

Cancer, Minorités de Genre et de Sexualité : un nouvel élément de mesure dans la santé des LGBTIQ ?

Anastasia Meidani, Arnaud Alessandrin, Marouchka Dubot

▶ **To cite this version:**

Anastasia Meidani, Arnaud Alessandrin, Marouchka Dubot. Cancer, Minorités de Genre et de Sexualité : un nouvel élément de mesure dans la santé des LGBTIQ ?. Santé LGBTIQ : les minorités de genre et de sexualité face aux soins, Le bord de l'eau, pp.65-72, 2019, 978-2-35687-699-7. hal-02129436

HAL Id: hal-02129436

https://univ-tlse2.hal.science/hal-02129436

Submitted on 14 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CANCERS, MINORITES DE GENRE ET DE SEXUALITE : UN NOUVEL ELEMENT DE MESURE DANS LA SANTE DES LGBTIQ ?

Meidani Anastasia, Alessandrin Arnaud, Marouchka Dubot[1]

INTRODUCTION : UN BREF TOUR D'HORIZON

Le rapport à la santé des personnes LGBTIQ se mesure souvent à l'aune des questions de santé sexuelle et reproductive. Pourtant, d'autres problématiques traversent les parcours de santé des populations LGBTIQ. Dans le contexte français, frileux face à ce type de recherches, d'autres thèmes sont abordés en ce qui concerne la santé des minorités de sexualité, comme par exemple la question de la santé globale des personnes LGBTIQ en lien avec les médecins généraux (Jedrzejewski, 2016) ou bien la question de la santé scolaire (Dagorn, 2018 ; Richard, 2015). Dans toutes ces recherches, la question du corps est centrale, non seulement parc qu'il est le théâtre des expressions de santé, mais aussi parce qu'il est traversé de représentations et d'expériences sociales multiples ayant des influences fortes sur la santé des personnes. C'est pourquoi la recherche SANTE LGBTI a souhaité proposer un pas de côté vis-à-vis des recherches traditionnelles sur les questions de santé des minorités de genre et de sexualité. Du point de la méthodologie, nous avons choisi de mettre en application une enquête par passation de questionnaires via Internet suite à une revue de la littérature. La revue de la littérature francophone nous permet de conclure à une absence totale de recherche autour des enjeux en cancérologie propres aux personnes LGBTIQ sinon nos travaux préalables (Alessandrin et Meidani, 2018 ; Meidani et Alessandrin, 2017). Cet article tente de combler cette lacune en proposant certains éléments chiffrés et certaines données déclaratives obtenues par le questionnaire de cette enquête. Le questionnaire a bénéficié d'une durée de diffusion de trois mois (juin-septembre 2017) pour atteindre au total 1.087 réponses. L'échantillon se compose de 44% de personnes s'identifiant comme « hommes » et autant comme « femmes » et 16% comme « trans », « intersexes » ou « non binaires ». On compte également 62% de personnes homosexuelles, 21% de bisexuel.le.s et 4% d'hétérosexuelles. 13% des répondants et répondantes se déclarent donc « pansexuel.le.s » ou « assexuel.le.s ». La répartition par catégories socio-professionnelles comprend 26% d'employé.e.s, 20% de cadres, 24% d'inactifs et inactives (étudiant.e.s et retraité.e.s principalement), 12% de professions intermédiaires, 7% de professions libérales, 3% d'artisan.e.s commerçant.e.s, 7% d'ouvrier.e.s et 1% d'agricultrices et d'agriculteurs. Du côté de la répartition par âge, 35% des répondant.e.s avaient moins de 25 ans lors de l'enquête, 45% entre 25 et 50 ans, 20% plus de 50 ans. Stipulons-le d'emblée : les chiffres de notre enquête ne sont qu'exploratoires. Ni la durée ni le mode de recueil des données ne permettent l'analyse d'une population randomisée ou d'une cohorte

