

**Stigmatisation des minorités sexuelles : un déterminant clef de leur état de santé
(Journée internationale de lutte contre l'homophobie, la transphobie et la biphobie,
17 mai)**

**// Stigma of sexual minorities: A key determinant of their health status
(International Day Against Homophobia, Transphobia and Biphobia, 17 May)**

Coordination scientifique // Scientific coordination

Annie Velter et Nathalie Lydié, Santé publique France, Saint-Maurice

Et pour le Comité de rédaction du BEH : Isabelle Gremy, ORS Île-de-France, Institut Paris-Region, Paris ; Raphaël Andler, Alexia Peyronnet, Hélène Therre, Santé publique France, Saint-Maurice

SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

L'hétéronormativité : un risque pour la santé mentale

// Heteronormativity: A risk for mental healthp. 96

Nathalie Bajos

Directrice de recherche Inserm ; directrice d'études, École des Hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris

ARTICLE // Article

Santé mentale des adultes selon l'orientation sexuelle et violences subies. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017

// Mental health according to sexual orientation and experience of violence among French adults. Results from the 2017 Santé publique France Health Barometer survey.....p. 97

Fabienne El Khoury Lesueur et coll.

Sorbonne université, Inserm UMR S 1136, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique, Équipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES), Paris

ARTICLE // Article

Violences homophobes subies par les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en 2019. Enquête Rapport au sexe

// Homophobic violence against men who have sex with men in 2019. Rapport au Sexe Surveyp. 105

Lucie Duchesne et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Connaissance et acceptation de l'identification sexuelle par les parents : quelles incidences sur la détresse psychologique des femmes cisgenres lesbiennes et bisexuelles ? Enquête Virage LGBT, France, novembre 2015-mars 2016 // Knowledge and acceptance of homo-/bisexual identification by parents: What are the implications for the psychological distress of lesbian and bisexual cisgender women? Virage study, France, November 2015-March 2016.....p. 111

Tania Lejbowicz

Ined, Université Paris Nanterre, Cresspa-GTM, Paris

(Suite page 96)

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Laëtitia Huiart, directrice scientifique, adjointe à la directrice générale de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Biton-Debernardi
Rédactrice : Jocelyne Rajnchapel-Messai
Secrétariat de rédaction : Marie-Martine Khamassi, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thierry Blanchon, Iplesp ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Julie Boudet-Berquier, Santé publique France ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France ; Anne Guinard / Damien Mouly, Santé publique France - Occitanie ; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France ; Philippe Magne, Santé publique France ; Valérie Ollé, Santé publique France ; Alexia Peyronnet, Santé publique France ; Annabel Rigou, Santé publique France ; Hélène Therre, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

ARTICLE // Article

Violences familiales subies par les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes lors du premier confinement lié à l'épidémie de la Covid-19 // Domestic violence suffered by men who have sex with men during the first lockdown related to COVID-19 pandemic.....p. 120

Annie Velter et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

FOCUS // Focus

Encore trop peu d'études françaises rendent compte de la transphobie et de ses conséquences en santé publique // Too few studies report on transphobia and its impacts on public healthp. 128

Annie Velter et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

ÉDITORIAL // Editorial

L'HÉTÉRONORMATIVITÉ : UN RISQUE POUR LA SANTÉ MENTALE

// HETERONORMATIVITY: A RISK FOR MENTAL HEALTH

Nathalie Bajos

Directrice de recherche Inserm ; directrice d'études, École des Hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris

Ce numéro spécial du BEH offre pour la première fois un panorama de la santé mentale des personnes lesbiennes, bissexuelles et gays (LGB) en France au prisme des expériences de stigmatisation auxquelles elles sont confrontées.

Les résultats présentés dans ce numéro permettent non seulement de réactualiser nos connaissances sur ces populations, mais aussi d'interroger précisément les liens complexes entre stigmatisation et santé mentale.

Le constat est sans appel. Malgré des avancées sensibles depuis le début des années 1980 dans la reconnaissance des droits des minorités sexuelles et de genre, les attitudes stigmatisantes et parfois violentes à leur rencontre persistent.

Les autrices et auteurs s'appuient sur des enquêtes récentes qui adoptent des protocoles méthodologiques complémentaires. D'un côté, une enquête aléatoire qui permet d'obtenir des estimateurs représentatifs mais qui portent sur des effectifs réduits de personnes concernées, de l'autre, des enquêtes dites de convenance qui permettent des analyses plus fines en sur-représentant les personnes qui vivent une sexualité minorisée.

Fabienne El Khoury Lesueur et ses collègues plantent le décor à partir de l'analyse des données de l'enquête aléatoire « Baromètre santé 2017 ». Les résultats confirment que les personnes LGB, et surtout les personnes lesbiennes – qui font beaucoup moins l'objet de recherches que leurs homologues masculins – ont un risque accru de connaître un événement dépressif caractérisé et un risque de tentative de suicide deux fois plus élevé que celles et ceux qui ont une sexualité exclusivement hétérosexuelle. Ils montrent également que

l'altération de la santé mentale est due, pour une part importante, aux violences physiques et/ou verbales auxquelles ces personnes s'avèrent particulièrement exposées. L'article de Lucie Duchesne et ses collègues, à partir de l'enquête « Rapport au sexe » (ERAS) menée en 2019 auprès d'hommes, permet d'affiner ces observations en montrant que les insultes et agressions homophobes concernent certains profils sociaux plus que d'autres. Elles sont plus fréquentes envers les jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, qui appartiennent à un milieu populaire ou sont en situation de précarité. L'enquête souligne aussi que les milieux scolaire et familial sont des espaces « à risque d'agression » pour les jeunes. Ce sont d'ailleurs les mêmes groupes sociaux qui ont été le plus souvent confrontés à des violences familiales, majoritairement des violences verbales d'ordre psychologique pendant le premier confinement de la crise du Covid-19, comme en témoigne l'article d'Annie Velter et ses collègues à partir de la même enquête. L'analyse proposée par Tania Lejbowicz, à partir des données de l'enquête Virage-Internet de 2015, permet d'enrichir la compréhension de la moins bonne santé mentale des femmes cisgenres, lesbiennes et bissexuelles. L'auteure se propose d'étudier les liens complexes entre la détresse psychologique et la connaissance et l'acceptation parentale de leur identification sexuelle. Si l'homo-bisexualité est connue, la personne peut subir certaines formes de stigmatisation ; si elle ne l'est pas, des stratégies sont mises en œuvre pour la garder secrète, mais elles peuvent s'avérer coûteuses. L'analyse montre que c'est bien la non acceptation de l'identification sexuelle par les parents qui contribue à altérer l'état de santé mentale de ces femmes. Ces résultats, et ceux de l'enquête ERAS, soulignent le caractère

potentiellement problématique de la sphère familiale, instance de socialisation qui contrôle la sexualité des jeunes, et surtout la sexualité des jeunes femmes, parfois de manière très violente.

De tels résultats ne sont pas sans implications pour l'élaboration des politiques publiques en santé mentale. Les autrices et les auteurs soulignent ainsi la nécessité d'améliorer la prise en charge des personnes LGB confrontées à des difficultés psychologiques, notamment – mais pas seulement – en période de crise sanitaire. Elles et ils insistent également sur la nécessité d'intervenir sur les enjeux structurels de la stigmatisation, stigmatisation qui fonctionne comme un rappel à l'ordre hétérosexuel.

Les analyses présentées dans ce numéro montrent tout l'intérêt de ce type de recherches et invitent à les étendre à d'autres populations, telles que les personnes trans et les personnes non-binaires. Une approche intersectionnelle permettrait en outre

d'appréhender les problèmes de santé mentale comme révélateurs des rapports sociaux de domination qui renvoient simultanément au genre, à la classe sociale et à l'appartenance ethno-raciale. La question des discriminations que subissent ces personnes, notamment dans l'accès à l'emploi, au logement et aux soins devrait aussi être prise en compte dans de telles recherches, pour mieux appréhender la dimension structurelle de l'altération de la santé mentale.

De manière générale, la santé mentale mérite d'être davantage investiguée en lien avec la sexualité. Souvent pensée sur le registre de la psychologie, elle s'avère finalement être un redoutable observatoire sociologique du poids de l'hétéronormativité. ■

Citer cet article

Bajos N. Éditorial. L'hétéronormativité : un risque pour la santé mentale. Bull Epidemiol Hebd. 2021;(6-7):96-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/6-7/2021_6-7_0.html

ARTICLE // Article

SANTÉ MENTALE DES ADULTES SELON L'ORIENTATION SEXUELLE ET VIOLENCES SUBIES. RÉSULTATS DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2017

// MENTAL HEALTH ACCORDING TO SEXUAL ORIENTATION AND EXPERIENCE OF VIOLENCE AMONG FRENCH ADULTS. RESULTS FROM THE 2017 SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER SURVEY

Fabienne El Khoury Lesueur^{1,2} (fabienne.khoury@inserm.fr), Christophe Léon³, Mégane Heron¹, Audrey Sitbon³, Annie Velter³ et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017*

¹ Sorbonne université, Inserm UMR S 1136, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique, Équipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES), Paris

² Cellule épidémiologie, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Paris

³ Santé publique France, Saint-Maurice

* Le groupe Baromètre de Santé publique France 2017 : Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Romain Guignard, Christophe Léon, Viêt Nguyen-Thanh, Anne Pasquereau, Jean-Baptiste Richard, Maëlle Robert.

Soumis le 06.12.2019 // Date of submission: 12.06.2019

Résumé // Abstract

Introduction – Les personnes lesbiennes, gays, et bisexuelles (LGB) sont souvent stigmatisées et exposées à diverses formes de discrimination et violences hétérosexistes. L'expérience de violences est associée à un risque accru de troubles mentaux et de comportements suicidaires.

Méthodes – Le Baromètre de Santé publique France 2017 est une enquête téléphonique qui a permis d'interroger un échantillon représentatif de l'ensemble des personnes âgées de 18 à 75 ans vivant en France métropolitaine. Quatre indicateurs de santé mentale survenus dans l'année sont examinés : a) l'épisode dépressif caractérisé (EDC) ; b) les symptômes dépressifs actuels ; c) les idées suicidaires et d) les tentatives de suicide. Nous utilisons des modèles de régressions logistiques multivariés pour étudier l'association entre l'orientation sexuelle et chacun des indicateurs de santé mentale, ainsi que le lien entre orientation sexuelle et les violences physiques et/ou verbales subies l'année précédant l'étude. Dans un deuxième temps nous quantifions l'intensité de l'effet médiateur de l'exposition aux violences subies dans l'association entre l'orientation sexuelle et les symptômes dépressifs actuels.

Résultats – Selon le Baromètre de Santé publique France 2017, les personnes LGB sont davantage concernées par les troubles de santé mentale : le risque d'EDC, de pensées suicidaires et de tentative de suicide

est multiplié au moins par 2 par rapport à la population de personnes hétérosexuelles. Elles sont aussi plus à risque d'être victimes de violences physiques et/ou verbales l'année précédant l'enquête. Les analyses de médiation montrent que les violences vécues expliquent 25% d'avoir des symptômes dépressifs actuels chez les personnes LGBT par rapport aux personnes hétérosexuelles.

Discussion – Nos résultats soulignent l'importance des initiatives qui luttent d'une manière structurelle contre les violences et les discriminations envers les personnes LGBT afin de prévenir des problèmes de santé mentale dans cette population.

Introduction – *Lesbian, gay, and bisexual (LGB) individuals often suffer from stigma, and are exposed to various forms of discrimination and heterosexist violence. This experience of violence is associated with an increased risk of mental health disorders and suicidal behaviors.*

Methods – *The 2017 Santé publique France Health Barometer is a telephone survey, which recruited a representative sample of all French-speaking residents in metropolitan France aged 18 to 75. Four mental health indicators occurring in the preceding year are examined: a) having experienced a major depressive episode (MDE), b) current depressive symptoms, c) suicidal ideation, and d) suicide attempts. Multivariate logistic regression models were used to investigate the association between sexual orientation and each of the mental health indicators, as well as the relationship between sexual orientation and physical and/or verbal abuse experienced in the year preceding the study. We also quantify the mediating effect of exposure to violence in the association between sexual orientation and current depressive symptoms.*

Results – *In our study, LGB individuals are more likely to have experienced each of the mental health outcomes: their risk of experiencing MDE, suicidal ideations, and suicide attempts is at least twice as high as that of the heterosexual population. They are also more likely to be victims of physical and/or verbal violence in the year preceding the survey. Mediation analyses show that experience of violence explains 25% of the increased risk of current depressive symptoms in LGB people compared to heterosexuals.*

Discussion – *Our results highlight the importance of structural initiatives, which combat violence and discrimination against LGB individual, in order to prevent mental health problems in this population.*

Mots-clés : Personnes lesbiennes, gays et bisexuelles, Santé mentale, Violence subie, Analyse de médiation
// Keywords: Lesbian, gay, and bisexual individuals, Mental health, Experience of violence, Mediation analyses

Introduction

Malgré des avancées sociales et législatives, particulièrement dans les pays européens comme la France, les personnes lesbiennes, gays, et bisexuelles (LGB) sont toujours stigmatisées et exposées à diverses formes de discrimination et violences hétérosexistes^{1,2}. Ainsi les personnes LGBT sont victimes d'un continuum de violences depuis leur enfance³, notamment des violences verbales, se traduisant par des propos dévalorisants, humiliants et insultants, mais aussi des violences physiques^{4,5}.

Dans l'enquête sur la discrimination et les violences faites à l'égard des personnes LGBT en Europe réalisée par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne en 2012, près de la moitié des répondants (47%) ont déclaré avoir été victimes de discriminations ou de harcèlements liés à leur orientation sexuelle au cours de l'année précédant l'enquête⁶. De plus, un quart des personnes interrogées ont rapporté avoir été victimes d'agressions ou de menaces de violences au cours des cinq dernières années.

Cette expérience de discriminations et de violences subies est associée à la présence de symptômes d'anxiété et/ou des symptômes dépressifs⁷. En effet, plusieurs études ont montré que les personnes LGBT souffrent de manière disproportionnée de troubles de santé mentale comme l'anxiété, la dépression et les comportements suicidaires^{8,9}.

À partir du modèle de stress minoritaire (*minority stress model*)¹⁰, Meyer explique une plus grande prévalence des problèmes de santé mentale chez les LGBT par rapport aux hétérosexuels par le stress supplémentaire vécu par cette population dite minoritaire. Ce stress excédentaire, ou stress minoritaire, comprend les préjugés, le rejet, la stigmatisation et la discrimination hétérosexiste subie, mais aussi perçus comme l'anticipation d'évènements stressants.

Quelques études ont déjà examiné l'effet des violences et discriminations subies sur le sur-risque d'avoir des troubles de santé mentale chez les personnes LGBT, en revanche, les études basées sur un échantillon représentatif de la population générale sont peu nombreuses. De plus, malgré d'importantes différences observées entre les deux sexes concernant la prévalence des indicateurs de santé mentale¹¹, l'association entre l'orientation sexuelle et ces troubles est rarement étudiée en distinguant les sexes.

Dans cette analyse, nous estimons la prévalence des symptômes dépressifs et des conduites suicidaires selon l'orientation sexuelle parmi les adultes résidant en France métropolitaine en 2017. Nous regardons aussi l'effet des violences subies au cours des 12 derniers mois entre l'orientation sexuelle et les symptômes dépressifs actuels. Toutes les analyses sont stratifiées selon le sexe.

Méthodes

Sources de données

Le Baromètre de Santé publique France 2017 est une enquête téléphonique réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans, résidant en France métropolitaine et parlant le français. Cette enquête transversale répétée a pour objectif d'étudier les comportements, perceptions et opinions en matière de santé de la population adulte résidant en France métropolitaine. Le protocole détaillé de l'enquête et le questionnaire sont disponibles par ailleurs¹².

Les données du Baromètre de Santé publique France 2017 ont été pondérées en fonction du nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage, puis redressées sur la structure de la population issue de l'Enquête Emploi 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Variabiles

Orientation sexuelle

La variable d'exposition de l'étude est l'orientation sexuelle des répondants. Cette variable a été définie à partir de deux questions :

- 1) le sexe des partenaires sexuels au cours de la vie (selon que la personne interrogée soit un homme ou une femme) : « *Au cours de votre vie, avez-vous eu des rapports sexuels... uniquement avec des hommes/femmes ? ; avec des femmes et des hommes ? ; uniquement avec des hommes/femmes ? ; vous n'avez jamais eu de rapport sexuels* » ;
- 2) l'auto-identification de son orientation sexuelle (selon que la personne interrogée soit un homme ou une femme) : « *Aujourd'hui, vous vous définissez comme... hétérosexuel ? ; homosexuel, gay/homosexuelle lesbienne ? ; bisexuel(le) ? ; vous ne vous définissez pas par rapport à votre sexualité* ». Cette seconde question (sur l'auto-identification) était posée aux personnes n'ayant pas eu de rapports sexuels exclusivement avec des personnes de sexe différent au cours de leur vie, ou à celles ayant déjà été attirées par le sexe opposé.

