plupart des personnes ayant des troubles de santé mentale ne commettent jamais d’actes violents; en réalité, elles sont plus susceptibles que les autres personnes de subir de la violence.

STÉRÉOTYPE : Les personnes ayant des troubles de santé mentale sont incompétentes, irrationnelles ou enfantines.

RÉALITÉ : À l’instar des autres patient(e)s/client(e)s, les personnes ayant des troubles de santé mentale ont des niveaux de compétence, de connaissance et de capacité de prendre soin d’elles-mêmes qui varient. Supposez la compétence et rencontrez chaque personne là où elle en est.

STÉRÉOTYPE : Les personnes ayant des troubles de santé mentale sont faibles ou ont des défauts de caractère qui entraînent leur état.

⁵⁷ Pour plus d’information, voir <http://www.annfammed.org/content/5/1/21.full.pdf>

⁵⁸ Pour plus d’information, voir https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-03/MI%20stigma%20in%20healthcare_barriers%20to%20access%20and%20evidence%20based%20solutions.pdf

RÉALITÉ : Les personnes ayant des troubles de santé mentale ne sont pas plus ou moins responsables ou en contrôle de leurs symptômes que les personnes atteintes de troubles de santé physique. Même si des comportements ou des choix ont pu exacerber un problème de santé mentale ou physique, il est impossible de comprendre la santé globale sans tenir compte des déterminants sociaux de la santé, des circonstances personnelles et des événements de la vie.

STÉRÉOTYPE : Soit les personnes ayant des troubles de santé mentale ne sont pas sexuelles du tout, soit elles sont hypersexuelles, selon leur diagnostic. Elles n'ont pas de vie romantique, ne sont pas de bons parents et n'ont pas de cercle familial.

RÉALITÉ : Les personnes ayant des troubles de santé mentale sont des êtres sociaux et sexuels. Avoir un trouble de santé mentale ne signifie pas que vous ne méritez pas d'avoir une vie sexuelle ou romantique ou d'être parent. Il y a bien sûr des personnes ayant des troubles de santé mentale qui sont asexuelles, aromantiques, célibataires, abstinentes, sans enfants, etc. – mais nous ne pouvons et ne devrions pas faire de suppositions sur la situation sexuelle, romantique ou familiale d'une personne sur la base d'un diagnostic.

Connaissez les faits

Lorsqu'il est question de sexualité et de santé sexuelle, voici ce que vous devez savoir.

- La stigmatisation et la discrimination entourant la sexualité, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle et certains comportements sexuels résultent d'une attitude négative à l'égard de la sexualité. Celle-ci est fondée sur l'idée (consciente ou non) que le sexe est néfaste, honteux, dégoûtant ou péché, et que seulement certaines formes d'expression sexuelle (relations hétérosexuelles entre personnes cisgenres mariées ou monogames) sont exemptes de condamnation morale. Même si nous n'avons pas l'impression d'entretenir ces idées, elles sont cultivées depuis des siècles et continuent de façonner notre culture.
- L'attitude négative à l'égard de la sexualité dévalorise le sexe et les expériences sexuelles. Elle nous fait croire que toute expression sexuelle qui n'est pas conforme à la « norme » sociétale n'est pas valable. Elle supprime l'expression honnête des sexualités et la connexion authentique entre les individus. Elle conduit souvent des personnes à ressentir de la honte et de la peur face au type de relations sexuelles qu'elles ont ou n'ont pas, et à être gênées de parler de sexe et de santé sexuelle. Cela peut se manifester par l'invisibilité complète de la non-hétérosexualité dans les milieux de soins de santé, y compris dans les programmes d'enseignement des écoles de médecine; ou par des sentiments de peur, d'aversion et/ou de colère à l'endroit de personnes vivant avec le VIH qui ont des relations sexuelles, de deux hommes ayant des relations sexuelles, d'un homme ayant des relations sexuelles avec une femme trans, d'un homme ayant de multiples partenaires occasionnel(le)s, d'une personne offrant des services sexuels, etc. Cela peut également se traduire par un malaise tangible à parler de certains types de comportements sexuels (p. ex., sexe anal, pénétration avec le poing, etc.); par un manque de connaissance sur les besoins de santé sexuelle de certaines populations (p. ex., le besoin de tests pap réguliers chez les hommes trans); par l'emploi de mots comme « sale » pour parler d'une personne ayant une infection

transmissible sexuellement, etc.