[1] Anita Meidani est sociologue et maitresse de conférences à l'Université de Toulouse Jean Jaures et chercheuse au LISST. Ses travaux portent sur les questions de genre et de santé. Elle est notamment spécialiste des questions de cancer et de vieillir et a dirigé en 2014 la recherche « Transidentités et cancers » (CGSO). Elle est l'auteure de « La fabrique du corps » (PUM, 2007), « Santé : du public à l'intime » (EHESP, 2015) et « Parcours de santé / parcours de genre » (PUM, 2018).
Arnaud Alessandrin est sociologue, chercheur associé au LACES (Université de Bordeaux) et cofondateur, avec Johanna Dagorn des « Cahiers de la LCD ». Ses travaux portent sur les questions de genre, de santé et de discriminations. Il est notamment coauteur de « Géographie des homophobies » (Armand Colin, 2013), « Genre ! » (Dasut, 2014), « Sociologie de la transphobie » (MSHA, 2015) et auteur de « Sociologie des transidentités » (Cavalier Bleu, 2018).
Marouchka Dubot est masterante à l'Université de Toulouse Jean Jaures et a été chargée d'étude pour la recherche « SANTE LGBTI ».

conséquente. Néanmoins, ne seront ici exploités que les chiffres statistiquement significatifs. Les autres données, notamment qualitatives, seront analysées au sens d'une lecture indicielle (Laplantine, 2005), c'est-à-dire non comme des preuves totales mais comme des éléments suffisamment sensibles pour signifier certaines pistes interprétatives. Ces données seront alors mises en perspective avec des éléments relevant de nos recherches bibliographiques. Les ressources identifiées lors de la recherche bibliographique pour l'enquête « Santé LGBTI » sont principalement des travaux étatsuniens. Comme sur d'autres thématiques, la traduction « communautaire » des recherches en santé dans l'espace francophone français semble toujours plus compliquée qu'ailleurs. Soulignons également que pour une immense partie, ces données se situent dans le champ de la psychologie et de la santé publique. Le regard sociologique, au-delà des questions liées à la santé sexuelle et reproductive, apparaît donc très satellitaire. La plupart des travaux concernent surtout les personnes gays, et dans une bien moindre mesure lesbiennes et bisexuelles. Enfin, pour un très grand nombre de recherches, les échantillons comprennent trop peu de personnes transgenres et de personnes intersexes pour qu'elles soient prises en compte dans les dimensions chiffrées des études. Dès lors, à travers ces différents éléments, essayons de faire un premier bilan afin d'observer ce qui se joue, du côté de la prévention et du soin, pour les personnes LGBTIQ. Parallèlement, tentons de voir ce que la sociologie du genre et des sexualités peut apporter à une analyse exploratoire du couple « cancer » et « minorités de genre et de sexualité ».

I° PREVENTION, CANCER ET SOINS : QUELQUES QUESTIONS SOULEVÉES

Pour pallier le manque de données, les chercheur.e.s ont eu recours à deux méthodes. En premier lieu, des études écologiques, notamment les travaux d'Ulrike Boehmer (2015), c'est-à-dire des études qui utilisent des données agrégées au niveau d'une population (par exemple le nombre de décès par cancer). Cette méthode a pour objectif de déterminer les variations de fréquence d'une maladie dans l'espace (étude géographique) ou dans le temps (étude temporelle), et de mettre en correspondance ces variations globales avec des facteurs environnementaux, essentiellement à des fins de veille sanitaire (Boehmer, 2018). Une deuxième méthode tente d'estimer le risque de cancer de la population LGBTIQ à travers les facteurs favorisant la prise de risques tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, le surpoids, les pratiques sexuelles non protégées. Rares sont les études plus intersectionnelles (Damaskos, 2018) qui couplent la population LGBTIQ avec ses multiples facteurs d'appartenances (ethniques ou sociaux par exemple).

Du point de vue des contextes interrelationnels dans les parcours de soins, la relation avec les soignant.e.s, leur attitude vis-à-vis des orientations sexuelles et des identités de genre ainsi que leurs connaissances des problématiques de santé LGBTIQ sont également relevées dans cette revue de littérature à travers les travaux de Gwendolyn Quinn (2015) ou Geneviève Rail (2018). Toutes ces recherches insistent sur une double dynamique souvent à l'œuvre chez les minorités : d'une part une méconnaissance des questions communautaires par les spécialistes et d'autre part une nécessité de soutien de cette même communauté qui vient combler les failles des aides institutionnelles. Le faible nombre de groupes de soutien spécifiques aux personnes LGBT a par exemple été souligné par Laurie Paul (2014) dans son recueil de témoignages des femmes lesbiennes et bisexuelles ayant contracté un cancer du sein. Alors, le soutien d'une conjointe à sa compagne malade peut être compliqué par l'absence de reconnaissance de sa position par l'institution médicale. Enfin quelques données ont été recueillies sur la période de rémission qui suit dans certains cas la phase aigüe du cancer. Les conséquences physiques, psychiques et mentales de la maladie apparaîtraient comme différentes pour les personnes gays, lesbiennes et