À partir de ces deux questions, trois catégories d'orientation sexuelle ont ainsi pu être distinguées :

- a) les personnes hétérosexuelles : qui ont eu exclusivement des rapports sexuels avec des personnes du sexe opposé au cours de leur vie, et/ou se définissent comme hétérosexuelles ;
- b) les personnes bisexuelles : qui ont eu des rapports sexuels avec des personnes des deux sexes au cours de leur vie, et/ou se définissent comme telles.
- c) les personnes homosexuelles (lesbiennes/gays) : qui ont eu exclusivement des rapports sexuels avec des personnes du même sexe durant leur vie.

Violences subies

Les violences subies sont décrites par deux questions :

- 1) « *Ces 12 derniers mois, avez-vous été victime de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidation ?* » ;
- 2) « *Ces 12 derniers mois, avez-vous été frappé ou blessé physiquement par une ou plusieurs personnes, en dehors d'une agression sexuelle ?* ». L'indicateur sur les violences subies (variable médiatrice dans l'analyse de médiation) recoupe au moins un des deux critères émanant de ces deux questions.

Troubles mentaux

Quatre troubles mentaux sont examinés :

- a) l'épisode dépressif caractérisé (EDC) survenu dans l'année, qui s'appuie sur la version courte du questionnaire *Composite International Diagnostic Interview – Short Form (CIDI-SF)*¹³ ;
- b) les symptômes dépressifs actuels qui correspondent aux personnes ayant rapportées s'être senties, pendant au moins deux semaines consécutives au cours des 12 derniers mois, tristes, déprimées, sans espoir, et/ou ayant perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui leur donnent habituellement du plaisir, et ayant répondu positivement à la question : « *Est-ce que ces problèmes durent encore aujourd'hui ?* » ;
- c) les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, à partir de la question : « *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?* » ;
- d) les tentatives de suicide au cours de l'année à partir de deux questions : « *Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?* » et, si oui, « *Cette tentative a-t-elle eu lieu au cours des 12 derniers mois* ».

Covariabiles

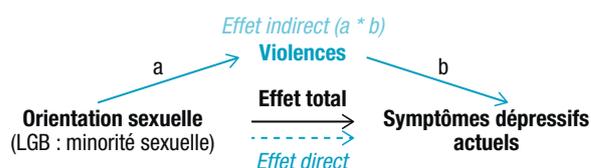
Nous avons recueilli des données sur des facteurs de risque – liés à un risque plus important d'avoir des symptômes dépressifs et des conduites suicidaires – afin de les prendre en compte dans les analyses multivariées¹⁴⁻¹⁶. Ces facteurs sont : le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, la nationalité (française de naissance, par acquisition ou étrangère), et la vie en couple. Néanmoins, nous avons essayé de limiter le biais dit de collision (*collider bias*)¹⁷ en ne prenant pas en compte les variables susceptibles d'être influencées de manière causale par les violences subies ou par les problèmes de santé mentale, par exemple des variables comme le tabagisme ou la consommation d'alcool¹⁸.

Analyses

Les prévalences de chaque indicateur de santé mentale, ainsi que la distribution des violences subies et des covariabiles sont présentées selon l'orientation sexuelle et le sexe. Nous avons utilisé des modèles de régression logistique multivariés prenant en

Figure 1

Analyse de médiation



LGB : personnes lesbiennes, gays ou bisexuelles.

compte comme facteur d'ajustement les covariables afin d'étudier les liens entre l'orientation sexuelle et les quatre troubles mentaux.

Nous avons également examiné l'effet médiateur des violences subies dans l'année dans l'association entre l'orientation sexuelle et les symptômes dépressifs actuels dans des modèles d'analyse de médiation dans le cadre contrefactuel^{19,20}. L'analyse de médiation permet de distinguer, dans l'association entre l'exposition (orientation sexuelle) et la variable d'intérêt (symptômes dépressifs actuels), ce qui est directement imputable à l'exposition (effet direct) et ce qui relève plutôt de l'intervention d'un facteur intermédiaire (effet indirect de la variable médiatrice) (figure 1).

Pour cette analyse la variable orientation sexuelle a été codée en binaire. Cette analyse décompose alors l'effet total de l'orientation sexuelle sur le risque d'avoir des symptômes dépressifs actuels en effet direct et indirect. Trois autres conditions sont nécessaires pour les analyses de médiation :

- que l'exposition (orientation sexuelle) soit significativement associée à l'indicateur de santé mentale (symptômes dépressifs actuels) ;
- que l'exposition soit significativement associée au médiateur (violences subies) ;
- et que le médiateur soit significativement associé à l'indicateur de santé mentale.

La première condition étant remplie dans la première partie des analyses, nous avons également utilisé des modèles logistiques ajustés sur les covariables (multivariés) pour vérifier les conditions b et c.

Toutes les analyses ont été menées à l'aide du logiciel SAS[®] 9.4. L'analyse de médiation, schématisée dans la figure 1, a été réalisée à l'aide de la macro SAS[®] « % médiation » développée par Valeri et VanderWeele²¹. Cette macro nécessite que l'exposition (orientation sexuelle), la variable de médiation (violences subies) et la variable d'intérêt soient dichotomiques. Toutes les analyses ont été stratifiées selon le sexe.

Résultats

L'échantillon du Baromètre de santé publique France 2017 comprenait 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans. Au total, 25 094 personnes ont accepté de répondre aux questions concernant leur orientation sexuelle : 95,6% d'entre elles ont été classées dans la catégorie des personnes hétérosexuelles, 1,2% dans celle des personnes gays ou lesbiennes, et 3,2% en

tant que personnes bisexuelles. Les caractéristiques de cette population sont décrites dans le tableau 1.

Par rapport aux hétérosexuels, les lesbiennes/gays et les bisexuels étaient plus à risque d'avoir des indicateurs de santé mentale dégradés, les lesbiennes étant les plus à risque d'avoir une santé mentale plus dégradée (tableau 1).

Chez les femmes, la prévalence des EDC dans l'année et des symptômes dépressifs actuels est deux fois plus importante chez les bisexuelles ou lesbiennes que chez les hétérosexuelles (respectivement 13,4% vs 7,8% et 24,0% vs 12,6%) tout comme la prévalence des pensées suicidaires (13,0% vs 5,0%). Enfin, la prévalence de tentative de suicide au cours de l'année dernière est plus de trois fois plus importante chez les lesbiennes ou bisexuelles que chez les hétérosexuelles (1,8% vs 0,4%).

Chez les hommes également, les prévalences des symptômes dépressifs actuels (8,3% vs 3,6%), de l'EDC (15,5% vs 6,0%), et des idées suicidaires (9,5% vs 3,7%) sont plus de deux fois plus importantes chez les gays ou bisexuels que chez les hétérosexuels. De même, 0,9% des gays et bisexuels rapportent avoir fait une tentative de suicide l'année dernière contre 0,3% des hétérosexuels.

Ces différences sont statiquement significatives même après ajustement sur l'âge, le niveau d'étude, la nationalité et le fait de vivre en couple (tableau 2).

Association entre violences subies et orientation sexuelle et indicateurs de santé mentale

Après ajustement sur les covariables, par rapport aux personnes hétérosexuelles, les personnes LGB étaient plus à risque d'être victimes de violences verbales et/ou physiques dans l'année (Odds ratio ajusté, ORa=2,12 ; intervalle de confiance à 95%, IC95%: [1,84-2,45]).

Les violences subies étaient aussi significativement associées à un risque accru d'avoir des troubles de santé mentale dans les analyses logistiques multivariées, spécifiquement concernant les symptômes dépressifs actuels (tableau 3). Ainsi les conditions étaient remplies pour réaliser l'analyse de médiation.

Analyse de médiation

Après prise en compte des violences subies et des covariables, l'effet direct de l'orientation sexuelle sur les symptômes dépressifs actuels dans l'analyse de médiation apparaît significatif (OR=1,67 [1,36-2,05]). L'effet indirect de l'orientation sexuelle sur les symptômes dépressifs actuels *via* les violences subies au cours de l'année est également significatif (OR=1,14 [1,10-1,18]) indiquant que, par rapport aux hétérosexuels, un quart de sur-risque d'avoir des symptômes dépressifs actuels chez les individus LGB s'expliquerait par le fait d'avoir subi des violences au cours des 12 derniers mois (proportion médiée = 25,4%). L'effet indirect des violences subies est plus importante chez les hommes (proportion médiée = 33%) que chez les femmes (proportion médiée = 22%) (figure 2).

Tableau 1

Caractéristiques des personnes selon l'orientation sexuelle, analyses univariées, selon le sexe, chez les 18-75 ans, en 2017, en France métropolitaine (n=25 094, pourcentages pondérés)

		Femmes (n= 13 584 ; 51,5%)			Hommes (n=11 510 ; 48,5%)		
		Hétérosexuelles (n=12 983, 95,6%)	Lesbiennes (n=87, 0,7%)	Bisexuelles (n= 514, 3,8%)	Hétérosexuels (n=10 941, 95,7%)	Gays (n=241, 1,7%)	Bisexuels (n=328, 2,6%)
Caractéristiques							
Âge >35	Non	28,9%	52,3%	53,2%	30,3%	52,1%	35,7%
	Oui	71,1%	47,7%	46,8%	69,7%	47,9%	64,3%
Diplôme	<Bac+3	81,6%	82,7%	72,5%	82,8%	73,4%	73,4%
	≥Bac+3	18,4%	17,3%	27,5%	17,2%	26,6%	26,6%
Nationalité	Etrangère	11,3%	5,9%	7,3%	11,7%	4,4%	8,2%
	Française de naissance	88,7%	94,1%	92,7%	88,3%	95,6%	91,8%
Vit en couple	Non	36,1%	57,9%	57,8%	33,9%	66,2%	50,8%
	Oui	63,9%	42,1%	42,2%	66,1%	33,8%	49,2%
Exposition							
Violences physiques et/ou verbales dans l'année	Oui	12,7%	32,1%	24,3%	12%	25,9%	24,8%
Indicateurs de santé mentale							
EDC dans l'année	Oui	12,6% [12-13,2]	28% [18,6-37,5]	23,3% [19,5-27,1]	6% [5,5-6,4]	14,5% [9,8-19,3]	16,1% [12,1-20,1]
Symptômes dépressifs actuels	Oui	7,8% [7,3-8,3]	17,1% [9,2-25]	12,7% [9,7-15,7]	3,6% [3,3-4]	7% [3,6-10,5]	9,2% [6-12,4]
Idées suicidaires dans l'année	Oui	5% [4,7-5,4]	16,2% [8,4-23,9]	12,4% [9,5-15,4]	3,7% [3,4-4,1]	7,8% [4,2-11,4]	10,7% [7,3-14,1]
Tentative de suicide dans l'année	Oui	0,4% [0,3-0,5]	0% [-]	2,2% [0,9-3,5]	0,3% [0,2-0,4]	1,3% [0,0-2,9]	0,7% [0,0-1,6]

EDC : épisode dépressif caractérisé.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Tableau 2

Associations entre l'orientation sexuelle et l'état de santé mentale selon le sexe, chez les 18-75 ans, en 2017, France métropolitaine

Troubles mentaux	Orientation sexuelle	ORa [IC95%] *		
		Total	Femme	Homme
Symptômes dépressifs actuels	Lesbiennes/gays vs hétérosexuel(le)	1,99 [1,35-2,95]	2,32 [1,31-4,11]	1,82 [1,06-3,13]
	Bisexuel(le)s vs hétérosexuel(le)	1,90 [1,51-2,40]	1,70 [1,28-2,26]	2,66 [1,79-3,95]
EDC dans l'année	Lesbiennes/gays vs hétérosexuel(le)	2,29 [1,69-3,10]	2,42 [1,51-3,89]	2,17 [1,46-3,22]
	Bisexuel(le)s vs hétérosexuel(le)	2,12 [1,76-2,54]	1,92 [1,54-2,40]	2,72 [1,99-3,73]
Idées suicidaires dans l'année	Lesbiennes/gays vs hétérosexuel(le)	2,26 [1,53-3,32]	3,33 [1,85-5,98]	1,78 [1,06-3,00]
	Bisexuel(le)s vs hétérosexuel(le)	2,56 [2,03-3,21]	2,44 [1,83-3,26]	2,80 [1,92-4,06]
Tentative de suicide dans l'année	Lesbiennes/gays vs hétérosexuel(le)	2,48 [0,75-8,23]	0,00 [0,00]	4,10 [1,18-14,3]
	Bisexuel(le)s vs hétérosexuel(le)	3,91 [2,13-7,20]	4,61 [2,31-9,21]	2,27 [0,56-9,27]

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; * ORa : Odds ratio ajusté sur le sexe (uniquement pour la population totale), l'âge, le diplôme, la nationalité et vivre en couple ; EDC : épisode dépressif caractérisé.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Tableau 3

Association entre les violences subies (physique et/ou verbale) et l'état de santé mentale, selon le sexe, chez les 18-75 ans, en 2017, France métropolitaine

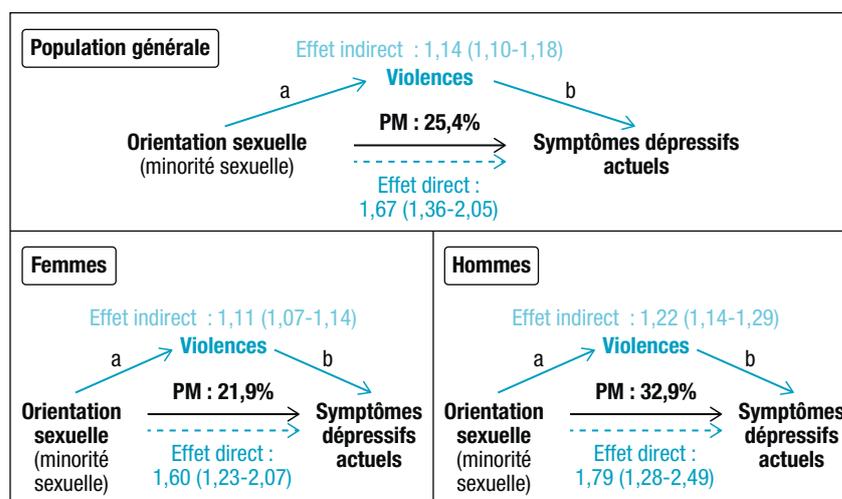
Troubles mentaux	Violences subies	ORa [IC95%] *		
		Total	Femme	Homme
Symptômes dépressifs actuels	Oui vs non	3,01 [2,66-3,39]	2,64 [2,27-3,07]	3,83 [3,14-4,68]
EDC dans l'année	Oui vs non	3,33 [3,02-3,67]	3,12 [2,76-3,53]	3,72 [3,16-4,38]
Idées suicidaires dans l'année	Oui vs non	3,43 [3,01-3,91]	3,72 [3,14-4,40]	3,05 [2,48-3,74]
Tentative de suicide dans l'année	Oui vs non	3,85 [2,54-5,84]	4,60 [2,74-7,71]	2,85 [1,40-5,79]

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; * ORa : Odds ratio ajusté sur le sexe (uniquement pour la population totale), l'âge, le diplôme, la nationalité et vivre en couple ; EDC : épisode dépressif caractérisé.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Figure 2

Résultats des analyses de médiation. Baromètre de Santé publique France 2017



PM : proportion médiée.

Discussion

En France, les personnes LGB sont plus à risque d'être victimes de violences physiques et verbales par rapport aux personnes hétérosexuelles. Elles sont aussi plus à risque d'avoir des troubles dépressifs, et elles ont un risque suicidaire plus élevé, même après ajustement sur plusieurs facteurs potentiels de confusion, les lesbiennes étant les plus touchées. Nos résultats montrent aussi que les violences subies contribuent au sur-risque de symptômes dépressifs chez les personnes LGB par rapport aux personnes hétérosexuelles. Ces résultats soulignent l'importance des initiatives qui luttent contre les violences et la discrimination hétérosexistes.

Interprétation

Le risque accru de troubles dépressifs et de comportements suicidaires chez les personnes LGB est bien documenté dans la littérature internationale^{8,9}, mais très peu en France avec des données anciennes et parcellaires²². Dans notre étude, la prévalence des troubles de santé mentale est plus élevée pour les personnes LGB que pour celles hétérosexuelles, confirmant les études antérieures²². Et,

plus particulièrement, on observe chez les lesbiennes des prévalences de troubles dépressifs et d'idées suicidaires plus élevées que les autres femmes bisexuelles ou hétérosexuelles, à l'instar des résultats de l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) de 2006 qui montraient un risque très augmenté d'état dépressif chronique pour les femmes ayant eu des partenaires de même sexe²³. Selon le type de troubles, le risque peut être multiplié de 2 à 4 pour les personnes LGB par rapport à celles hétérosexuelles. Ainsi, les hommes homosexuels ont un risque de tentative de suicide dans l'année 4 fois plus grand que les hommes hétérosexuels, et de même pour les femmes bisexuelles par rapport aux femmes hétérosexuelles. Cette sur-suicidalité marquée est conforme aux études françaises et étrangères antérieures²².