Réduisez la stigmatisation et la discrimination

- Connaissez les faits. Éduquez-vous sur la santé mentale et la santé sexuelle. Développez les compétences spécialisées nécessaires à répondre aux besoins de santé sexuelle et mentale de vos patient(e)s/client(e)s. Distinguez les mythes des faits et éduquez votre entourage.
- Choisissez bien vos mots. Évitez le langage stigmatisant ou accusateur. Sachez que vous ne pouvez connaître l'histoire d'une personne simplement en la regardant. Parlez toujours comme si toute personne pouvait vous entendre. Confrontez les membres de votre entourage qui utilisent un langage dénigrant ou blessant à propos d'autrui.
- La stigmatisation et la discrimination sont souvent perpétuées de manière involontaire, mais les bonnes intentions n'empêchent pas les effets néfastes des propos ou gestes stigmatisants. Si une personne vous dit que votre comportement ou votre langage l'a affectée, croyez-la et présentez-lui vos excuses, même si vous aviez de « bonnes intentions ». Fiez-vous aux rétroactions pour rendre votre pratique plus inclusive.
- Réfléchissez à vos propres valeurs et suppositions à l'égard des communautés, comportements et enjeux de santé qui sont stigmatisés.⁵⁹
- Concentrez-vous sur les forces et les contributions des individus. Chaque personne fait de précieuses contributions à la société. Ses préoccupations de santé ne sont qu'un aspect de qui elle est.
- Consacrez du temps au développement professionnel. La formation fondée sur les compétences peut améliorer la compréhension, la confiance et l'aisance dans l'offre de soins de santé affirmatifs et sans préjugés (y compris des soins de santé mentale et sexuelle) à des populations diversifiées.
- Assurez-vous que tous les employés reçoivent un soutien continu et des outils appropriés pour offrir des soins inclusifs, notamment des formulaires d'inscription qui posent les bonnes questions, des politiques et procédures positives, et la formation requise (p. ex., sécurité culturelle, sensibilisation aux enjeux des jeunes, techniques de désescalade, communication non violente, travail auprès de client(e)s handicapé(e)s, etc.).
- Envisagez d'organiser des séances pour briser les mythes ou de participer à de telles séances, pour vous permettre ainsi qu'à vos employés d'identifier et de remettre en

⁵⁹ Visitez <http://www.srhweek.ca/fr/prestataires/> pour des ressources additionnelles.

question les biais inconscients, les informations erronées et les stéréotypes, et de poser toute question au sujet de la santé mentale et de la santé sexuelle.⁶⁰

- La formation et le perfectionnement des compétences sont essentiels, mais surtout, les droits doivent être appliqués. La recherche démontre qu'il est peu probable que l'éducation sur la santé mentale et la discrimination réussisse à modifier les comportements individuels à long terme; elle devrait être complétée par d'autres approches institutionnelles, y compris des mécanismes de responsabilité assurant que tous les patient(e)s/client(e)s ont un accès sécuritaire aux soins.