bisexuelles comparativement aux personnes se déclarant hétérosexuelles. Les travaux de Jane Ussher (2017) sur la vie après un cancer de la prostate ont notamment montré que la qualité de vie des hommes gays et bisexuels, ainsi que des femmes lesbiennes et bisexuelles (2013), pourrait être moins bonne que celle des hommes et les femmes hétérosexuel.le.s et leur détresse psychique, plus grande.

Les données tirées de notre revue de littérature suscitent diverses questions. Pour les exposer, nous nous proposons d'organiser les articles consultés sur le « continuum du cancer », expression empruntée à Gwendolyn Quinn (2015), psycho-oncologue. Ce continuum va, dans le sens chronologique, d'un pôle précédant le diagnostic et comprenant facteurs de risque de cancer et démarches de prévention au pôle de la vie « après » un cancer, en phase de rémission. Entre ces pôles se trouve bien sûr l'expérience même de la maladie.

Ce qui apparaît c'est que les ressources se concentrent sur les temporalités précédant le diagnostic : les pratiques de dépistage, mais surtout les facteurs de risque. Un cadre général d'analyse épidémiologique est donc à souligner. En effet, durant la seconde moitié du XXème siècle, la pensée épidémiologique s'est réformée afin d'appréhender les maladies non-infectieuses, comme le cancer. L'« épidémiologie des facteurs de risques », avec une nouvelle acception du lien causal met en évidence le modèle de causalité probabiliste et multifactoriel. Le modèle multifactoriel permet effectivement d'identifier des objets d'intervention de santé publique sans comprendre totalement le mécanisme de causalité, comme cela a été le cas dès les premières études sur la corrélation entre cancer du poumon et tabagisme. La notion même de risque induit d'ailleurs une nouvelle acception du lien causal, comme le montre Patrick Peretti-Wattel (2001).

La psychologie ajoute une dimension analytique au constat de l'épidémiologie sur l'adoption de comportements à risque par les personnes LGBTIQ et, à ce titre, les travaux en ce domaine s'avèrent nombreux. Ils présentent surtout l'adoption de comportements à risque comme la réponse à un mal-être psychique. De même, les recherches de Jack Burkhalter (2010 ; 2016) sur les jeunes gays, lesbiennes et bisexuelles soulignent que les personnes interrogées ont une perception fondée des risques de cancer et des comportements à adopter pour les limiter, mais pourtant ne les adoptent pas.

In fine, ce que montre cette revue de littérature, c'est que l'on sait peu de choses de ce qui se joue de spécifique chez les personnes gays, lesbiennes, bisexuel.les, trans et intersexes après un diagnostic de cancer. La psychologue Laurie Paul dessine dans ce constat le biais hétérosexiste de la prise en charge hospitalière, même si la problématique reste effleurée et l'échantillon, composé de 13 femmes, réduit. Les revues de littérature de Gwendolyn Quinn, éclairent, elles aussi, le climat hétéro- et cissexiste de l'univers médical en montrant que, au stade de la prévention, la possibilité du dévoilement de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre est cruciale dans la détermination de la qualité des réponses apportées aux problématiques de santé des individus concernés. Or, rendre possible ce dévoilement repose sur une « bonne volonté » des soignant.e.s et surtout sur leur sensibilisation aux besoins sanitaires des personnes LGBTI. En ce sens, on peut supputer que l'absence de cette sensibilisation, en plus d'impacter négativement la démarche préventive peut compliquer le parcours de soins en cancérologie. Les résultats du questionnaire mis en place pour la recherche Santé LGBTIQ mettent d'ailleurs à jour que 60% des répondant.e.s se sont déjà senti.e.s mal dans leur parcours de santé du fait de leur identité de genre ou de leur orientation sexuelle.