Par ailleurs, bien que l'indicateur sur les violences physiques et/ou verbales dans l'année ne permette pas d'isoler les violences liées à l'orientation sexuelle, la prévalence de ces actes reste plus importante pour les personnes LGB que pour les personnes hétérosexuelles. Aussi, notre étude permet d'examiner l'effet potentiel des violences subies qui expliqueraient, au moins en partie, les sur-risques des troubles dépressifs et comportements suicidaires.

Les comportements intimidants et les violences verbales ou physiques auraient des effets néfastes sur le bien-être, la santé mentale et la satisfaction de la vie des membres de minorités sexuelles^{1,3}. Selon le modèle de stress minoritaire¹⁰, la violence subie, même lorsqu'elle n'est pas explicite ou ouvertement agressive, peut rappeler aux victimes leur appartenance à un groupe minoritaire stigmatisé, créant un climat anxiogène. De plus, en subissant une des violences et, dans la plupart des cas, des violences réitérées, les personnes LGBTQ développent des sentiments négatifs et sont conditionnées à s'attendre à des discriminations et à un rejet pouvant entraîner une augmentation de la dépression et du risque suicidaire²⁴. Des auteurs stipulent aussi que l'effort nécessaire pour faire face à la stigmatisation au fil du temps épuiserait les ressources psychologiques des individus, entraînant un plus grand risque de dérégulation émotionnelle et des problèmes de santé mentale²⁵.

Nous avons choisi les symptômes dépressifs actuels pour l'analyse de médiation pour plus de certitude de la temporalité des événements (violences subies avant l'indicateur de santé mentale). Ainsi, les violences subies l'année précédant l'enquête expliquent une proportion plus importante du lien entre l'orientation sexuelle et les symptômes dépressifs actuels chez les hommes que chez les femmes (proportion médiée de 33% chez les hommes contre 22% chez les femmes). Cela pourrait être expliqué par des violences plus explicites et/ou plus importantes envers les hommes homosexuels ou bisexuels par rapport aux violences subies par les lesbiennes ou les bisexuelles. La non-conformité aux stéréotypes de genre, très fréquentes chez les hommes homosexuels et bisexuels, et certaines représentations stéréotypées des homosexuels masculins, pourraient engendrer des discriminations plus violentes chez les hommes bisexuels et gays par rapport aux femmes bisexuelles et lesbiennes^{26,27}. Il est également possible que les femmes soient confrontées à d'autres facteurs de stress dans la vie quotidienne, tels que les discriminations et violences sexistes, indépendamment de l'orientation sexuelle, qui contribuent d'une manière plus substantielle à la détresse mentale²⁸.

Limites

L'étude comporte plusieurs limites. L'orientation sexuelle a été définie ici à partir des comportements sexuels et de l'auto-identification rapportés par les répondants. Or, l'orientation sexuelle est complexe à mesurer, recoupant de multiples dimensions. L'identité sexuelle ne se recoupe pas forcément avec les pratiques sexuelles ni avec l'attirance sexuelle²⁹; la définition de l'orientation sexuelle aurait un impact sur le risque suicidaire puisque l'auto-identification serait davantage liée à la présence d'idées suicidaires que le comportement sexuel³⁰. De plus, nous n'avons pas collecté d'informations sur les expériences antérieures de violences, en particulier à l'adolescence. Ces violences au jeune âge, qui sont souvent récurrentes, pourraient affecter

la santé mentale tout au long de la vie³¹. D'ailleurs, la variable médiatrice proposée (les violences verbales et/ou physiques) n'est pas spécifique aux violences liées à l'orientation sexuelle des personnes, et nous n'avons pas de données sur le contexte des violences rapportées. Cependant, il est très probable que le taux élevé de violences à l'égard des personnes LGBTQ par rapport aux hétérosexuels (même après ajustement sur plusieurs covariables) soit directement lié à l'orientation sexuelle. En outre, quel que soit le type de violence subie, même non hétérosexiste, elle pourrait être ressentie différemment par les membres de la minorité sexuelle par rapport aux hétérosexuels, en raison notamment de l'accumulation d'expériences négatives au cours de la vie. De plus, nous ne pouvons pas exclure les biais de mémorisation, qui auraient particulièrement résulté en une sous-déclaration des violences subies. Nos données n'ont pas permis d'identifier les personnes intersexuées ou transsexuelles qui sont également victimes de stigmatisation et de violences, et risquent donc de souffrir de problèmes de santé mentale. D'autres études sur ce sujet sont donc nécessaires. Enfin, nous n'avons pas pu inclure d'autres covariables comme par exemple la zone de résidence (urbain vs rural notamment), ainsi que d'autres facteurs de médiation potentielle comme l'usage de substances ou les violences sexuelles qui nécessiteront des analyses plus complexes répondant à d'autres questions de recherche.

Implication

Notre étude s'ajoute au nombre important d'études qui soulignent l'importance d'intensifier les efforts pour lutter contre les violences hétérosexistes, d'offrir un meilleur accompagnement et d'améliorer la prise en charge psychologique des personnes LGBTQ. Nos résultats encouragent également les professionnels de santé, en particulier dans le domaine de la santé mentale, à prendre en compte l'effet des violences subies par des personnes LGBTQ. Les politiques publiques visant à réduire structurellement la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes LGBTQ pourraient avoir un impact significatif sur la santé mentale et le bien-être de cette population.

Notre étude souligne aussi le besoin de mieux étudier l'effet des violences hétérosexistes, l'intersection des différents types de discriminations (hétérosexistes, racistes, sexistes, etc.) au cours de la vie sur la santé mentale, ainsi que la nécessité de mettre en place des interventions qui prennent en compte les psychotraumatismes résultant de ces violences. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs et autrices déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Bränström R. Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction among sexual minorities across 28 European countries Richard Bränström. *Eur J Public Health*. 2017;27(suppl_3). https://academic.oup.com/eurpub/article/27/suppl_3/ckx187.045/4556016

- [2] Organisation de coopération et de développement économiques. Le défi LGBT : comment améliorer l'intégration des minorités sexuelles et de genre ? In: Panorama de la société 2019. Les indicateurs sociaux de l'OCDE. Paris: Éditions OCDE. 2019;13-60. <https://doi.org/10.1787/764772bf-fr>
- [3] Petrou P, Lemke R. Victimization and life satisfaction of gay and bisexual individuals in 44 European countries: The moderating role of country-level and person-level attitudes towards homosexuality. *Cult Health Sex*. 2018;20(6):640-57.
- [4] Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. *Acquis des sciences sociales et perspectives*. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, coll. Santé en action. 2010. 112 p.
- [5] Bagshaw DM. Verbal abuse and adolescent identities: marking the boundaries of gender [PhD Thesis]. University of Melbourne, School of Behavioural Science and School of Social Work; 2004.
- [6] Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA). Enquête sur les personnes LGBT dans l'UE. FRA; 2014. <https://fra.europa.eu/fr/publication/2014/enquete-sur-les-personnes-lgbt-dans-lue-enquete-sur-les-personnes-les-biennes-gays>
- [7] Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL, West BT, McCabe SE. Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Orthopsychiatry*. 2014;84(1):35-45.
- [8] Plöderl M, Tremblay P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(5):367-85.
- [9] King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008;8(1):70.
- [10] Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674-97.
- [11] Riecher-Rössler A. Sex and gender differences in mental disorders. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(1):8-9.
- [12] Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C, Robert M, et al. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. 24 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-2017-methode>
- [13] Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen HU. The World Health Organization composite international diagnostic interview short-form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res*. 1998;7(4):171-185.
- [14] Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bull Epidemiol Hebd*. 2011;(47-48):488-492. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/tentatives-de-suicide-et-pensees-suicidaires-en-france-en-2010>
- [15] Dalglish SL, Melchior M, Younes N, Surkan PJ. Work characteristics and suicidal ideation in young adults in France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(4):613-20.
- [16] Levecque K, Van Rossem R. Depression in Europe: Does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethn Health*. 2015;20(1):49-65.
- [17] Greenland S. Quantifying biases in causal models: Classical confounding vs collider-stratification bias. *Epidemiology*. 2003;14(3):300-6.
- [18] Richiardi L, Bellocco R, Zugna D. Mediation analysis in epidemiology: Methods, interpretation and bias. *Int J Epidemiol*. 2013;42(5):1511-9.
- [19] VanderWeele TJ, Vansteelandt S. Odds ratios for mediation analysis for a dichotomous outcome. *Am J Epidemiol*. 2010;172(12):1339-48.
- [20] VanderWeele TJ. *Explanation in causal inference: Methods for mediation and interaction*. Oxford University Press; 2015. 706 p.
- [21] Valeri L, VanderWeele TJ. Mediation analysis allowing for exposure-mediator interactions and causal interpretation: Theoretical assumptions and implementation with SAS and SPSS macros. *Psychol Methods*. 2013;18(2):137-50.
- [22] Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. *Acquis des sciences sociales et Perspectives*. [Nouvelle édition 2014]. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, coll. Santé en action. 2014. 140 p.
- [23] Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ, Michaels S; CSF Group. A multidimensional measure of sexual orientation, use of psychoactive substances, and depression: Results of a national survey on sexual behavior in France. *Arch Sex Behav*. 2014;43(3):607-19.
- [24] Burton CM, Marshal MP, Chisolm DJ, Sucato GS, Friedman MS. Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: A longitudinal analysis. *J Youth Adolesc*. 2013;42(3):394-402.
- [25] Hatzenbuehler ML. How does sexual minority stigma "Get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychol Bull*. 2009;135(5):707-30.
- [26] Gordon AR, Meyer IH. Gender nonconformity as a target of prejudice, discrimination, and violence against LGB individuals. *J LGBT Health Res*. 2007;3(3):55-71.
- [27] Roberts AL, Rosario M, Corliss HL, Koenen KC, Austin SB. Elevated risk of posttraumatic stress in sexual minority youths: Mediation by childhood abuse and gender nonconformity. *Am J Public Health*. 2012;102(8):1587-93.
- [28] European Union Agency for Fundamental rights. *Violence against women: An EU-wide survey. Main results*. Vienna: FRA, European Union Agency for Fundamental Rights; 2014. 200 p. <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
- [29] Lhomond B. Le Sens de la mesure Le nombre d'homosexuel/les dans les enquêtes sur les comportements sexuels et le statut de. *Sociologie et sociétés*. 1997;29(1):61-69.
- [30] Zhao Y, Montoro R, Igartua K, Thombs BD. Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting "unsure" sexual identity or heterosexual identity plus same-sex attraction or behavior: Forgotten groups? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(2):104-13.
- [31] Mustanski B, Andrews R, Puckett JA. The effects of cumulative victimization on mental health among lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents and young adults. *Am J Public Health*. 2016;106(3):527-33.

Citer cet article

El Khoury Lesueur F, Léon C, Heron M, Sitbon A, Velter A ; le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Santé mentale des adultes selon l'orientation sexuelle et violences subies. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bull Epidemiol Hebd*. 2021;(6-7):97-104. http://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2021/6-7/2021_6-7_1.html

VIOLENCES HOMOPHOBES SUBIES PAR LES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES EN 2019. ENQUÊTE RAPPORT AU SEXE

// HOMOPHOBIC VIOLENCE AGAINST MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN 2019. RAPPORT AU SEXE SURVEY

Lucie Duchesne (lucie.duchesne@santepubliquefrance.fr), Nathalie Lydié, Annie Velter

Santé publique France, Saint-Maurice

Soumis le 12.12.2019 // Date of submission: 12.12.2019

Résumé // Abstract

Malgré des avancées récentes dans la reconnaissance des droits des minorités sexuelles et de genre, les attitudes violentes et discriminatoires à leur rencontre persistent. L'objectif de cet article est de mesurer la part des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) victimes d'actes homophobes au cours des 12 mois précédant l'enquête, qu'il s'agisse d'injures ou d'agressions physiques, et de décrire leurs caractéristiques ainsi que les facteurs associés au fait d'avoir vécu ces actes. Les données sont issues de l'enquête Rapport au sexe (ERAS), enquête transversale en ligne, anonyme et auto-administrée, basée sur le volontariat et réalisée auprès des HSH en 2019.

Au total, 23 777 hommes ont été inclus dans l'analyse. Au début de l'année 2019, 28% des HSH interrogés déclaraient avoir été victimes d'injures à caractère homophobe et 5% avaient été agressés physiquement au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ces actes s'étaient déroulés préférentiellement dans les lieux publics, suivis par les lieux de travail et d'études et au sein de la famille. Quel que soit le contexte, les facteurs associés au fait d'avoir subi des insultes ou des agressions homophobes étaient le fait d'être jeune, de ne pas avoir fait d'études supérieures et d'être étudiant ou sans emploi.

Les résultats de cette étude mettent en avant le caractère pérenne des actes homophobes dans la société française. Les combattre passe par le renforcement des actions au niveau individuel, institutionnel et populationnel, afin non seulement de protéger les personnes LGBT, mais aussi de soutenir les personnes discriminées pour minimiser les effets de ces violences sur tous les aspects de leur vie.

Despite some progress in recognizing the rights of lesbian, gay, bisexual, and transgender people (LGBT), they still face discrimination and violence. The aim of the present study was to determine the rate and characteristics of men who have sex with men (MSM) who have experienced homophobic acts, whether verbal or physical aggressions, and associated factors over a 12-month period. We used data from Rapport au sexe – an anonymous online cross-sectional survey of MSM – conducted in France in 2019.

A total of 23,777 men were included in the analysis. In 2019, 28% of men reported that they were the target of homophobic slurs, and 5% were physically assaulted within the previous 12 months. This violence happened mostly in public places, followed by workplaces or places of study and family spheres. The factors associated with homophobic violence were being young, having a high-school diploma or lower, and being unemployed or being a student. These results highlight that homophobic violence persists in the French society. The fight against homophobia requires actions across three different levels: individual, institutional, and population levels. These actions must support and protect LGBT people in order to minimize the impact of stigma on all aspects of their lives.

Mots-clés : Homophobie, Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, Discrimination

// **Keywords:** Homophobia, Men who have sex with men, Discrimination

Introduction

Depuis le début des années 1980, en France, les droits pour les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et transgenres (LGBT) n'ont cessé d'évoluer avec notamment la dépénalisation de l'homosexualité et le retrait de l'homosexualité des maladies mentales en 1981, la pénalisation des propos haineux et discriminatoires en raison de l'orientation sexuelle en 2004 et l'ouverture du mariage et de l'adoption pour les couples de même sexe en 2013. Ces avancées ont été accompagnées de débats qui ont mis en lumière

des propos LGBTphobes dans la société française. L'écart est encore grand entre l'égalité formelle, garantie par la loi, et l'égalité réelle au quotidien. Les progrès dans la reconnaissance des droits n'ont pas suffi à mettre fin aux attitudes discriminatoires et violentes à l'encontre des personnes LGBT¹.

Qu'elle s'exprime de façon physique ou verbale, les LGBTphobies impactent la santé des minorités sexuelles : l'anxiété, le stress, les épisodes dépressifs, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sont plus souvent rapportés par

ces populations que par le groupe majoritaire (*ie* la population hétérosexuelle)²⁻⁴. Par le seul fait de vivre dans un environnement où elles se sentent stigmatisées, jugées et discriminées, les minorités sexuelles subissent un haut niveau de stress chronique qui nuit à leur santé mentale⁵. Au-delà des effets sur leur santé mentale, leur santé physique est aussi impactée notamment par la persistance, dans le milieu médical, de comportements discriminants qui entravent l'accès aux soins des personnes LGBT⁶.

Aucune donnée récente n'a estimé le niveau de discriminations homophobes vécues par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) vivant en France, ni n'a identifié quels sont ceux les plus à risque de subir ces violences. Il est donc essentiel de bien caractériser ces hommes afin d'adapter au mieux les actions visant à les protéger et de s'assurer qu'ils en bénéficient réellement.

Les objectifs de cet article sont de mesurer la part des HSH ayant été la cible d'actes à caractère homophobe au cours des 12 mois précédant l'enquête, qu'il s'agisse d'agressions physiques ou d'injures. Il s'agira ensuite de décrire les caractéristiques des répondants et les contextes dans lesquels les violences ont eu lieu et enfin de déterminer les facteurs associés au fait d'avoir subi ces discriminations.