Offrez des soins éclairés par le traumatisme

De façon générale, le traumatisme est défini comme une expérience qui bouleverse la capacité d'adaptation d'un individu et qui correspond à l'une des cinq catégories suivantes :⁶¹

1. Traumatisme à incident unique : relié à un événement spécifique comme un accident de voiture, la mort d'un être cher, une agression sexuelle, etc.
2. Traumatisme complexe ou répétitif : relié à des incidents répétés ou continus comme l'abus, la violence au sein d'une relation intime, la coercition reproductive, la guerre, la discrimination ou les microagressions régulières fondées sur la race, le sexe, le genre, le handicap, etc.
3. Traumatisme développemental : résultant d'une exposition précoce à un traumatisme au cours de la petite enfance, de l'enfance ou de la jeunesse.⁶²
4. Traumatisme intergénérationnel : résultant de la vie avec des survivant(e)s de traumatisme, ou de liens familiaux/étroits avec eux.
5. Traumatisme historique : accumulé au fil des générations à l'issue d'un important traumatisme collectif comme le génocide ou le colonialisme.

Connaissez les impacts du traumatisme

- Le traumatisme a des impacts sur la santé physique, mentale, sexuelle et émotionnelle. Pour composer avec ces impacts, certains individus peuvent avoir des comportements que des professionnel(le)s de la santé pourraient considérer comme malsains et/ou risqués (p. ex., consommation de drogues ou automutilation).⁶³ Ces individus doivent

⁶⁰ Pour plus d'information voir <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.12612/abstract>

⁶¹ Pour plus d'information, voir le « Trauma Informed Practice Guide », 2013 à http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf

⁶² Le saviez-vous? Un corpus croissant de données appuie l'importance du fait que les professionnel(le)s de la santé procèdent au dépistage universel des expériences néfastes de l'enfance (ENE). <https://centerforyouthwellness.org/the-science/>

⁶³ Le saviez-vous? Un individu ayant vécu quatre expériences néfastes de l'enfance (ENE) ou plus est dix fois plus susceptible qu'une personne n'en ayant vécu aucune de s'injecter des drogues. Cette proportion s'élève à plus de 90 % dans le cas de l'incarcération. <https://centerforyouthwellness.org/health-impacts/>

alors composer avec la stigmatisation associée à leurs mécanismes d'adaptation, en plus de leur traumatisme.

- Le traumatisme peut entraîner une réticence à accéder à des soins de santé, en particulier à des soins de santé sexuelle si le traumatisme est de nature sexuelle. Certains aspects des soins de santé comme l'examen gynécologique, l'examen rectal et l'accouchement peuvent déclencher une réaction traumatique liée aux expériences passées. La stigmatisation associée aux comportements d'adaptation peut également retarder le recours aux soins.

Suivez les principes directeurs des soins éclairés par le traumatisme

Compte tenu de ce que nous savons au sujet des conséquences du traumatisme sur la santé et de leur possible impact sur l'accès aux soins, il est important que les professionnel(le)s de la santé reçoivent une formation sur l'offre de soins éclairés par le traumatisme. Nul besoin de devenir un spécialiste des soins liés au traumatisme; il suffit de développer des compétences et de savoir ce qu'est le traumatisme, comment il se manifeste et comment il affecte l'individu. Cette connaissance est le fondement d'une culture organisationnelle des soins éclairés par le traumatisme.

Voici les principes directeurs d'une approche éclairée par le traumatisme, tel qu'articulés par des organismes et partenaires des soins de la santé qui ont adopté cette perspective :

- Sécurité
- Fiabilité
- Compassion
- Collaboration
- Choix et contrôle
- Compétence culturelle
- Habilitation/Axée sur les forces
- Interconnexion entre l'esprit, le corps et l'âme
- Bien-être des employés

S'outiller pour offrir des soins éclairés par le traumatisme n'équivaut pas à prodiguer des services spécifiques au traumatisme – quoique les deux puissent coexister sous le même toit.⁶⁴ Dans son « Trauma-Informed Practice Guide » de 2013,⁶⁵ le Center for Excellence in Women's Health nous aide à comprendre les distinctions importantes entre ces deux types de soins.⁶⁶

Essentiellement, les soins éclairés par le traumatisme :

- sont offerts aux paliers des client(e)s, du personnel et du système, et sont basés sur les principes clés suivants : sensibilisation au traumatisme; sécurité; fiabilité, choix et collaboration; et développement des forces et des compétences; et

⁶⁴ Pour plus d'information, voir http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf

⁶⁵ Pour plus d'information, voir http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf

⁶⁶ Pour une stratégie détaillée de mise en œuvre de soins de santé éclairés par le traumatisme, voir : http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf

- abordent les connexions entre le traumatisme, la santé mentale et la consommation de drogues; identifient les symptômes de traumatismes ou les adaptations à ceux-ci; et offrent de l'aide et des stratégies qui accroissent la sécurité et favorisent l'arrimage aux services.