II° LE QUESTIONNEMENT SOCIOLOGIQUE

Si l'on tente de saisir le vécu du cancer, dans une approche au plus près des propos, des pratiques et du fait minoritaire, une lecture « par l'expérience », c'est-à-dire par l'incorporation des normes et par leurs effets sur les subjectivités, semble la bienvenue (Dubet, 2001). Si les personnes LGBTIQ sont définies comme une minorité, à partir de l'acception de la condition minoritaire établie par Adrien Chassain et ses collègues (2016 : 7) dans leur article intitulé « Approches expérientielles du fait minoritaire », la question de la stigmatisation et des discriminations (Toulze et Meidani, 2017) entre frontalement dans les interrogations à avoir que la condition de minoritaire relève d'une position dominée dans le champ social, associée à une stigmatisation ». Elle doit être envisagée comme un processus relationnel de minorisation, et non pas un état. C'est pourquoi il convient d'aborder l'expérience du cancer d'un point de vue individuel mais également collectif, à travers les représentations autour de la maladie et de son étiologie. Il est notamment probable que quelque chose de l'ordre de la discrimination se joue au niveau des soins en cancérologie pour les minorités LGBTIQ. Mais au contraire de la stigmatisation raciale qui a pour effet de rendre visible, la stigmatisation en rapport avec la sexualité a tendance à invisibiliser les personnes concernées, ce qui n'est pas sans impacter la prise en charge sanitaire. Cette dimension discriminatoire pourrait s'actualiser notamment dans la relation soignant.e.s / soigné.e.s. La question discriminatoire n'est pas uniquement celle des « faits » mais celle des « ressentis », des « appréhensions ». Mais l'intérêt de l'approche expérientielle du fait minoritaire incite à se garder de présupposer de la passivité des personnes LGBTIQ. Il est donc aussi important de comprendre comment, sous le coup des contraintes structurelles, elles mobilisent des ressources et des compétences propres. Si les stratégies d'empowerment dans les parcours de santé ont pu être décrites dans une optique de « queerir le cancer » (Rail, dans ce volume, elles restent cependant rarement restituées, elles ouvrent la voix aux personnes LGBTIQ atteintes de cancer et fournissant même parfois des dispositifs transmédias qui permettent de cristalliser une culture du témoignage de santé (Mensah, 2016).

Concernant la question du dépistage du cancer, tous cancers confondus, les chiffres diffèrent au regard de la population. Selon les données chiffrées de l'INCA en 2016, le taux de participation de la population éligible au dépistage organisé pour le cancer du sein était de plus de 50%, de 30% pour le cancer colorectal (avec une participation plus forte des femmes que des hommes) et de 60% pour le cancer de l'utérus. Sur 179 personnes de plus de 50 ans ayant répondu à la question « au cours de votre vie, vous êtes-vous déjà fait dépister pour un cancer ? », nous obtenons un taux de réponses positives moyen de 35% (et de 18% pour l'ensemble de l'échantillon, où les jeunes LGBTIQ sont surreprésentés). Nous ne sommes pas en mesure d'expliquer ce différentiel. Sont-ce les personnes LGBTIQ qui se font réellement et significativement moins dépister ? Ou qui ont plus de pratiques à risques, comme cela semble le cas en ce qui concerne les populations des hommes gays et bisexuels et le cancer de la peau (Blashill, 2015) ? Les recherches internationales semblent plutôt insister sur les difficultés relationnelles avec les soignant.e.s et sur les complications dues à des situations discriminatoires qui croiseraient les questions de pauvreté ou de migration, plus que les seules questions LGBTIQ.

Plus encore, la recherche s'est intéressée aux relations de soins. Ainsi, toutes populations LGBTIQ et toutes pathologies confondues, seules 38% des personnes sondées sont régulièrement accompagnées dans leurs parcours de santé. Et la plupart du temps, ce sont les mères qui s'emploient à ce travail de care. Autre chiffre symptomatique : 40% des personnes sondées ne parlent pas de leur orientation sexuelle ou de genre à leur médecin généraliste. Il y a plusieurs raisons à cela : la non-nécessité ressentie d'évoquer ces

questions, la volonté de ne pas en parler continuellement, la gêne ou la honte… Pour les personnes LGBTIQ, la réception des propos intimes et privés par le ou la soignante ne va pas de soi : entre mauvais jugements et incompréhensions (réels ou supposés), l'interaction soignant.e.s / soigné.e.s semble beaucoup plus marquée par des craintes, des silences, des oppositions aussi. Le déploiement d'un marché des réputations (« médecins transfriendly » ; « médecins gayfriendly ») constitue une des réponses apportées par les collectifs LGBTIQ à ces épreuves réelles et/ou appréhendées en régime de santé. Au total, dans notre enquête, 60% des personnes sondées ont eu le sentiment d'avoir été mal à l'aise du fait de leur orientation sexuelle et/ou de genre, devant un.e médecin.