Méthodes

L'Enquête rapport au sexe (ERAS) 2019 est une enquête en ligne transversale anonyme, auto-administrée, basée sur le volontariat et sans incitation financière qui s'adresse spécifiquement aux HSH. Elle a été réalisée du 16 février au 31 mars 2019 sous la responsabilité scientifique de Santé publique France, avec le soutien de France Recherche Nord & Sud Sida-HIV Hépatites (ANRS). Les participants ont été recrutés *via* les réseaux sociaux, les applications et sites de rencontre gays, ainsi que les sites affinitaires. Des bannières ont également été diffusées *via* des plateformes programmatiques. Les personnes exposées à ces bannières étaient les hommes de 18 ans et plus ayant fait des recherches en ligne, ayant navigué sur des pages web ou ayant "liké" des contenus en relation avec la sexualité entre hommes. En cliquant sur ces dernières, les personnes étaient dirigées vers un site dédié à l'enquête sur lequel figuraient des informations sur les objectifs de l'enquête, les conditions de participation et la confidentialité des données. Les participants étaient invités à donner leur consentement éclairé pour accéder au questionnaire en ligne. Aucune adresse IP n'a été collectée. Les critères d'inclusion pour participer étaient le fait d'être un homme de 18 ans ou plus.

L'objectif principal de l'enquête était de mesurer l'appropriation de la prévention diversifiée parmi les HSH vivant en France, mais d'autres thèmes ont été abordés comme les discriminations. Le questionnaire, divisé en quatre parties, documente les caractéristiques sociodémographiques, le mode de vie, la socialisation, le vécu d'expériences homophobes

ainsi que les comportements sexuels et préventifs au cours des six derniers mois et au dernier rapport selon le type de partenaire.

Les discriminations homophobes étaient appréhendées à partir de questions suivantes :

- 1) « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime d'injures en raison de votre homosexualité ? a) sur le lieu de travail ou d'études, b) dans le voisinage ou dans l'espace public, c) dans la famille » ;
- 2) « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime d'agressions physiques en raison de votre homosexualité ? a) sur le lieu de travail ou d'études, b) dans le voisinage ou dans l'espace public, c) dans la famille ».

La population d'étude était celle des hommes vivant en France et s'auto-définissant homosexuels ou bisexuels et les hommes s'auto-définissant hétérosexuels ou refusant de se définir par rapport à leur sexualité mais rapportant des relations sexuelles avec des hommes au cours de leur vie. Ils constituent la catégorie « HSH » telle que définie par l'ONUSIDA (Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida) en 2011⁷.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata[®] 14.2. Afin de définir les facteurs associés au fait d'avoir été discriminé selon le contexte, trois régressions logistiques multivariées ont été menées. Les variables significatives au seuil de 20% en analyse bivariée ont été retenues pour l'analyse multivariée. Le seuil de significativité retenu pour les analyses multivariées était de 5%.

Résultats

Le questionnaire d'ERAS 2019 a été complété par 24 308 hommes. Les 23 777 hommes qui résidaient en France (métropole, départements et régions françaises d'outre-mer et collectivités d'outre-mer [DROM-COM]) ont été retenus dans l'analyse.

Les répondants avaient 32 ans en médiane, étaient nés majoritairement en France métropolitaine (91%) ou dans les DROM-COM (4%). Ils avaient majoritairement un niveau d'étude supérieur au baccalauréat (68%), vivaient en milieu urbain (84%), exerçaient une activité professionnelle (66%) et se sentaient à l'aise financièrement (57%). Près des trois quarts des répondants se définissaient « homosexuels », 15% « bisexuels », 7% « hétérosexuels » et 5% refusaient de se définir par rapport à leur sexualité. Une minorité évoluait dans un cercle d'amis majoritairement homosexuels (9%).

Sur l'ensemble des répondants, 28% (n=6 678) ont déclaré avoir subi au moins un acte de discrimination homophobe au cours des 12 derniers mois. Parmi eux, 82% ont été injuriés verbalement, 17% ont été injuriés et agressés et 1% « exclusivement » agressés.

Les discriminations s'expriment dans différentes sphères de la vie publique et privée. Ainsi 20% des répondants ont été victimes de discrimination dans

un lieu public, 10% l'ont été sur leur lieu de travail ou d'études et 9% l'ont été au sein de leur famille. Certains hommes ont déclaré avoir subi des actes homophobes dans plusieurs lieux à la fois comme le montre la figure.

Les caractéristiques et les facteurs associés au fait d'avoir subi des injures ou actes homophobes dans différents contextes durant les 12 derniers mois sont présentés dans le tableau. L'âge médian des hommes qui ont été victimes d'homophobie dans les lieux publics était de 27 ans contre 24 ans pour ceux

qui déclaraient l'avoir été sur leur lieu de travail ou d'études ou encore dans la sphère familiale.

Quel que soit le contexte considéré, le pourcentage d'hommes déclarant avoir été injuriés ou agressés diminuait avec l'âge, passant, dans les lieux publics, de 27% parmi les 18-24 ans à 13% parmi les 45 ans et plus ; sur le lieu de travail ou d'étude, de 17% parmi les 18-24 ans à 7% parmi les 30-44 ans ; et dans le milieu familial de 14% parmi les moins de 25 ans à 6% parmi les 30-44 ans.

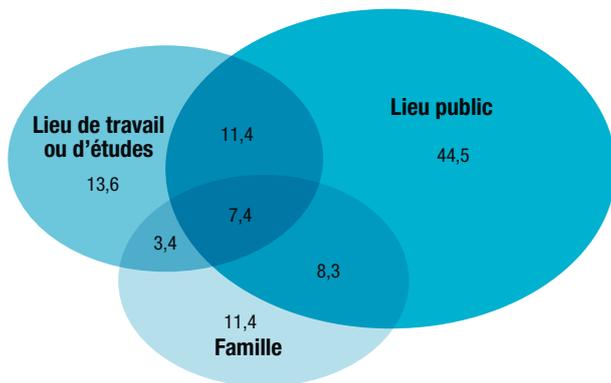
Des différences apparaissent également selon le niveau d'études ou la situation professionnelle : les hommes ayant un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat étaient toujours plus nombreux à déclarer des actes homophobes (de 10% à 20% selon les milieux) que ceux ayant fait des études supérieures (prévalence inférieure à 10%). De la même manière, plus d'un quart des hommes sans emploi ou étudiants déclaraient des actes homophobes dans l'espace public, contre 17% pour ceux exerçant une activité professionnelle.

Les hommes se définissant homosexuels, ayant un cercle d'amis majoritairement homosexuels, fréquentant les lieux de convivialité gay et/ou utilisant les applications et sites de rencontre étaient particulièrement exposés, avec des prévalences rapportées qui oscillaient entre 10% et 20% selon les milieux.

Enfin, les hommes habitant dans une grande ville déclaraient davantage avoir été victimes de violences dans des lieux publics (23% vs 18%), mais ils avaient été moins souvent victimes de violences sur leur lieu de travail ou d'étude et dans leur famille (tableau).

Figure

Répartition en pourcentage des lieux dans lesquels les répondants résidant en France ont été victimes d'au moins un acte homophobe dans les douze derniers mois, selon les contextes. ERAS 2019, France (N=6 678)



Note de lecture : Parmi les répondants ayant été victimes d'un acte homophobe dans les 12 derniers mois, 8,3% ont subi ces actes à la fois dans leur famille et dans un lieu public.

Tableau

Caractéristiques des hommes ayant des rapports avec les hommes et ayant subi des injures ou agressions physiques selon les lieux où elles se sont déroulées et leurs facteurs associés. ERAS 2019, France (N=23 777)

	Injures/agressions dans un lieu public			Injures/agressions sur lieu de travail/études			Injures/agressions dans la famille		
	n=4 783 (20% du total)			n=2 393 (10% du total)			n=2 036 (9% du total)		
	n	%	ORa [IC95%]	n	%	ORa [IC95%]	n	%	ORa [IC95%]
Âge médian	27 [22-38]			24 [20-33]			24 [20-33]		
Classe d'âge									
18-24 ans	1 990	26,8	2,18*** [2,49-3,19]	1 294	17,4	2,88*** [2,43-3,41]	1 064	14,3	3,17*** [2,65-3,80]
25-29 ans	826	23,0	2,04*** [1,81-2,29]	342	9,5	1,92*** [1,62-2,28]	311	8,7	2,07*** [1,73-2,48]
30-44 ans	1 201	17,6	1,40*** [1,27-1,55]	457	6,7	1,38*** [1,18-1,60]	405	5,9	1,43*** [1,21-1,68]
45 et plus	766	12,9	1	300	5,0	1	256	4,3	1
p		<0,001			<0,001			<0,001	
Niveau d'études									
Bac et moins	1 528	20,1	1,15*** [1,07-1,24]	1 041	13,7	1,85*** [1,68-2,03]	785	10,3	1,39*** [1,25-1,54]
Supérieur au Bac	3 255	20,1	1	1 352	8,4	1	1 251	7,7	1
p		0,994			<0,001			<0,001	



Tableau (suite)

	Injures/agressions dans un lieu public			Injures/agressions sur lieu de travail/études			Injures/agressions dans la famille		
	n=4 783 (20% du total)			n=2 393 (10% du total)			n=2 036 (9% du total)		
	n	%	ORa [IC95%]	n	%	ORa [IC95%]	n	%	ORa [IC95%]
Lieu de résidence									
France métropolitaine	4 633	20,1	1	2 293	10,0	1	1 952	8,5	1
France DROM-COM	150	19,7	1,13 [0,93-1,36]	100	13,1	1,23 [0,98-1,54]	84	11,0	1,24 [0,98-1,58]
p		0,763			0,001			0,014	
Taille de la ville									
Moins de 2 000 habitants	643	17,0	0,82*** [0,74-0,91]	450	11,9	1,40*** [1,22-1,60]	351	9,3	1,20** [1,04-1,39]
Entre 2 000 et 100 000 habitants	2 026	19,0	0,90** [0,84-0,97]	1 141	10,7	1,27*** [1,15-1,41]	941	8,8	1,14** [1,03-1,27]
Plus de 100 000 habitants	2 114	22,7	1	802	8,6	1	744	8,0	1
p		<0,001			<0,001			<0,001	
Situation professionnelle									
Salarié, indépendant, autoentrepreneur, retraité	2 685	17,1	1	1 122	7,1	1	932	5,9	1
Chômage, RSA, inactif	525	25,7	1,62*** [1,44-1,81]	221	10,8	1,18** [1,01-1,39]	262	12,8	1,92*** [1,65-2,24]
Étudiants	1 573	26,2	1,17** [1,05-1,30]	1 050	17,5	1,67** [1,46-1,90]	842	14,0	1,49*** [1,29-1,71]
p		<0,001			<0,001			<0,001	
Situation familiale									
Célibataire	2 305	20,9	1	1 366	12,4	1	1 102	10,0	1
Marié, pacsé	603	16,8	1,12* [1,00-1,25]	204	5,7	0,80** [0,67-0,95]	183	5,1	0,96 [0,80-1,15]
En couple	1 665	25,4	1,34*** [1,24-1,44]	717	10,9	0,98 [0,88-1,08]	628	9,6	1,11 [1,00-1,24]
Autre (veuf, divorcé, séparé, autre)	210	8,2	0,67*** [0,57-0,79]	106	4,1	0,50*** [0,40-0,62]	123	4,8	0,81* [0,66-0,99]
p		<0,001			<0,001			<0,001	
Se définit homosexuel									
Non	817	12,9	1	587	9,3	1	506	8,0	1
Oui	3 966	22,7	1,81*** [1,65-1,99]	1 806	10,4	1,30*** [1,16-1,45]	1 530	8,8	1,23** [1,10-1,39]
p		<0,001			0,013			0,053	
Cercle d'amis majoritairement homosexuels									
Non	4 278	19,7	1	2 194	10,1	1	1 860	8,6	1
Oui	505	24,2	1,27*** [1,13-1,42]	199	9,5	1,26** [1,06-1,47]	176	8,4	1,24*** [1,05-1,47]
p		<0,001			0,400			0,824	
Fréquentation des lieux de convivialité gay (bars, saunas et backrooms)									
Non	1 792	17,2	1	578	10,9	1	942	9,0	1
Oui	2 991	22,4	1,51*** [1,13-1,42]	1 815	9,4	1,14** [1,04-1,26]	1 094	8,2	1,13* [1,03-1,25]
p		<0,001			0,001			<0,001	
Fréquentation régulière de sites de rencontre/applis									
Non	1 098	17,1	1	1 141	9,0	1	445	6,9	1
Oui	3 685	21,3	1,18*** [1,09-1,28]	1 252	10,5	1,15** [1,03-1,28]	1 591	9,2	1,39*** [1,23-1,56]
p		<0,001			<0,001			<0,001	

Degré de significativité : ***<0,001 ; **<0,01 ; *<0,05.

ORa : odds ratio ajusté ; [IC95%] : intervalle de confiance à 95%.

Discussion

L'enquête ERAS 2019 indique que 28% des répondants ont été victimes d'insultes homophobes et 5% ont été physiquement agressés du fait de leur orientation sexuelle dans les 12 mois précédant l'enquête. Le niveau de ces actes homophobes reste stable depuis plus de deux décennies si l'on se réfère aux Enquêtes Presse Gays, et ce malgré une amélioration déclarée de l'acceptation de l'homosexualité en population générale et la progression continue de leurs droits. La tendance à la hausse depuis 2017 des témoignages recensés par l'association SOS Homophobie vient appuyer cet apparent paradoxe⁶. Il est pourtant la résultante d'un même phénomène : la marche de la société française vers une plus grande tolérance vis-à-vis des minorités sexuelles. Cette évolution provoque un double mouvement. D'un côté, des manifestations violentes et visibles à l'égard des LGBT de la part de personnes dont le système de représentation hiérarchise les orientations sexuelles dans un ordre social perçu comme naturel et établi et, de l'autre, l'abaissement du seuil de tolérance à l'homophobie qui tend à rendre illégitime toutes les formes de LGBTphobies et pousse probablement les personnes qui en sont victimes à davantage les déclarer.

Les résultats d'ERAS montrent que les hommes âgés de moins de 25 ans sont ceux qui rapportent le plus avoir été exposés à ce type de violence, quel que soit le contexte. Si ce sont dans les lieux publics que les jeunes répondants déclarent être le plus victimes d'actes homophobes, les milieux scolaire et familial restent des espaces « à risque » pour les jeunes. En effet, dans ces milieux où la conformité de stéréotype de genre est fortement ancrée, l'affirmation de son orientation sexuelle expose les jeunes homosexuels à des comportements hostiles à leur égard. De même, malgré une évolution positive de l'acceptation de l'homosexualité par l'entourage proche entre 1985 et 2004, en 2019, la sphère familiale reste le théâtre d'actes homophobes pour plus de 14% des répondants de moins de 25 ans. Les jeunes homosexuels semblent donc soumis aux mêmes difficultés à traverser l'épreuve du *coming out* que leurs aînés au même âge, bien que l'âge de l'affirmation de soi et des *coming-out* soit plus précoce pour les jeunes générations⁸.

En milieu scolaire, les manifestations de l'homophobie se traduisent, selon un rapport du ministère de l'Éducation nationale de 2013⁹, par des harcèlements caractérisés par la répétition et l'humiliation publique, des agressions verbales qui tendent à se banaliser et, plus rarement, des violences physiques. Les témoignages recueillis par l'association SOS-Homophobie indiquent que ces actes se produisent pour moitié au lycée et sont perpétrés par d'autres jeunes lycéens⁶. La banalité des actes homophobes auxquels de nombreux jeunes HSH sont confrontés est particulièrement préoccupante compte tenu de l'effet observé de cette stigmatisation sur

leur santé : troubles psychiques, tentatives de suicide^{2,5,10}, sur-risque de consommation de substances psychoactives et comportements sexuels à risque^{11,12}. Depuis plusieurs années, le ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse mène des actions d'information et de sensibilisation contre la haine anti-LGBT envers les collégiens, les lycéens et l'ensemble des membres de la communauté éducative afin de prévenir les violences et les discriminations, d'accompagner les victimes et de soutenir les jeunes LGBT face aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer¹³.

Quels que soient les contextes, les répondants ayant un faible niveau socioéconomique sont plus susceptibles que les autres d'être victimes d'actes homophobes : les répondants n'ayant pas suivi d'études supérieures ou ceux en situation de précarité professionnelle (chômage, RSA ...). Ces résultats ne diffèrent pas de ceux observés en 2004 dans l'Enquête Presse Gay⁵. Ils corroborent des recherches qualitatives qui soulignent les expériences difficiles liées à l'identité homosexuelle dans les trajectoires socio-biographiques des homosexuels issus de milieux populaires^{14,15}. Dans la sphère familiale, les hommes sans emploi étaient les plus à risque de subir des actes homophobes. Bien que l'homophobie familiale soit présente dans tous les milieux sociaux^{14,16}, nos résultats tendent à montrer que les hommes les moins favorisés y seraient plus exposés. Dans le milieu professionnel, les répondants les plus exposés à des actes homophobes dans les 12 derniers mois étaient ceux au chômage au moment de l'enquête. Ces résultats sont cohérents avec ceux de L. Parini et A. Lloren¹⁷, qui ont montré que la précarité de l'emploi favorise la discrimination au travail des personnes LGBT. Dans les lieux publics aussi, les HSH sans emploi ou n'ayant pas suivi d'études supérieures déclarent avoir été davantage ciblés par des actes homophobes.