Ces principes peuvent être utilisés et adaptés quel que soit le milieu de travail ou le type de services ou de soins.

Parallèlement, les services spécifiques au traumatisme :

- sont offerts dans un milieu éclairé par le traumatisme et sont axés sur le traitement du traumatisme à l'aide d'interventions thérapeutiques impliquant des praticiens spécialisés; et
- sont basés sur une évaluation détaillée et s'adressent à des patient(e)/client(e)s qui ont des préoccupations liées au traumatisme, à la santé mentale et à la consommation de drogues, qui demandent un traitement intégré et y consentent.

Les services spécifiques au traumatisme répondent plus directement aux besoins de soins de santé qui découlent d'expériences de vie traumatisantes; ils facilitent le rétablissement post-traumatique par le biais d'un counselling spécialisé et d'autres interventions cliniques.

Nous ne pouvons pas tous offrir des services spécifiques au traumatisme, mais tous les professionnel(le)s de la santé et tous les services sociaux et de santé peuvent créer un environnement où les patient(e)s/client(e)s ne verront pas leurs traumatismes redéclenchés et n'en subiront pas d'autres, et où ils pourront prendre des décisions concernant leurs soins de santé au rythme qui leur convient.

- Les soins éclairés par le traumatisme reconnaissent l'omniprésence du traumatisme et son impact sur la santé et l'accès aux soins de santé.
- Les soins éclairés par le traumatisme ne nécessitent pas que les patient(e)s dévoilent leurs traumatismes. C'est une approche ou philosophie générale qui accorde la priorité à la sécurité physique et émotionnelle et au choix dans les décisions relatives au traitement et aux soins. Ceci signifie que vous pouvez utiliser des stratégies éclairées par le traumatisme dans vos interactions avec chaque patient(e)/client(e), et non seulement avec ceux ou celles qui dévoilent un traumatisme.
- Les soins éclairés par le traumatisme créent en priorité un climat de sécurité et d'habilitation où les patient(e)s/client(e)s ne verront pas leurs traumatismes redéclenchés et n'en subiront pas d'autres qui soient causés par l'impuissance ou la perte de contrôle, les microagressions, l'insensibilité culturelle, le sentiment qu'on ne les croit pas ou le refus de soins.

Établir un climat de sécurité et de confiance

Il existe des moyens concrets de favoriser les sentiments de sécurité et de confiance chez vos patient(e)s/client(e)s.

- Assurez-vous que vos formulaires d'inscription et vos processus sont inclusifs. Ne supprimez aucune identité individuelle, protégez la vie privée de vos patient(e)s/client(e)s et indiquez clairement et simplement vos protocoles de confidentialité ainsi que les cas où vous avez l'obligation de divulguer.
- Offrez des informations claires sur les programmes, les rendez-vous, le déroulement des séances, les options de traitement et le suivi.
- Assurez-vous d'avoir le consentement éclairé de vos patient(e)s/client(e)s.
- Faites en sorte que votre espace soit plus accueillant pour des communautés diversifiées, moins menaçant et plus accessible.
- Offrez une formation et un développement professionnel aux employés et assurez-vous que les politiques et pratiques sont propices à leur bien-être. Il faut s'occuper des employés et leur fournir les ressources nécessaires à offrir les meilleurs soins possibles à une diversité d'individus; la rétention du personnel signifie également que les patient(e)s/client(e)s ont le temps développer un lien de confiance avec des professionnel(le)s qu'ils connaissent.