Les témoignages illustrent parfaitement cet embarras. Nous en restituons quelques-uns issus du verbatim de notre questionnaire en ligne.

« Chez le généraliste, j'ai dû insister pour me faire dépister, expliquer que je suis dans une relation non-exclusive et j'ai subi l'étonnement et le jugement du médecin. »

« Aux urgences : on revient de Thaïlande mon copain et moi, et mon copain avait contracté la dengue, et on nous accueille en nous disant : « C'est sûrement le sida »… en 2012 ».

« J'ai dû expliquer à ma psychiatre puis à ma psychologue les raisons de mes épisodes qui ressemblaient à des épisodes dépressifs, j'ai dû faire mon coming-out et ce n'est jamais chose aisée. Ma psychologue m'a demandé si j'aimais les filles par dégout des garçons. Je n'ai pas su quoi répondre, j'étais mal à l'aise et énervée parce que pour moi ce n'était pas une question pertinente. »

« On se fait constamment appeler par son prénom de naissance à voix haute dans les salles d'attente. ».

« Lors des entretiens avec l'urologue pour réaliser une circoncision, il parlait de ma situation en me pensant hétérosexuel (donc homme pénétrant alors que je suis gay et passif), j'étais trop mal à l'aise pour le démentir... ».

D'autres méthodes nous autorisent à poursuivre cette discussion. Les observations réalisées en marge de cette recherche, et communémenent à la recherche « Genre et Cancer » (INCA, 2014-2017), nous permettent également de souligner la dimension fortement interactionnelle des discriminations vécues ou appréhendées :

> *« Sophie a 55 ans. Avec sa compagne elle se rend à l'hôpital pour un cancer du sein qui lui a été diagnostiqué voici quelques jours. Elle annonce sa venue au secrétariat. La secrétaire appelle l'oncologue et prononce ces mots, d'une banalité totale : « Madame X est arrivée. Elle est accompagnée ». Sophie se dirige alors vers la salle s'attente. Quelques minutes plus tard, le médecin ouvre la porte de son cabinet de consultation et dit « Madame et monsieur X, s'il vous plait ». Sophie se lève, ainsi que sa compagne. Mais cette dernière se rassoit après avoir entendu l'appel du médecin. Elle laissera Sophie entrer seule dans le cabinet. Un bref échange de regard, et la porte se referme. Àl'intérieur du cabinet, le médecin l'interroge : « vous n'étiez pas accompagnée ? ». « Si » répond Sophie. « Mais de ma femme, comme l'autre fois. Et vous m'avez appelée comme si ma femme était un homme. Elle est restée à m'attendre ». Elle termine sèchement sa phrase. Visiblement désolé, l'oncologue se confondra en excuses. Il proposa de faire entrer la compagne de Sophie mais*

cette dernière refusa, argumentant qu'après cette consultation elle irait voir « un autre médecin ».