Des différences dans le vécu des discriminations apparaissent entre les hommes résidant en milieu urbain, périurbain ou rural. Les répondants résidant dans des villes de moins de 100 000 habitants ont davantage subi des actes homophobes sur leur lieu de travail et dans leur famille, mais ont moins été victimes d'homophobie dans l'espace public. À l'opposé, le fait de vivre dans une ville de plus de 100 000 habitants est associé à plus de discriminations dans l'espace public (23% des urbains contre 17% parmi les HSH résidant en zone rurale). Des travaux ont montré que les grandes villes sont perçues par les homosexuels comme des espaces privilégiés où ils se sentent plus en sécurité pour affirmer leur identité et vivre librement leur sexualité^{15,18}. *A contrario*, hors des villes, l'homosexualité est vécue « dans une forme de discrétion et de privatisation »¹⁴. Si des espaces de sociabilité spécifiques existent, ils restent le plus souvent invisibles aux yeux des hétérosexuels¹⁹. Ces différences dans le mode de vie participent à rendre les HSH des grandes villes plus visibles aux yeux de la société que dans les petites villes ou à la campagne^{18,20} ;

cette visibilité les expose à une plus grande stigmatisation, comme le confirment nos résultats. Ainsi, se définir homosexuel, évoluer dans un cercle d'amis majoritairement homosexuels, fréquenter des lieux de convivialité gay ou encore être dans une relation de couple avec un homme sont associés au fait d'avoir été victimes d'actes homophobes.

Cette étude comporte des limites qu'il convient de prendre en compte. Nous avons utilisé un échantillon de convenance pour cette enquête, ce qui implique que les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population des HSH vivant en France. Néanmoins, la campagne de recrutement sur Internet a permis d'inclure un nombre important d'HSH avec des profils diversifiés en termes d'âge, de niveau d'éducation, de niveau socioéconomique et de lieu de résidence. Par ailleurs, la question des discriminations n'étant pas centrale dans ERAS, il n'est pas possible d'éclaircir davantage le contexte dans lequel les discriminations sont survenues et notamment leur éventuel lien avec le *coming out*. Des enquêtes dédiées, y compris qualitatives, permettraient de documenter ce sujet de manière plus approfondie.

Nos résultats confirment que l'homophobie touche l'ensemble des HSH tout au long de leur trajectoire biographique, avec des périodes particulièrement critiques. Ses manifestations violentes altèrent à la fois leur santé physique et mentale. Aussi, il est nécessaire de promouvoir une culture de diversité et de respect en menant des actions s'adressant à toutes et tous pour contrer la haine, les préjugés et les attitudes négatives portant atteinte aux HSH et aux personnes LGBT en général. La prise de conscience et la lutte passent notamment par des actions à différents niveaux : individuel, institutionnel et populationnel²¹. Au niveau individuel, il est nécessaire de soutenir les personnes discriminées pour minimiser les effets de ces violences sur tous les aspects de leur vie, en leur facilitant notamment l'accès à des dispositifs d'écoute et de soutien. Au niveau institutionnel, des initiatives promouvant la diversité dans les milieux scolaires et professionnels, ainsi que des formations visant à lutter contre les préjugés peuvent être mises en œuvre. Au niveau populationnel, la mise en place de campagnes médiatiques de lutte contre les discriminations et l'élaboration de lois et de politiques protégeant les personnes LGBT sont à privilégier. ■

Remerciements

Les auteurs remercient tous les hommes qui ont pris le temps de répondre à cette enquête, ainsi que l'ANRS (France Recherche Nord & Sud Sida-hiv Hépatites) pour son soutien, via notamment la mise à disposition d'un poste de moniteur d'études en sciences sociales.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT. Plan de mobilisation contre la haine et les discriminations anti-LGBT. Paris: Dilcrah;

2016. 32 p. https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/01/plan_de_mobilisation_contre_la_haine_et_les_discriminations_anti-lgbt_dilcrah.pdf

[2] Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2010. 113 p. http://info-suicide.be/wp-content/uploads/2014/05/INPES_mino_rites_sexuelles-B.pdf

[3] Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):38-56.

[4] O'Hanlan KA, Cabaj RP, Schatz B, Lock J, Nemrow P. A review of the medical consequences of homophobia with suggestions for resolution. *J Gay Lesbian Med Assoc.* 1997; 1(1):25-39.

[5] Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129(5):674-97.

[6] SOS Homophobie. Rapport sur l'homophobie 2019. Paris, France: SOS Homophobie; 2019. 163 p. <https://www.sos-homophobie.org/rapport-sur-l-homophobie-2019>

[7] ONUSIDA. Guide de terminologie de l'ONUSIDA. Genève: ONUSIDA; 2019. 64 p. https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2019/terminology_guidelines

[8] Dorais M, Chollet I. Être homo aujourd'hui en France: enquête Le Refuge auprès de 500 jeunes gays et lesbiennes. Saint-Martin-de-Londres: H&O; 2012. 128 p.

[9] Teychenné M. Discriminations LGBT-phobes à l'école – État des lieux et recommandations. Paris: ministère de l'Éducation nationale; 2013. 82 p. <https://www.vie-publique.fr/rapport/33292-discriminations-lgbt-phobes-lecole-etat-des-lieux-et-recommandation>

[10] Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *J Homosex.* 2011;58(1):10-51.

[11] Caputi TL, Smith D, Ayers JW. Suicide risk behaviors among sexual minority adolescents in the United States, 2015. *JAMA.* 2017;318(23):2349-51.

[12] Bontempo DE, d'Augelli AR. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *J Adolesc Health.* 2002;30(5):364-74.

[13] Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. Contre l'homophobie et la transphobie à l'école. Lutte contre le harcèlement. Paris: ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse; 2019. <https://www.education.gouv.fr/contre-l-homophobie-et-la-transphobie-l-ecole-40706>

[14] Giraud C. La vie homosexuelle à l'écart de la visibilité urbaine. *Ethnographie d'une minorité sexuelle masculine dans la Drôme.* Tracés. 2016;30:79-102.

[15] Giraud C. La vi(II)e en rose ? Quartier gays et jeunes femmes homosexuelles à Paris et à Montréal. *Actes de la Recherche en Sciences sociales.* 2012;5(195):38-57.

[16] Verdrager P. L'homosexualité dans tous ses états. Paris: Les empêcheurs de penser en rond; 2007. 352 p.

[17] Parini L, Lloren A. Discriminations envers les homosexuel-le-s dans le monde du travail en Suisse. *Travail, genre et sociétés.* 2017;2(38):151-69.

[18] Leroy S. La possibilité d'une ville. Comprendre les spatialités homosexuelles en milieu urbain. *Espaces et sociétés.* 2009;4(139):159-74.

[19] Gaissad L. De « vrais » hommes entre eux ? Lieux de dragage et socialisation sexuelle au masculin. In: Benvindo B

(Coord.). Masculinités. Série Sextant, 27. Bruxelles: Éditions de l'Université de Bruxelles; 2009. p. 45-60. <https://library.oupen.org/handle/20.500.12657/24545>

[20] Valentine G, Skelton T. Finding oneself, losing oneself: The lesbian and gay 'scene' as a paradoxical space. *Int J Urban Reg Res.* 2003;27(4):849-66.

[21] Administratrice en chef de la santé publique au Canada. Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2019. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/>

publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-syteme-sante-plus-inclusif.html

Citer cet article

Duchesne L, Lydié N, Velter A. Violences homophobes subies par les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en 2019. *Enquête rapport au sexe. Bull Epidémiol Hebd.* 2021;(6-7):105-11. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/6-7/2021_6-7_2.html

> ARTICLE // Article

CONNAISSANCE ET ACCEPTATION DE L'IDENTIFICATION SEXUELLE PAR LES PARENTS : QUELLES INCIDENCES SUR LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DES FEMMES CISGENRES LESBIENNES ET BISEXUELLES ? ENQUÊTE VIRAGE LGBT, FRANCE, NOVEMBRE 2015-MARS 2016

// KNOWLEDGE AND ACCEPTANCE OF HOMO-/BISEXUAL IDENTIFICATION BY PARENTS: WHAT ARE THE IMPLICATIONS FOR THE PSYCHOLOGICAL DISTRESS OF LESBIAN AND BISEXUAL CISGENDER WOMEN? VIRAGE STUDY, FRANCE, NOVEMBER 2015-MARCH 2016

Tania Lejbowicz (tania.lejbowicz@ined.fr)

Ined, Université Paris Nanterre, Cresspa-GTM, Paris

Soumis le 02.12.2019 // Date of submission: 12.02.2019

Résumé // Abstract

Introduction – Depuis les années 1990, les recherches s'intéressant à l'état psychologique des personnes homo- et bisexuelles ont montré que leur santé mentale est moins bonne que celle de la population générale. La stigmatisation dont souffrent les individus en raison de leur sexualité minoritaire et minorisée l'explique : ces personnes sont soumises à des facteurs de stress, lorsqu'elles sont visibles en tant que minorité sexuelle, mais aussi lorsque que leur identification sexuelle n'est pas connue. Autant la visibilité que l'invisibilité sont des potentiels facteurs de stress qui détériorent l'état psychologique des personnes LGB (lesbiennes, gaies, bisexuelles). Pour comprendre ces mécanismes, cet article s'intéresse aux liens entre la détresse psychologique (pensées suicidaires, état dépressif, anxiété) des femmes cisgenres lesbiennes et bisexuelles et la connaissance et l'acceptation parentale de leur identification sexuelle.

Matériel et méthodes – La collecte auto-administrée en ligne de l'enquête Virage LGBT (Ined, 2015-2016) permet de disposer d'un échantillon de convenance composé de 2 500 et 700 femmes cisgenres respectivement lesbiennes et bisexuelles. Le questionnaire interrogeant les pensées suicidaires, la dépression et l'anxiété, il est possible d'étudier, à l'aide de régressions logistiques dichotomiques, les différences d'état psychologique des répondantes selon la connaissance et l'acceptation parentale de leur identification sexuelle.

Résultats – Deux principaux résultats se dégagent. Pour les femmes cisgenres lesbiennes, la connaissance de l'homosexualité par les parents n'est pas associée à un meilleur état psychologique, quand les résultats pour celles bisexuelles sont moins nets. Mais si la connaissance parentale de l'homo- ou bisexualité n'est pas nécessairement associée à une moindre détresse, l'acceptation de cette identification l'est fortement.

Discussion-conclusion – La visibilité d'ensemble des personnes LGB est, à juste titre, un enjeu des luttes militantes contemporaines. En revanche les bénéfices d'une visibilité individuelle apparaissent moins évidents, notamment pour les femmes cisgenres lesbiennes et bisexuelles, dont l'identification est souvent niée ou considérée comme transitoire, et ce d'autant plus au sein de la famille où la sexualité féminine est particulièrement surveillée.

Introduction – Since the 1990s, research on the mental well-being of homo- and bisexual persons has shown that their mental health is worse than that of the general population. The stigmatization of these individuals due to their minority and minorised sexuality explains this results: these persons are subject to stress factors, when they are visible as sexual minority, but also when their sexual identification is not known. Both visibility and invisibility are potential stress factors that can have a deleterious effect on the psychological condition of LGB

(lesbian, gay, bisexual) persons. To understand the mechanisms involved, this paper studied the links between the psychological distress (suicidal thoughts, depressive states, anxiety) of lesbian and bisexual cisgender women and their parents' knowledge and acceptance of their sexual identification.

Materials and methods – The online self-administrated data collection of the Virage-LGBT survey (INED, 2015-2016) provide a convenience sample with respectively 2,500 and 700 lesbian and bisexual cisgender women. Since the survey asks about suicidal thoughts, depression and anxiety, it is possible to use dichotomous logistic regressions to study the differences in the psychological condition of respondents according to parents' knowledge and acceptance of their sexual identification.

Results – The analyses revealed two main results. For lesbian cisgender women, parents' knowledge of homosexuality is not associated with a better psychological condition, while results for bisexual cisgender women are less clear-cut. But if parents' knowledge of their daughters' homo- or bisexuality is not necessarily associated with lower level of distress, acceptance of their sexual identification is strongly associated.

Discussion-conclusion – The overall visibility of LGB persons is rightly a focus of contemporary activist struggles. The benefits of individual visibility, on the other hand, seem to be less clear, notably for lesbian and bisexual cisgender women, whose identification is often negated or considered transitory, all the more so within the family where female sexuality is particularly monitored.

Mots-clés : Femmes lesbiennes et bisexuelles, Santé psychologique, Famille, (In)visibilité, Stigmatisation
// Keywords: Lesbian and bisexual women, Psychological health, Family, (In)visibility, Stigmatisation

Introduction

Jusque dans les années 1950, les recherches sur la santé des personnes homosexuelles considéraient l'homosexualité comme une maladie mentale. Les travaux en santé publique et sciences sociales qui se sont développées par la suite ont dépassé cela : n'envisageant plus ces sexualités comme une pathologie, ils constatent cependant que les personnes LGB déclarent une moins bonne santé mentale^{1,2} que les personnes hétérosexuelles.

Alors que ces sexualités minoritaires et minorisées étaient considérées comme à l'origine d'une santé dégradée, la stigmatisation des personnes LGB devient la raison de leur mal-être psychologique, le traitement qui leur est réservé étant avancé pour expliquer leur moins bonne santé mentale. Les individus LGB sont ainsi soumis à des facteurs de stress, les *minority stress factors*^{3,4}, qui sont particuliers puisque leur identification sexuelle n'est pas forcément visible. Ces facteurs impactent directement l'état psychologique de ces individus et peuvent avoir quatre origines : les stigmatisations subies en tant que personnes LGB (S1) ; les stigmatisations non-subies mais redoutées en tant que personnes LGB (S2) ; les stratégies mises en œuvre pour dissimuler son identification sexuelle et la crainte que celle-ci soit découverte (S3) ; l'homophobie et la biphobie intériorisée, c'est-à-dire la vision négative portée sur sa propre homo- ou bisexualité (S4). À travers les souffrances découlant des trois premières situations, le modèle de facteurs de stress (MFS) établit un lien entre, d'une part la connaissance et l'acceptation par d'autres de l'identification sexuelle et, d'autre part, la détresse psychologique : si l'homo-bisexualité est connue, la personne peut subir ou craindre de subir des stigmatisations (S1 et S2) ; si l'homo-bisexualité n'est pas connue, la personne peut souffrir des tactiques mises en œuvre pour la garder secrète, appréhender que celle-ci soit sue et craindre les stigmatisations qui en découleraient (S2 et S3).

C'est ce lien entre la connaissance et acceptation d'une part et l'état psychologique d'autre part, dont l'importance varie selon le traitement réservé aux individus LGB, que cet article étudie. Pour cela, les analyses se concentrent sur la connaissance et l'acceptation parentale de l'identification lesbienne ou bisexuelle de leur fille cisgenre. Cibler ces femmes permet de se pencher sur des minorités sexuelles particulièrement discréditées, leur sexualité étant souvent niée ou considérée comme transitoire^{5,6}. S'intéresser à leur place dans la famille permet d'étudier une sphère où la sexualité des femmes est spécifiquement contrôlée^{7,8}. Enfin, la littérature a mis en évidence les difficultés particulières que ces femmes rencontrent vis-à-vis de leurs parents : alors que certaines taisent plus ou moins longtemps leur identification sexuelle⁹⁻¹¹, les relations familiales peuvent se détériorer lorsqu'elles en ont fait part (déni, moquerie, insulte, harcèlement, rejet, etc.)⁹⁻¹¹ et dégrader ainsi leur santé mentale^{12,13}.

Plusieurs raisons peuvent amener à préférer la notion d'« identification sexuelle » à celle d'« orientation sexuelle »⁹. L'idée selon laquelle une attirance sexuelle se traduirait par des pratiques sexuelles, et que des pratiques avec une personne de même sexe amèneraient à se définir comme homosexuelle ou bisexuelle est réductrice¹⁴. Elle ne prend pas en considération les difficultés et les coûts sociaux qu'implique pour certaines personnes la réalisation de leurs désirs. En outre, l'approche en termes d'orientation sexuelle simplifie la place variable que les individus donnent à leurs désirs et leurs pratiques sexuelles. Elle rend mal compte des variations des identifications sexuelles au cours d'une vie. Ainsi, certains individus donnent plus ou moins de poids ou de valeur à certaines attirances ou pratiques, tandis que d'autres les tiennent pour insignifiantes ou négligeables. Ils peuvent également les considérer comme pertinentes à certains moments et moins à d'autres. Ces éléments conduisent à écarter ici la notion d'orientation sexuelle, qui a également

pour inconvenient de laisser penser qu'il existe des manières plus « authentiques » que d'autres de rendre compte de sa sexualité, et à lui préférer celle d'identification¹⁵.