Offrez le contrôle, la sécurité et le choix

Puisque l'impuissance et la perte de contrôle sont centrales aux expériences de traumatisme, il est important que votre pratique crée des occasions pour les patient(e)s/client(e)s de faire l'expérience du contrôle, de la sécurité et du choix. En tant que professionnel(le) de la santé, cela signifie de :

- Communiquer ouvertement, et identifier et aborder les déséquilibres de pouvoir inhérents aux relations patient(e)s-professionnel(le)s, notamment en impliquant activement les patient(e)s/client(e)s dans leurs soins et en leur permettant d'exprimer ce qu'ils ressentent sans crainte de jugement. L'idée est de « faire avec » plutôt que de « faire à ».
- Offrir des choix à vos patient(e)s/client(e)s, dans leurs plans de soins de santé mentale ou sexuelle et, lorsque possible, adapter la réponse à leurs besoins.

Par exemple, si un(e) patient(e)/client(e) qui veut un avortement s'inquiète qu'une procédure chirurgicale déclenche une réaction traumatique, son équipe de soins devrait lui offrir la possibilité d'un avortement à base de médicaments. Ou, si l'examen gynécologique est une source d'anxiété pour un(e) patient(e)/client(e), il ou elle pourrait préférer être assis(e) plutôt qu'allongé(e) (ce qui pourrait évoquer des sentiments d'impuissance et de perte de contrôle).

- Offrir le choix partout où vous le pouvez : options de traitement, modes de communication avec un(e) patient(e)/client(e), fréquence à laquelle un(e) patient(e)/client(e) veut vous voir, où et comment il/elle est assis(e) dans la salle d'examen ou le bureau, s'il/elle veut parler ou qu'on lui parle lors de l'examen physique,

Comment créer des connexions entre la santé mentale et la santé sexuelle

s'il/elle a droit à un accompagnateur, et genre des spécialistes que vous lui recommandez.

Adoptez une approche fondée sur les forces et offrez un perfectionnement des compétences

Les professionnel(le)s de la santé peuvent aider leurs patient(e)s/client(e)s à identifier leurs forces et à développer leur résilience et leur capacité d'adaptation par les moyens suivants :

- Enseigner des compétences pour identifier les déclencheurs⁶⁷ et pour aider les patient(e)s/client(e)s à se calmer et à se recentrer après un déclenchement.
- Lorsque les patient(e)s/client(e)s parlent des stratégies qu'ils utilisent pour composer avec un traumatisme, ne les jugez pas. Adoptez une approche de réduction des méfaits.⁶⁸ Si vous constatez un problème avec le comportement d'un(e) patient(e)/client(e), posez-vous les questions suivantes : suis-je en désaccord avec ceci d'un point de vue moral, ou y a-t-il des méfaits spécifiques associés à ce comportement qui doivent être abordés? Comment puis-je aider le/la patient(e)/client(e) dans ce comportement? Comment puis-je l'aider s'il/elle exprime le désir de changer de comportement au cours du processus?

Répondez aux besoins de personnes et communautés diversifiées

Un aspect clé de la pratique éclairée par le traumatisme consiste à comprendre que celui-ci peut être vécu différemment selon l'identité et/ou la situation sociale. Il est important de se rappeler que les soins de santé ne sont jamais « à taille unique ».⁶⁹

⁶⁷ Les déclencheurs sont des expériences comme des odeurs, des sons, des mots ou des sensations qui provoquent chez une personne le rappel d'un souvenir traumatique du passé.

⁶⁸ La réduction des méfaits est une philosophie de santé publique qui reconnaît l'importance du non-jugement et de la réduction des méfaits devant certains comportements, plutôt que de tenter de les arrêter ou de les prévenir.

⁶⁹ Pour plus d'information sur l'offre de soins de santé affirmatifs et non stigmatisants aux patient(e)s/client(e)s de communautés diversifiées, voir www.srhweek.ca/fr/prestataires.