Extrait ethnographique 05 Juin 2017

Une autre piste interprétative pourrait être celle de la relation au genre. Les parcours de santé et les parcours de genre s'entremêlent (Meidani et Alessandrin, 2018) et la cancérologie ne fait pas exception à cela (Lowy, 2013). En effet, toutes les expériences du genre ne se situent pas dans les « normes » attendues. Il faut alors composer avec les discriminations liées à ses caractéristiques identitaires en plus de se confronter aux éventuelles remarques liées à son état de santé. C'est ce qui est arrivé à Maxime, étudiant en première année de licence d'histoire, atteint d'un cancer du système lymphatique (maladie de Hodgkin). Maxime a « toujours su qu'il était gay ». Il ajoute en riant « mais gay et cancéreux, ça fait un peu beaucoup ». Ses rires masquent pourtant une réalité bien connue des homosexuel.le.s : les insultes et discriminations au collège comme au lycée (Dagorn et Alessandrin, 2015). Les coupures relationnelles, Maxime n'a pas attendu la maladie pour les vivre. Mais en première année de licence, il découvre la théorie queer. C'est pour lui « une révélation ». Il s'en inspire pour composer avec les effets de la chimiothérapie. « J'ai pris mon crâne et je l'ai rasé ». Mais il s'en inspire aussi pour utiliser son genre comme levier de résistance : « J'ai aussi arrêté le sport. Je faisais du rugby. J'ai d'un seul coup compris que je n'avais plus à supporter tous ces « pédé » qu'on entend dans les vestiaires et à l'entrainement. J'étais fatigué et je ne pouvais plus m'y rendre régulièrement, donc de toute façon j'aurais arrêté ». Il poursuit : « En lisant des textes queers j'ai surtout compris que le genre c'était une construction sociale et que je n'avais pas besoin de m'affirmer viril, de faire du sport et tout, pour être un mec. » Là encore, le cancer s'éprouve physiquement et laisse ses traces sur le genre. Et là encore, alors qu'il y a de forts processus de stigmatisation, (la crainte d'une déscolarisation qui n'aura pas complétement lieu), le genre apparaît, en creux, comme un recours. Si les exemples donnés dans cet article n'ont de valeur qu'illustrative, ils soulignent cependant une double tendance. En tant qu'il peut être le signe d'une « normalité », le genre est une ressource s'il parvient à être en continuité avec l'existence avant diagnostic. A contrario, le genre s'éprouvera comme une rupture cumulative à celle de la maladie, notamment du point de vue relationnel (perdre des connaissances, perdre des habitudes de vies, de loisirs). De même, en tant qu'élément constitutif de l'identité, le genre est également une ressource. Il engage sa défense et une certaine combativité. La question du cancer dans la population LGBTIQ semble donc suivre les contours d'une analyse genrée et non simplement sexuée des parcours de santé.

CONCLUSION : UN TREMPLIN POUR DE FUTURES RECHERCHES ?

Avec 385.000 nouveaux cas de cancers dépistés en France chaque année selon l'Institut National du Cancer (INCA, 2016), il nous a semblé que le cancer était un bon mètre étalon du rapport contemporain à la santé, aux institutions de santé, à la prévention et aux soins. Maladie de la modernité, le cancer est aussi une préoccupation des politiques de santé. Pour le dire autrement, nous pouvons faire ici l'hypothèse que ce qui n'est pas fait, plus fait, ou mal fait pour telle ou telle population atteinte de cancer, est encore moins bien fait, réalisé, suivi, ailleurs, dans l'ensemble des parcours de santé. Nous espérons, avec ces quelques éléments, avoir réussi à montrer d'une part la potentielle richesse d'un travail interrogeant l'expérience du cancer des personnes LGBTIQ, et d'autre part la pertinence du regard sociologique pour étudier ces problématiques. Plus encore, nous espérons avoir démontré l'urgence d'une recherche qui traiterait spécifiquement de ces populations, en les comparant entre elles, mais aussi en les comparant aux personnes hétérosexuelles et cisgenres, dans

un contexte français dépourvu d'études en la matière. Le questionnaire mis en place pour la recherche Santé LGBTI a montré la multiplicité des identifications des répondant.e.s : 42 identités de genre ont été mentionnées et cette multiplicité ne saurait être contenue dans un acronyme et encore moins dans une seule comparaison « homo / hétéro » ou « cis / trans ». De même, les corps et les identités gays, lesbiennes, bisexuelles, trans et intersexes exigent, pour pouvoir être comparées, une étude non plus exploratoire mais bel et bien probatoire et interdisciplinaire. Sur ces questions comme sur d'autres, l'enjeu d'une lecture par les communautés n'est pas simplement sociographique, ou épidémiologique. Il consiste à ne pas les dépolitiser pour garder l'œil ouvert sur les conditions de mise en visibilité, et d'invisibilité, des catégories de santé.

BIBLIOGRAPHIE

Alessandrin Arnaud, Meidani Anastasia, 2018, « Cancer(s), questions de genre et identités sexuelles », Santé Scolaire et Universitaire (E. Dugas dir.), n.51, pp : 16-20.