Matériel et méthode

Données

De novembre 2015 à mars 2016, l'Institut national d'études démographiques (Ined) a conduit une enquête auprès des personnes LGBT sur les violences et les rapports de genre, l'enquête Virage LGBT. En France hexagonale, les personnes s'identifiant comme telles, âgées d'au moins 18 ans, étaient invitées à répondre en ligne au questionnaire de l'enquête auto-administrée via la méthode Cawi (*Computer assisted web interview*)⁹. Une centaine de partenariats ont été conclus avec des entités LGBT pour diffuser largement l'information de l'enquête sur Internet (sites Internet, Facebook, Twitter, etc.) et dans des lieux physiques (centre LGBT, commerces, etc.) dans le but de diversifier les bassins de recrutement et les caractéristiques des enquêtés. Cet échantillon de convenance est composé des réponses de 7 148 personnes LGBT dont 3 537 femmes. L'article s'intéresse à la façon dont la détresse psychologique des répondantes lesbiennes et bisexuelles est associée à la connaissance et à l'acceptation de leur identification sexuelle. Pour cette raison les femmes trans lesbiennes et bisexuelles n'ont pas été retenues : la visibilité de leur identification de genre relève d'une logique distincte¹⁶ et impacte aussi leur bien-être

psychologique. Pour elles, il conviendrait de développer des analyses spécifiques prenant en compte les mécanismes relevant des identifications de genre et de sexualité.

Pour saisir l'identification sexuelle, le questionnaire Virage LGBT interroge : « *Actuellement, vous vous diriez ? Hétérosexuelle ; Homosexuelle ; Bisexuelle ; Ne souhaite pas répondre ; Ne sait pas* ».

Mesure de la détresse psychologique

Pour s'assurer de la validité des résultats, deux indicateurs de détresse psychologique ont été étudiés. Le premier s'intéresse aux pensées suicidaires au cours de l'année écoulée en demandant « (...) *Avez-vous eu des idées noires, pensé qu'il vaudrait mieux être morte, ou pensé à vous faire du mal ?* ». Le deuxième porte sur l'état psychologique au moment de l'enquête (encadré 1) : la survenue au cours des deux semaines précédentes d'un épisode dépressif majeur (EDM)¹⁷, la déclaration de dépression ou d'anxiété comme problème de santé actuel.

Mesure de la connaissance et acceptation parentale de l'homo- ou bisexualité

Le questionnaire Virage n'enregistre pas le *coming out* au sens « d'annoncer son homosexualité à sa famille et au monde hétérosexuel »¹⁸, mais interroge « *Les personnes suivantes connaissent-elles votre homosexualité/bisexualité ?* », notamment la mère et le père. Pour les personnes au courant, la répondante doit préciser leur posture actuelle vis-à-vis de leur identification sexuelle : est-t-elle « *Totalement acceptée ; Plutôt acceptée ; Plutôt rejetée ;*

Encadré 1

Indicateur de l'état psychologique au moment de l'enquête

L'état psychologique au moment de l'enquête (EM) intègre les réponses aux questions suivantes :

- EM1 « Avez-vous actuellement comme problème de santé une dépression, de l'anxiété ? »
- « Au cours des deux dernières semaines... » :
 - EM2 « ... Vous êtes-vous sentie particulièrement triste, cafardeuse, déprimée, la plupart du temps dans la journée, presque tous les jours ? »
 - EM3 « ... Avez-vous eu presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisent habituellement ? »
 - EM4 « ... Votre appétit a notablement changé, ou vous avez pris du poids ou perdu du poids sans le vouloir ? »
 - EM5 « ... Vous avez eu des problèmes de sommeil presque toutes les nuits ? »
 - EM6 « ... Vous avez fait les choses plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous avez eu du mal à rester en place, presque tous les jours ? »
 - EM7 « ... Vous vous êtes sentie tout le temps fatiguée, sans énergie ? »
 - EM8 « ... Vous vous êtes sentie sans valeur ou coupable presque tous les jours ? »
 - EM9 « ... Vous avez eu du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions presque tous les jours ? »
 - EM10 « ... Vous avez eu à plusieurs reprises des idées noires, pensé qu'il vaudrait mieux être morte, ou pensé à vous faire du mal ? »

Si (EM1=oui) ou (EM2=oui et EM3=oui et au moins trois oui de EM4 à EM10) ou (EM2=oui ou EM3=oui et au moins quatre oui de EM4 à EM10), alors la répondante est concernée par un épisode dépressif majeur, la dépression ou l'anxiété au moment de l'enquête.

Totalement rejetée ». Les réponses à ces questions permettent de construire deux indicateurs :

- la connaissance parentale de l'identification sexuelle de l'enquêtée, qui prend la modalité « Oui » si les deux parents la connaissent et « Non » si au moins un des deux ne la connaît pas ;
- l'acceptation parentale de l'identification sexuelle de l'enquêtée, qui prend la modalité « Oui » si les deux parents l'ont totalement ou plutôt acceptée et « Non » si au moins un des deux l'a plutôt ou totalement rejetée.

Analyses statistiques et choix des variables d'ajustement

Des recherches ont montré que la détresse psychologique dépend en général de caractéristiques sociodémographiques et familiales, et que, pour les personnes LGB, d'autres spécificités interviennent. Pour approcher au maximum les effets de la connaissance et l'acceptation parentale, l'étude des variations de cette détresse doit donc se faire en neutralisant ces variables, ce que permettent les régressions logistiques dichotomiques (encadré 2). Les variables d'ajustement ont été choisies soit parce qu'elles peuvent impacter la santé mentale des individus en général (âge, niveau d'éducation, statut d'activité, niveau de revenu, situation de couple, violences subies au cours des 12 derniers mois, violences sexuelles subies au cours de la vie, statut migratoire^{17,19,20}), soit parce qu'elles peuvent impacter celle des personnes homo- ou bisexuelles (conformité aux stéréotypes de genre, fréquentation de lieux LGBT, place de la religion dans l'éducation^{5,21-23}). Mis à part l'âge (variable continue), le statut migratoire, les violences subies et la religion (variables dichotomiques), les autres informations sont ajoutées au modèle en tant que variables catégorielles ordonnées.

Résultats

Au total, 2 495 et 721 femmes cisgenres s'identifiant respectivement comme lesbiennes et bisexuelles ont répondu à l'enquête. Elles présentent les spécificités

généralement associées aux personnes LGB^{14,24} : elles sont jeunes, souvent étudiantes, ont des niveaux de diplômes et de catégories socioprofessionnelles élevées, et résident surtout en zone urbaine (tableau 1).

Connaissance parentale de l'identification homo- ou bisexuelle et détresse psychologique

La connaissance parentale varie selon l'identification sexuelle de l'enquêtée : celle des répondantes cisgenres lesbiennes est connue dans plus de 8 cas sur 10 quand celle des répondantes cisgenres bisexuelles ne l'est que dans 5 cas sur 10 (figure 1).

Si la prévalence de détresse psychologique est plus élevée chez les femmes cisgenres lesbiennes et bisexuelles dont les parents ne connaissent pas l'identification, l'analyse des odds ratios ajustés nuance ce résultat (tableau 2). Pour les femmes lesbiennes, ce risque de détresse devient équivalent, que les parents connaissent ou non l'homosexualité de leur fille. Pour les femmes bisexuelles, les variables d'ajustement n'annulent pas les écarts mais en expliquent une partie : à caractéristiques constantes, les femmes cisgenres bisexuelles dont les parents ne connaissent pas l'identification ont 1,3 à 1,4 fois plus de risque de rapporter de la détresse psychologique.

Le risque relatif d'avoir des pensées suicidaires est 1,5 fois plus élevé chez les femmes cisgenres lesbiennes dont les parents ne connaissent pas l'homosexualité que chez celles dont les parents la connaissent (tableau 2). Conditionnellement aux variables d'ajustement (à âge, niveau d'éducation, statut d'activité, niveau de revenu, situation de couple, violences subies au cours des 12 derniers mois, violences sexuelles subies au cours de la vie, statut migratoire, conformité aux stéréotypes de genre, fréquentation de lieux LGBT et place de la religion dans l'éducation fixés), ce risque n'est plus que 1,1 fois plus élevé chez les femmes cisgenres lesbiennes dont les parents ne connaissent pas l'identification.

Encadré 2

Définition et interprétation de l'odds ratio

Définition

L'odds ratio est un indicateur de risque relatif : il informe sur le risque qu'a une population de vivre un événement plutôt que de ne pas le vivre, par rapport au risque qu'a une autre population de vivre le même événement plutôt que de ne pas le vivre. Ici, les odds ratio bruts donnent les risques relatifs qu'ont les femmes cisgenres lesbiennes et bisexuelles dont les parents ne connaissent pas/n'acceptent pas l'identification d'avoir une plus grande détresse psychologique par rapport à celles dont les parents connaissent/acceptent l'identification. Les odds ratios ajustés donnent les risques relatifs qu'ont les femmes cisgenres lesbiennes et bisexuelles dont les parents ne connaissent pas/n'acceptent pas l'identification d'avoir une plus grande détresse psychologique par rapport à celles dont les parents connaissent/acceptent l'identification conditionnellement aux variables d'ajustement du modèle.

Interprétation

Trois informations guident l'interprétation des odds ratio : la significativité statistique, le coefficient et son intervalle de confiance (IC). La significativité ne peut être interprétée seule, elle doit être associée au coefficient et à l'intervalle de confiance.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées cisgenres selon leur identification sexuelle, en pourcentage.
Enquête Virage LGBT, France, novembre 2015-mars 2016

Caractéristique sociodémographique		Lesbienne (n=2 495)	Bisexuelle (n=721)
		%	%
Classe d'âge	De 18 à 20 ans	9,7	22,9
	De 21 à 29 ans	37,8	48,7
	De 30 à 39 ans	25,7	18,9
	De 40 à 49 ans	15,5	6,9
	50 ans et plus	11,3	2,6
Diplôme le plus élevé	Inférieur au baccalauréat	5,2	2,9
	Baccalauréat	19,5	29,7
	Supérieur au baccalauréat	75,3	67,4
Statut d'activité	Active	67,4	47,8
	Retraitée	2,6	0,7
	Étudiante	23,1	44,7
	Autre sans activité	2,2	1,8
	Indéterminée	4,7	5,0
Catégorie Socioprofessionnelle^a	Agricultrice exploitante	0,3	0,0
	Artisane, commerçante, cheffe d'entreprise	2,3	0,9
	Cadre et profession intellectuelle supérieure	35,7	36,9
	Profession intermédiaire	37,5	39,0
	Employée	18,6	21,5
	Ouvrière	5,6	1,7
Territoire d'habitation	Île-de-France	31,8	35,4
	Autre agglomération	57,0	55,5
	Territoire rural	9,8	6,5
	Non-réponse	1,4	2,6

^a La catégorie socioprofessionnelle n'est donnée que pour les répondantes actives, soit 1 679 et 344 femmes respectivement cisgenres lesbiennes et bisexuelles.

Champ : Ensemble des répondantes cisgenres à l'enquête Virage LGBT s'identifiant comme lesbiennes ou bisexuelles.

Acceptation parentale de l'identification homo- ou bisexuelle et détresse psychologique

Lorsque les parents connaissent l'homo- ou bisexualité de leur fille cisgenre, ils l'acceptent dans environ 88% des cas, quelle que soit l'identification (figure 2). Notons que l'indicateur porte sur l'acceptation au moment de l'enquête et non au moment de la prise de connaissance de l'identification. Une partie des parents réagissent mal sur le moment, les crises familiales qui en découlent sont pour une part temporaires et se résolvent avec le temps, l'acceptation des parents se développant²¹.

Alors que le taux élevé de 88% témoigne une bonne acceptation parentale, les conséquences néfastes de la non-acceptation de l'identification homo- ou bisexuelle de leur fille sont importantes : après ajustement, la détresse psychologique reste respectivement 1,5 à 1,6 fois et 1,3 à 1,5 fois plus forte pour les lesbiennes et bisexuelles quand les parents n'acceptent pas l'identification sexuelle (tableau 3).

Discussion-conclusion

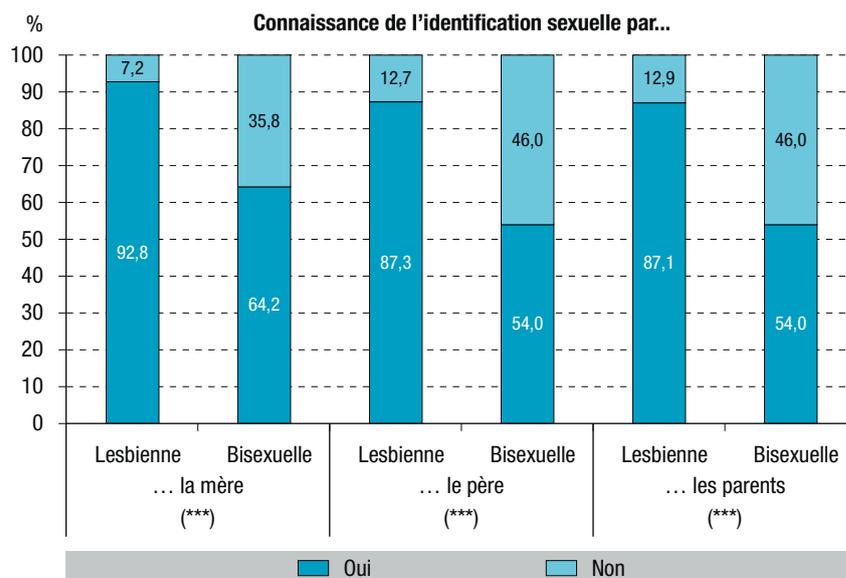
Cet article a pour objectif d'étudier les liens entre la connaissance et l'acceptation parentale de l'identification sexuelle des femmes cisgenres lesbiennes et bisexuelles et leur détresse psychologique. Il teste ainsi des mécanismes du modèle de facteur de stress (MFS) associant (in)visibilité et état psychologique des personnes LGB : si l'homo- ou bisexualité est connue, la personne peut subir ou craindre de subir des stigmatisations (S1 et S2) impactant négativement son bien-être psychologique ; si l'homo-bisexualité n'est pas connue, la personne peut souffrir des tactiques mises en œuvre pour la garder secrète en appréhendant que celle-ci soit sue et craindre de subir des stigmatisations (S2 et S3) augmentant sa détresse psychologique.

Deux résultats notables ressortent des analyses.

- Premièrement, alors que pour les femmes cisgenres lesbiennes il n'y a pas de lien entre connaissance parentale de l'homosexualité et détresse psychologique, les conclusions

Figure 1

Connaissance de l'identification sexuelle par les parents selon l'identification sexuelle des enquêtées cisgenres, en pourcentage. Enquête Virage LGBT, France, novembre 2015-mars 2016



Notes : Les deux dernières colonnes qui portent sur « les parents » sont la synthèse des réponses sur « la mère » et « le père ». Les parents connaissent l'identification de leur enfant si la mère et le père la connaissent ou si un seul des parent la connaît et que l'enquêtée n'est pas concernée par la question sur le 2^e parent.

Champ : Ensemble des répondantes cisgenres à l'enquête Virage LGBT s'identifiant comme lesbiennes ou bisexuelles ayant répondu aux questions sur la connaissance de leur identification par leur(s) parent(s), c'est-à-dire respectivement 2 376 et 674 pour la mère, 2 230 et 613 pour le père, 2 405 et 663 pour les parents.

Significativité statistique : les comparaisons de pourcentages ont été réalisées avec un test du Chi2 : *** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05 ; non-significatif (ns) : p>0,05.

Tableau 2

Prévalence de mauvais état de santé mentale et odds ratios bruts et ajustés par identification sexuelle des enquêtées cisgenres selon la connaissance par leurs parents de cette identification. Enquête Virage LGBT, France, novembre 2015-mars 2016

Identification sexuelle des répondantes	Lesbienne		Bisexuelle	
	Oui (n=2 094)	Non (n=311) [IC95%]	Oui (n=358)	Non (n=305) [IC95%]
Connaissance de l'identification par les parents				
Prévalence brute de pensées suicidaires	25,7%	34,7%	33,8%	46,9%
Odds ratio brut	1	1,5*** [1,2-2,0]	1	1,7*** [1,3-2,4]
Odds ratio ajusté	1	1,1 ns [0,8-1,4]	1	1,3 ns [0,9-1,9]
Prévalence brute d'EDM, de dépression, d'anxiété	27,8%	34,1%	38,5%	53,8%
Odds ratio brut	1	1,3* [1,0-1,7]	1	1,8*** [1,4-2,5]
Odds ratio ajusté	1	1,0 ns [0,8-1,3]	1	1,4 ns [0,9-2,0]

Notes : les odds ratios ajustés prennent en compte l'âge, le niveau d'éducation, le statut d'activité, le niveau de revenu, la situation de couple, les violences subies au cours des 12 derniers mois, les violences sexuelles subies au cours de la vie, le statut migratoire, la conformité aux stéréotypes de genre, la fréquentation des lieux LGBT, la place de la religion dans l'éducation.

Champs : Ensemble des répondantes cisgenres à l'enquête Virage LGBT s'identifiant comme lesbiennes ou bisexuelles et ayant répondu aux/étant concernées par les questions sur la connaissance par les parents de leur identification sexuelle.

Significativité statistique : *** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05 ; non-significatif (ns) : p>0,05.

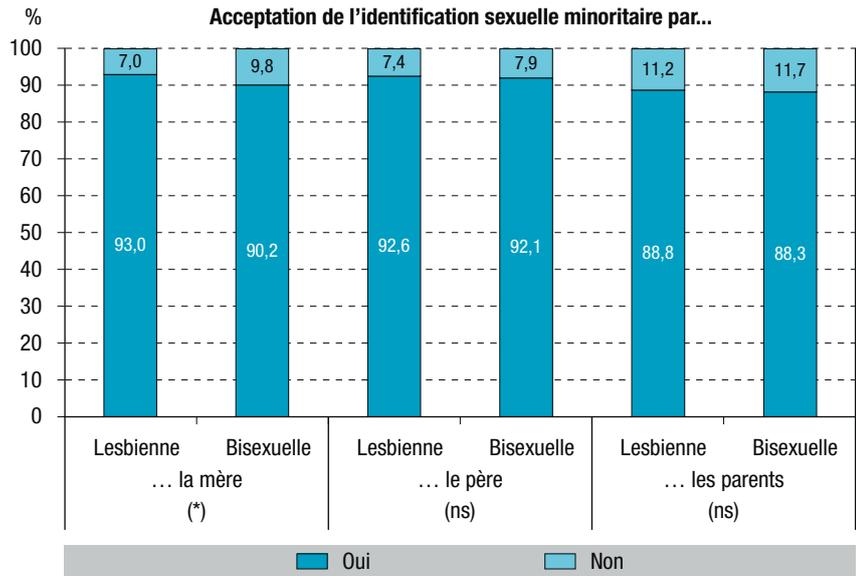
IC95% : intervalle de confiance à 95% ; EDM : épisode dépressif majeur.

sont moins nettes pour les femmes cisgenres bisexuelles, leur détresse diminuant avec la connaissance. La première partie de ce résultat n'éclaire pas les mécanismes du MFS, mais invite à s'interroger sur l'attitude des parents des femmes cisgenres lesbiennes et renseigne sur le rapport équivoque qu'elles peuvent avoir à la visibilité de leur identification^{5,25}. Leur situation minoritaire et minorisée les expose à certaines

stigmatisations. Or, si le cercle familial peut être un soutien important face aux expériences négatives, ces situations sont, à la différence par exemple du racisme, rarement expérimentées par les proches hétérosexuels dont les réactions peuvent s'avérer inadéquates voire délétères²⁵⁻²⁷. De fait, pour ces femmes, la simple connaissance par les parents de l'identification homosexuelle ne semble pas jouer de rôle protecteur puisqu'elle n'est pas

Figure 2

Acceptation de l'identification sexuelle par les parents selon l'identification sexuelle des enquêtées cisgenres. Enquête Virage LGBT, France, novembre 2015-mars 2016



Notes : Les deux dernières colonnes qui portent sur « les parents » sont la synthèse des réponses sur « la mère » et « le père ». Les parents acceptent l'identification de leur enfant si la mère et le père l'ont « Totalelement acceptée » ou « Plutôt acceptée », ou si un seul parent l'a « Totalelement acceptée » ou « Plutôt acceptée » et que l'enquêtée n'est pas concernée par la question sur le 2^e parent.
 Champs : Ensemble des répondantes cisgenres à l'enquête Virage LGBT s'identifiant comme lesbiennes ou bisexuelles, dont les parents connaissent l'identification sexuelle et qui ont répondu à la question sur son acceptation, c'est-à-dire respectivement 2 154 et 417 pour la mère, 1 862 et 318 pour le père, 1 994 et 341 pour les parents.
 Significativité statistique : Les comparaisons de pourcentages ont été réalisées avec un test du Chi2 : *** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05 ; non-significatif (ns) : p>0,05.

Tableau 3

Prévalence de mauvaise santé mentale et odds ratios bruts et ajustés par identification sexuelle des enquêtées cisgenres selon l'acceptation par leurs parents de cette identification. Enquête Virage LGBT, France, novembre 2015-mars 2016

Identification sexuelle des répondantes	Lesbienne		Bisexuelle	
	Oui (n=1 771)	Non (n=223) [IC95%]	Oui (n=301)	Non (n=40) [IC95%]
Acceptation de l'identification par les parents				
Prévalence brute de pensées suicidaires	24,6%	35,9%	31,6%	47,5%
Odds ratio brut	1	1,7*** [1,3-2,3]	1	2,0* [1,0-3,8]
Odds ratio ajusté	1	1,5** [1,1-2,0]	1	1,5 ns [0,7-3,3]
Prévalence brute d'EDM, de dépression, d'anxiété	26,1%	39,0%	37,2%	45,0%
Odds ratio brut	1	1,8*** [1,3-2,4]	1	1,4 ns [0,7-2,7]
Odds ratio ajusté	1	1,6** [1,2-2,2]	1	1,3 ns [0,6-2,9]

Notes : les odds ratios ajustés prennent en compte l'âge, le niveau d'éducation, le statut d'activité, le niveau de revenu, la situation de couple, les violences subies au cours des 12 derniers mois, les violences sexuelles subies au cours de la vie, le statut migratoire, la conformité aux stéréotypes de genre, la fréquentation des lieux LGBT, la place de la religion dans l'éducation
 Champ : Ensemble des répondantes cisgenres à l'enquête Virage LGBT s'identifiant comme lesbiennes ou bisexuelles et dont les parents connaissent l'identification sexuelle.
 Significativité statistique : *** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05 ; non-significatif (ns) : p>0,05.
 IC95% : intervalle de confiance à 95% ; EDM : épisode dépressif majeur.

associée à une moindre détresse psychologique. La seconde partie du résultat incite à se pencher sur la spécificité de la bisexualité féminine. Cette sexualité reste particulièrement discréditée par rapport à l'hétérosexualité, mais aussi par rapport à l'homosexualité. Si les femmes lesbiennes n'échappent pas à certains préjugés²⁸, ceux qui touchent à la bisexualité féminine font de cette identification une simple phase ou une sexualité

transitoire, ne remettant pas en cause l'hétérosexualité ou aboutissant à terme à l'homosexualité⁶. La plus faible connaissance parentale de l'identification bisexuelle serait alors le signe d'un manque de reconnaissance de cette sexualité. Dans ce contexte, le seul fait de faire savoir son identification bisexuelle aurait un rôle bénéfique. Ce résultat illustre le rapport spécifique à la visibilité d'une identification sexuelle particulièrement

déconsidérée et alimente les mécanismes du MFS quand l'identification sexuelle n'est pas connue (S2 et S3).

- Deuxièmement, le rejet parental de l'homosexualité ou bisexualité est toujours associé, bien que plus ou moins fortement, à de moins bons états psychologiques. Ainsi si « être dans le placard »¹⁸, c'est-à-dire cacher une identification non-hétérosexuelle, est considéré comme impactant négativement le bien-être des personnes, cela reste pour certaines une protection face aux réactions négatives pouvant découler de l'affirmation de soi²⁵. Ce résultat confirme un des mécanismes décrit par le modèle de facteur de stress (S1) : pour une part des femmes cisgenres lesbiennes et bisexuelles, la connaissance parentale de leur identification sexuelle aboutit à des situations de stigmatisation, détériorant leur état psychologique.

Ces analyses ne peuvent être séparées des caractéristiques des données mobilisées. Une limite des données de Virage LGBT est qu'elles proviennent d'un échantillon de convenance et ne sont pas représentatives des femmes cisgenres lesbiennes et bisexuelles. Cependant les recherches sur l'échantillonnage des personnes LGBT ont montré que ce type de données reste un matériau adéquat pour étudier ces populations pour qui la constitution d'un échantillon représentatif est impossible, les données de cadrage étant inexistantes²⁹. Pour autant, il est possible d'anticiper les effets induits par les spécificités de cet échantillon. Basée sur le volontariat et une campagne de communication, cette collecte amène à interroger des franges spécifiques de la population LGBT plus mobilisées et investies dans les espaces communautaires et potentiellement plus visibles en tant qu'homosexualité ou bisexuelles⁹. Ainsi, l'enquête Virage LGBT capterait moins les personnes LGBT qui ont des difficultés à faire part de leur identification sexuelle et pour lesquelles les conséquences négatives sur leur état psychologique sont les plus fortes. Nous pouvons donc supposer que l'importance des liens constatés dans l'article entre connaissance parentale et détresse psychologique des femmes cisgenres lesbiennes et bisexuelles est sous-évaluée.

Pour des raisons méthodologiques, le codage trichotomique des comportements parentaux « *Aucun des deux parents ; Au moins un des deux parents ; Les deux parents* » n'a pas été retenu car il amenait à travailler sur des sous-populations bisexuelles aux effectifs trop restreints pour produire des résultats robustes. Par ailleurs, la littérature soulignant des réactions différenciées entre mères et pères^{10,14}, il aurait *in fine* conduit à un codage en quatre modalités distinguant « *Seulement la mère ; Seulement le père* », donc à des sous-populations d'encore plus petites tailles.

La prise en compte de l'âge auquel les enquêtées font part de leur identification sexuelle à leurs parents permettrait d'approfondir les hypothèses et d'affiner

les analyses. Cependant l'enquête Virage n'enregistre pas cette information en tant que telle, mais interroge l'âge auquel les parents apprennent l'identification sexuelle de leur fille, ce qui regroupe une plus grande variété de situations que le questionnaire ne permet pas de distinguer.

Pour autant, des analyses à ce sujet permettraient d'affiner la description des situations familiales et d'améliorer la compréhension des mécanismes impactant l'état psychologique de ces femmes.

Les études françaises sur la santé mentale des personnes homo- et bisexuelles ont, depuis le début des années 2000, confirmé les résultats des études nord-américaines : les femmes lesbiennes et bisexuelles rapportent des états plus dégradés que les hétérosexuelles²². Bien que l'acceptation sociale et juridique des personnes LGBT se soit améliorée depuis les années 1980, des stigmatisations subies et redoutées demeurent et détériorent leur état psychologique. Confirmant ces précédents résultats, cet article vient enrichir la compréhension du phénomène. Il souligne en particulier le rapport non-univoque à la visibilité de l'identification homo- ou bisexuelle, les bénéfices de la connaissance parentale n'étant pas manifestes pour l'ensemble des femmes cisgenres lesbiennes et bisexuelles. Mais, il montre aussi le rôle notable que la cellule familiale peut avoir dans l'amélioration de leur état psychologique : alors que l'acceptation parentale de l'homosexualité et la bisexualité est associée à une moindre détresse chez ces femmes, le soutien familial peine à se faire sentir et demeure insuffisant. ■

Remerciements

Je remercie Line Chamberland, Claire Scodellaro, Marc Thévenin et Mathieu Trachman, ainsi que les relectrices et relecteurs anonymes de la revue pour leurs précieux conseils méthodologiques et théoriques qui m'ont permis d'enrichir cet article.

Liens d'intérêt

L'auteur ne déclare pas de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Financement

L'enquête Virage LGBT et l'auteur de l'article ont reçu le soutien financier de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) / Maladies infectieuses émergentes.

Références

- [1] Ross LE, Salway T, Tarasoff LA, MacKay JM, Hawkins BW, Fehr CP. Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *J Sex Res.* 2018;55(4-5):435-56.
- [2] Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE, Brennan DJ, Gesink D. Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: A systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health.* 2016;106(5):e1-12.
- [3] Meyer IH, Frost DM. Minority stress and the health of sexual minorities. In D'Augelli A editor. *Handbook of psychology and sexual orientation.* Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 252-66.
- [4] Lea T, de Wit J, Reynolds R. Minority Stress in Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults in Australia: Associations with Psychological Distress, Suicidality, and Substance Use. *Arch Sex Behav.* 2014;43(8):1571-8.

- [5] Chetcuti N. Se dire lesbienne. Vie de couple, sexualité, représentation de soi. Paris: Payot; 2010. 336 p.
- [6] Trachman M, Lejbowicz T, et l'équipe de l'enquête Virage. Les personnes qui se disent bisexuelles en France. *Population & Sociétés* (Ined). 2018;561:1-4. <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/personnes-qui-se-disent-bisexuelles-en-france/>
- [7] Bozon M. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable. *Agora Débats/Jeunesses*. 2012;1(60):121-34.
- [8] Bozon M. Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus. In: Bajos N, Bozon M editors. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte; 2008. p. 117-47.
- [9] Trachman M, Lejbowicz T. Lesbiennes, gays, bisexuel·le·s et trans (LGBT): une catégorie hétérogène, des violences spécifiques. *Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France*. Paris: Ined éditions; 2020. p. 355-90.
- [10] D'Augelli AR, Grossman AH, Starks MT. Parents' awareness of lesbian, gay, and bisexual youths' sexual orientation. *Journal of Marriage and Family*. 2005;67(2):474-82.
- [11] Patterson CJ. Family Relationships of Lesbians and Gay Men. *Journal of Marriage and Family*. 2000;62(4):1052-69.
- [12] Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*. 2009;123(1):346-52.
- [13] Ryan C, Russell ST, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2010;23(4):205-13.
- [14] Bajos N, Beltzer N. Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives. In: Bajos N, Bozon M (Dir.). *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte; 2008. p. 243-71.
- [15] Avanza M, Laferté G. Dépasser la « construction des identités » ? Identification, image sociale, appartenance. *Genèses*. 2005;4(61):134-52.
- [16] Beaubatie E. L'aménagement du placard. Rapports sociaux et invisibilité chez les hommes et les femmes trans' en France. *Genèses* 2019;1(114):32-52.
- [17] Sapinho D, Chan-Chee C, Briffault X, Guignard R, Beck F. Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils. *Bull Epidémiol Hebd*. 2008;314-7. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/mesure-de-l-episode-depressif-majeur-en-population-generale-apports-et-limites-des-outils>
- [18] Mesli R. Placard. In: Rennes J (Dir.). *Encyclopédie critique du genre : Corps, sexualité, rapports sociaux*. Paris: La Découverte; 2016. p. 449-58.
- [19] Beck F, Guignard R, Du Roscoât E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bull Epidémiol Hebd*. 2011;(47-48):488-92. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/tentatives-de-suicide-et-pensees-suicidaires-en-france-en-2010>
- [20] Verger P, Guagliardo V, Combes JB, Kovess-Masfety V, Lions C, Rouillon F, et al. Facteurs associés à la santé mentale des étudiants : facteurs socio-économiques et universitaires, support social et contrôle de soi. *Bull Epidémiol Hebd*. 2008;(35-36):325-8. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/facteurs-associes-a-la-sante-mentale-des-etudiants-facteurs-socio-economiques-et-universitaires-support-social-et-contrôle-de-soi>
- [21] Cox N, Dewaele A, van Houtte M, Vincke J. Stress-related growth, coming out, and internalized homonegativity in lesbian, gay, and bisexual youth. An examination of stress-related growth within the minority stress model. *J Homosex*. 2011;58(1):117-37.
- [22] Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. Risques suicidaires et minorités sexuelles : une problématique récente. *Agora Débats/Jeunesses*. 2011;2(58):33-46.
- [23] Maudet M. Religion et sexualité en France des années 1970 aux années 2000. Évolution des pratiques et attachement à la famille hétérosexuelle. *Population*. 2017;72(4):701-28.
- [24] Rault W. Les mobilités sociales et géographiques des gays et des lesbiennes. Une approche à partir des femmes et des hommes en couple. *Sociologie*. 2016;7(4):337-60.
- [25] Amari S. Lesbiennes de l'immigration. Construction de soi et relations familiales. *Vulaines-sur-Seine: Éditions du Croquant*; 2018. 361 p.
- [26] de Lira AN, de Morais NA. Resilience in lesbian, gay, and bisexual (LGB) populations: An integrative literature review. *Sex Res Soc Policy*. 2018;15(5):272-82.
- [27] Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. *Acquis des sciences sociales et perspectives*. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, coll. Santé en action; 2010. 112 p. http://info-suicide.be/wp-content/uploads/2014/05/INPES_minorites_sexuelles-B.pdf
- [28] Chamberland L, Thérout-Séguin J. Sexualité lesbienne et catégories de genre: L'hétéronormativité en milieu de travail. *Genre, Sexualité & Société*. 2009.
- [29] Meyer IH, Wilson PA. Sampling lesbian, gay, and bisexual populations. *Journal of Counseling Psychology*. 2009;56(1):23-31.