Boehmer Ulrike, Elk Ronit, 2015, Cancer and the LGBT Community: Unique Perspectives from Risk to Survivorship, Springer.

Boehmer Ulrike, 2018, « LGBT Populations' Barriers to Cancer Care », Oncology Nursery, vol.34, n.1, pp : 21-29.

Burkhalter Jack, 2010, « Perceived risk for cancer in an urban sexual minority », Journal of Behavior Medecin, vol.34, n.3, pp : 157-169.

Burkhalter Jack et al., 2016, « The National LGBT Cancer Action Plan: A White Paper of the 2014 National Summit on Cancer in the LGBT Communities », LGBT Health. Vol. 3 n.1 pp : 19–31.

Chassain Adrien, Clochec Paulin, Le Meur Chloé, Lenormand Marc, Trégan Marine Trégan, 2016, « Approches expérientielles du fait minoritaire », Tracés. Revue de Sciences humaines [En ligne], n.30.

Cahill Sean, 2018, « Legal and Policy Issues for LGBT Patients with Cancer or at Elevated Risk of Cancer », Oncology Nursery, vol.34, n.1, p : 90-98.

Dagorn Johanna, Alessandrin Arnaud, « La santé des LGBTI à l'école », L'école des parents, 2018; 627: 43-46.

Dagorn Johanna et Arnaud Alessandrin. « Être une fille, un gay, une lesbienne ou un.e trans au collège et au lycée », Le sujet dans la cité, vol. 6, no. 2, 2015, pp. 140-149.

Damaskos P, Amaya B, Gordon R, Walters CB, 2018, « Intersectionality and the LGBT Cancer Patient », Oncology Nursery. Vol.34, n.1, pp : 30-36.

Dubet François, 2001, Sociologie de l'expérience, Seuil.

Jedrzejewki Thibaut, 2016, Enquête Gays et Lesbiennes - Médecine Générale (dir.), INPES.

Laplantine François, 2005, La description ethnographique, Paris, Armand Colin.

Löwy Ilana, 2013, « Le genre du cancer », Clio. Femmes, Genre, Histoire, n.37, pp : 65-83.

Meidani Anastasia et Arnaud Alessandrin, Parcours de santé. Parcours de genre, PUM, 2018.

Meidani Anastasia et Arnaud Alessandrin, « Cancers et transidentités : une nouvelle « population à risques » ? », Sciences sociales et santé, vol. 35, no. 1, 2017, pp. 41-63.

Mensah Nengeh Maria. 2016, « Le témoignage comme stratégie d'intervention sociale et culturelle : l'expérience de personnes vivant avec le VIH/sida », Revue Intervention, 143, 33-48.

Paul Laurie et al. 2014, « Support needs and resources of sexual minority women with breast cancer », psycho-oncology, vol.23, n.5, pp : 578-584.

Peretti-Wattel Patrick, 2001, La société du risque, La découverte.

Quinn Gwendolyn et al., 2015, « Cancer and Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual, and Queer/Questioning Populations (LGBTQ) », Canadian Cancer Journal Clinic, vol. 65, n.5, pp : 384–400.

Quinn Gwendolyne et al. 2015, « The importance of disclosure: lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, queer/questioning, and intersex individuals and the cancer continuum », Cancer, vol 121, n.8, pp : 1160-1163.

Rail Geneviève, 2019, « Queering Cancer », in Genre et Cancer (Meidani et Alessandrin dir.), PUM (à paraître).

Rail Geneviève et al. « Artivisme lesbien et queer en marge du cancer : de l'importance des savoirs subjugués », in Artivisme lesbien à l'ère de la mondialisation (Bourque et Coulombe dir.), Editions dans fin (à paraître).

Richard Gabrielle, « The pedagogical practices of Québec high school teachers relative to sexual diversity », Journal of LGBT Youth, 2015 ;12(2) :113-143.

Toulze Marielle, Meidani Anastasia, 2017, « Santé et discriminations » (dir.), les cahiers de la LCD, n.5.

Ussher Jane et al., 2017, « Let's talk about gay sex : gay and bisexual men's sexual communication with healthcare professionals after prostate cancer », European Journal of Cancer Care, vol 26, n.1.

Ussher Jane et al., 2013, « The experience and construction of changes to women's sexuality after breast cancer », in The Essential Handbook of Women's Sexuality, Praeger.