Citer cet article

Lejbowicz T. Connaissance et acceptation de l'identification sexuelle par les parents : quelles incidences sur la détresse psychologique des femmes cisgenres lesbiennes et bisexuelles ? *Bull Epidémiol Hebd*. 2021;(6-7):111-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/6-7/2021_6-7_3.html

VIOLENCES FAMILIALES SUBIES PAR LES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES LORS DU PREMIER CONFINEMENT LIÉ À L'ÉPIDÉMIE DE LA COVID-19

// DOMESTIC VIOLENCE SUFFERED BY MEN WHO HAVE SEX WITH MEN DURING THE FIRST LOCKDOWN RELATED TO COVID-19 PANDEMIC

Annie Velter¹ (annie.velter@santepubliquefrance.fr), Daniela Rojas Castro^{2,3}, Karen Champenois⁴, Nathalie Lydié¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Laboratoire de recherche communautaire, Coalition PLUS, Pantin

³ Aix-Marseille Univ, Inserm, IRD, Sesstim (Sciences économiques & sociales de la santé & traitement de l'information médicale), Marseille

⁴ IAME, UMR1137, Inserm, Université Paris-Diderot, Sorbonne Paris-Cité, Paris

Soumis le 12.02.2021 // Date of submission: 02.12.2021

Résumé // Abstract

Introduction – Les mesures de confinement prises en mars 2020 pour enrayer la propagation du coronavirus se sont accompagnées d'une augmentation des violences domestiques touchant les femmes, les enfants mais aussi les personnes lesbiennes, gays et bisexuelles. L'objectif de cette étude est d'estimer les prévalences de violences familiales subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) résidant avec un des membres de leur famille durant le premier confinement de 2020, de décrire leurs caractéristiques et les répercussions sur la santé.

Méthodes – L'Enquête Rapport au sexe (ERAS) est une enquête transversale, anonyme, auto-administrée en ligne et basée sur le volontariat. Son édition spéciale Covid-19 a été réalisée du 30 juin au 15 juillet 2020 par Santé publique France. Au total, 8 345 HSH résidant en France ont répondu à l'enquête.

Résultats – Parmi les 8 345 HSH répondants, 2 467 ont rapporté vivre dans le même logement qu'un des membres de leur famille durant les huit semaines du premier confinement. Parmi ces derniers, 35,2% (868) ont déclaré avoir subi des violences familiales au cours de cette période, majoritairement des violences verbales d'ordre psychologique. Ces hommes se caractérisent par leur jeune âge et une situation socioéconomique précaire. Cet environnement familial hostile a eu des répercussions négatives sur la santé, un tiers d'entre eux présentant un score d'anxiété sévère.

Conclusion – Un plan d'urgence a été lancé par le gouvernement afin de lutter contre les violences anti-LGBT, mais compte tenu de la prolongation de la crise sanitaire, des initiatives innovantes doivent être mises en œuvre pour leur apporter tout le soutien dont ils ont besoin.

Introduction – The containment measures taken in March 2020 to stop the spread of the Coronavirus strengthened social disparities in populations already vulnerable in terms of physical and mental health and living conditions. Thus, an increase in domestic violence has been observed affecting women and children but also lesbian, gay, bisexual (LGB) people.

The objective of this article is to estimate the levels of domestic violence suffered by men who have sex with men (MSM) residing during the eight weeks of the first lockdown of 2020 in a housing with one of their family members, to describe their characteristics and the impacts on health.

Methods – ERAS is an anonymous, self-administered online cross-sectional survey based on voluntary. The COVID-19 special edition was conducted from 30 June to 15 July 2020 from Santé publique France. A total of 8,345 MSM residing in France responded to the survey.

Results – Among the 8,345 MSM respondents, 2,467 reported living in the same housing as a family member during the eight weeks of the first lockdown. Among the latter, 35.2% (868) reported experiencing domestic violence during this period, mostly psychological verbal violence. The victims of domestic violence were young and in a precarious socio-economic situation. In this context of lockdown, this unfavorable family environment had negative impacts on the mental health of the victims.

Conclusion – An action plan was launched by the government to combat anti-LGBT violence, but in light of the successive measures taken to contain the epidemic, innovative initiatives must be implemented to give them all the support they need.

Mots-clés : Violence, Covid-19, Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, Confinement, Santé mentale
// **Keywords**: Violence, COVID-19, Men who have sex with men, Lockdown, Mental health

Introduction

En mars 2020, devant l'aggravation de la crise sanitaire liée à la propagation du coronavirus SARS-CoV-2, des mesures d'exception ont été mises en œuvre avec l'instauration de l'état d'urgence sanitaire et, dès le 17 mars 2020, le confinement total de l'ensemble de la population durant huit semaines (Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020). Ces mesures ont accentué des disparités sociales préexistantes dans des populations déjà vulnérables tant en termes de santé physique, mentale ou encore de condition de vie¹⁻³. Ainsi, une augmentation des violences conjugales et intrafamiliales a été relayée, dès les premières semaines du confinement, par le secrétariat d'État à l'Égalité entre les femmes et les hommes, notamment chez les personnes lesbiennes, gays ou bisexuelles (LGB). Des données récentes antérieures à la crise sanitaire révélaient déjà que les personnes LGB rapportaient plus fréquemment que les personnes hétérosexuelles avoir subi des violences familiales au cours de leur vie⁴ : c'était le cas de 30% des hommes s'identifiant homosexuels, 36% pour ceux s'identifiant bisexuels, contre 13% pour les hommes hétérosexuels. De nombreuses études américaines⁵⁻⁸ ont montré que le fait de vivre dans un environnement familial hostile pouvait avoir des conséquences sur la santé des personnes LGB et plus spécifiquement sur leur santé mentale.

C'est dans ce contexte de distanciation sociale liée à la pandémie que Santé publique France a réalisé une édition spéciale Covid-19 de l'Enquête Rapport au sexe (ERAS), dont l'objectif principal était de déterminer l'impact perçu de la crise sanitaire de la Covid-19 sur les conditions de vie et la santé des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH). Plus particulièrement, l'objectif de cet article est d'estimer les prévalences de violences familiales subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et résidant avec un des membres de leur famille durant le premier confinement de 2020, ainsi que de décrire leurs caractéristiques et les répercussions sur la santé.

Méthodes

Source de données

ERAS est une enquête transversale répétée anonyme, auto-administrée en ligne, basée sur le volontariat. Les participants ont été recrutés par le biais de différents supports numériques. Des bannières ont été postées directement sur des sites Internet de rencontres gays, des applications de rencontres géolocalisées gays et des sites d'information affinitaires gays. Par ailleurs, des bannières ont été diffusées *via* des plateformes programmatiques. Les critères de diffusion étaient : le ciblage des hommes de 18 ans et plus, naviguant sur des pages contenant des mots-clés en relation avec l'homosexualité et les rencontres entre hommes. De la même manière, sur les réseaux sociaux (Facebook), les hommes de 18 ans et plus ayant « liké » des contenus ou des pages en lien avec l'homosexualité

ont été exposés aux bannières de la campagne. En cliquant sur ces dernières, les personnes étaient dirigées vers le site de l'enquête où des informations sur ses objectifs étaient présentées, ainsi que les conditions de participation et la confidentialité des données. Les participants étaient invités à valider leur consentement pour accéder au questionnaire en ligne. Aucune adresse IP n'a été collectée. Aucune incitation financière n'a été proposée. Les seuls critères d'inclusion pour participer étaient le fait d'être un homme et d'avoir 18 ans ou plus.

Le questionnaire, divisé en quatre parties, documentait les caractéristiques sociodémographiques, les conditions de vie durant les huit semaines du premier confinement et les éventuels changements, la santé et les comportements sexuels.

Variables

Les violences intrafamiliales étaient appréhendées à partir des questions suivantes : « *Durant les huit semaines de confinement, vous est-il arrivé qu'une personne qui vivait avec vous ? (a) Vous dévalorise, (b) Vous fasse des remarques désagréables sur votre apparence physique, (c) Vous insulte ou vous injurie, (d) S'en prenne physiquement à vous, (e) Vous impose des gestes sexuels que vous refusiez* ». Pour les répondants ayant répondu par l'affirmative à l'une de ces propositions, la question suivante leur était posée : « *Pensez-vous que ces insultes ou ces actes étaient liés à votre orientation sexuelle ?* »

Ces données ont été analysées en fonction de variables sociodémographiques d'une part et, d'autre part, de variables rendant compte des répercussions sur la santé et le bien-être :

1. Les variables sociodémographiques prenant en compte plusieurs déterminants sociaux de la santé⁹ : l'âge, le niveau d'études, la situation professionnelle avant le premier confinement et son évolution liée à la période du confinement, l'évolution de la situation financière liée à la période du confinement, la résidence dans le logement habituel durant le confinement. Les variables liées à l'homosexualité ont également été analysées : l'affirmation de son orientation sexuelle, le fait d'avoir déjà eu des rapports sexuels avec un homme au cours de sa vie.
2. Les variables rendant compte des répercussions sur la santé durant le confinement, des expériences de violences en référence au modèle des voies de la stigmatisation¹⁰ : le fait d'avoir souffert d'isolement, d'anxiété mesurée par le *Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)*¹¹ avec un score de 10 comme seuil d'anxiété sévère¹² ; le fait d'avoir pris des médicaments pour les nerfs ou pour dormir ; le fait d'avoir recherché un soutien psychologique.

La population d'étude était celle des hommes vivant en France et s'auto-définissant homosexuel ou bisexuel et ceux s'auto-définissant hétérosexuel ou refusant de se définir par rapport à leur sexualité, mais

rapportant des relations sexuelles avec des hommes au cours de leur vie. Ils constituent la catégorie « HSH » telle que définie par l'ONUSIDA en 2011¹³.

Analyses statistiques

Les pourcentages issus des analyses bivariées ont été comparés en utilisant le test d'indépendance du Chi² de Pearson, avec un seuil maximal retenu à 5%. Des régressions logistiques ont été menées pour quantifier la force du lien entre la variable d'intérêt et les caractéristiques sociodémographiques de la population, mesurés à l'aide de l'odds ratio ajusté (ORa) et par le test de Wald avec un seuil maximal de significativité fixé à 5%. Des ajustements sur l'âge, le niveau d'études et la situation professionnelle avant le premier confinement ont été réalisés sur les variables rendant compte des répercussions sur la santé, des violences subies, mesurés à l'aide de l'ORa. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata® 14.1.

Résultats

Durant les 15 jours d'enquête, 9 488 hommes ont complété et validé le questionnaire. Parmi eux, 87 ont été exclus car ils résidaient à l'étranger et 1 056 car ils se définissaient comme hétérosexuels ou refusaient de se définir et n'avaient jamais eu de rapport sexuel avec un homme. Parmi les 8 345 HSH inclus, durant les huit semaines du premier confinement, 2 467 (30%) ont rapporté vivre dans le même logement que leurs parents (1 415, 57%) ou un autre membre de leur famille (623, 25%) ou leurs parents et un autre membre de leur famille (429, 17%).

Caractéristiques des répondants résidant avec leurs parents ou d'autres membres de leur famille

Le tableau 1 décrit les caractéristiques des HSH ayant résidé dans le même logement qu'un des membres de leur famille durant le premier confinement. Par rapport aux répondants n'ayant pas cohabité avec des membres de leur famille, ces répondants étaient plus jeunes : 65% d'entre eux étaient âgés de moins de 25 ans contre 14%. Bien que moins diplômés (32% n'avaient pas suivi d'études supérieures contre 23%), plus de la moitié étaient étudiants (54% vs 11%). Ils résidaient plus souvent dans une ville de moins de 2 000 habitants (19% vs 12%). Pour un tiers de ces répondants, le logement occupé durant cette période n'était pas leur logement habituel. Cette proportion était identique pour les répondants étudiants. Durant les huit semaines du premier confinement, leur situation professionnelle avait moins souvent changé (51% vs 42%) et leur situation financière s'était moins dégradée (18% vs 24%). Du point de vue de leur santé, ces répondants rapportaient plus souvent avoir souffert d'isolement durant la période de confinement (30% vs 19%) et enregistraient un score d'anxiété sévère pour 22% d'entre eux contre 15% pour les autres répondants. En termes d'orientation sexuelle et de pratique sexuelle, ils se définissaient

moins souvent homosexuels (68% vs 83%) et plus souvent bisexuels (22% vs 11%) ; une large majorité (90%) avait déjà eu au moins un rapport sexuel avec un autre homme au cours de la vie.

Violences familiales subies au cours des huit semaines du premier confinement

Sur l'ensemble des répondants, 10,4% ont déclaré avoir subi des violences familiales au cours des huit semaines du premier confinement. Parmi les répondants vivant avec leurs parents ou d'autres membres de leur famille, cette proportion s'élevait à 35,2% (868) (tableau 2). La majorité des répondants rapportant ces violences habitait avec leurs parents (81%). Il s'agissait majoritairement de violences verbales psychologiques, mais les injures et agressions physiques concernaient 15% des répondants. Dans le détail, 24,4% des répondants rapportaient avoir subi des propos dévalorisants, 19,5% des remarques désagréables sur leur apparence physique, 14,2% des insultes ou injures, 2,6% des agressions physiques et 0,5% des gestes sexuels imposés que les répondants refusaient. La somme des différents types de violences n'est pas égale à l'indicateur global, un répondant pouvant déclarer des violences de plusieurs natures. Ainsi, si parmi les répondants ayant subi des propos dévalorisants, 31,4% avaient déclaré ce seul fait de violence, 19,6% avaient également mentionné avoir été l'objet de remarques désagréables sur leur apparence physique et d'insultes. Ceux ayant subi des agressions physiques étaient 36% à avoir aussi subi des propos dévalorisants, des remarques désagréables sur leur apparence et des insultes.

Parmi les répondants ayant subi des violences familiales, 12% (106) pensaient qu'elles étaient liées à leur orientation. En outre, ils rapportaient pour 13% d'entre eux qu'il s'agissait d'agressions physiques ou sexuelles contre 7% pour ceux dont les violences n'étaient pas liées, selon eux, à leur orientation sexuelle. Ils n'étaient pas différents en termes de caractéristiques sociodémographiques des autres répondants ayant subi des violences familiales mais pour qui ces violences n'étaient pas liées à leur orientation sexuelle ou ne le savaient pas.

Prévalence des violences familiales selon les caractéristiques sociodémographiques des HSH cohabitant avec un des membres de leur famille durant le premier confinement lié à la Covid-19

La moitié des HSH âgés de moins de 20 ans rapportaient avoir été victimes de violences familiales (tableau 3) et cette proportion diminuait avec l'âge. Des différences socioéconomiques étaient observables : 42% des HSH n'ayant pas suivi d'études supérieures rapportaient des violences familiales, 41% parmi les HSH au chômage ou au RSA ou encore inactifs et 43% parmi les étudiants, contre 22% parmi ceux exerçant une activité professionnelle. De même, ceux dont la situation financière s'est dégradée en raison du Covid-19 rapportaient plus

Tableau 1

Caractéristiques des HSH# selon qu'ils cohabitaient avec des membres de leur famille durant le premier confinement lié à la Covid-19 ou pas, ERAS Covid-19 (N=8 345), France, 2020

	Oui		Non		Total		p
	n	%	n	%	N	%	
Âge	2 467	29,6	5 878	70,4	8 345	100,0	<0,001
<20 ans	608	24,6	99	1,7	707	8,5	
20-24 ans	999	40,5	721	12,3	1 720	20,6	
25-29 ans	378	15,3	1 150	19,6	1 528	18,3	
30 et plus	482	19,5	3 908	66,5	4 390	52,6	
Niveau d'études inférieur ou égal au bac							<0,001
Non	1 671	67,7	4 518	76,9	6 189	74,2	
Oui	796	32,3	1 360	23,1	2 156	25,8	
Taille de la ville de résidence							
<2 000 habitants	476	19,3	696	11,8	1 172	14,0	
2 000 à 100 000 habitants	1 169	47,4	2 434	41,4	3 603	43,2	
>100 000 habitants	822	33,3	2 748	46,8	3 570	42,8	
Situation professionnelle avant le 1^{er} confinement							<0,001
Salarié, indépendant, auto-entrepreneur, retraité	929	37,7	4 863	82,7	5 792	69,4	
Chômage, RSA, inactif	206	8,4	381	6,5	587	7,0	
Étudiant	1 332	54,0	634	10,8	1 966	23,6	
Situation professionnelle inchangée durant le 1^{er} confinement							<0,001
Non	1 216	49,3	3 393	57,7	4 609	55,2	
Oui	1 251	50,7	2 485	42,3	3 736	44,8	
Situation financière dégradée en raison de la Covid-19							<0,001
Non	2 015	81,7	4 469	76,0	6 484	77,7	
Oui	452	18,3	1 409	24,0	1 861	22,3	
Se définir homosexuel							<0,001
Non	779	31,6	1 008	17,1	1 787	21,4	
Oui	1 688	68,4	4 870	82,9	6 558	78,6	
Avoir eu des rapports sexuels avec un homme au cours de la vie							<0,001
Non	237	9,6	96	1,6	333	4,0	
Oui	2 230	90,4	5 782	98,4	8 012	96,0	
Résidence dans le logement habituel durant le 1^{er} confinement							<0,001
Non	846	34,3	544	9,3	1 390	16,7	
Oui	1 621	65,7	5 334	90,7	6 955	83,3	
Avoir souffert d'isolement durant le 1^{er} confinement							<0,001
Non	1 733	70,2	4 741	80,7	6 474	77,6	
Oui	734	29,8	1 137	19,3	1 871	22,4	
Score d'anxiété élevée (GAD-7>10)							
Non	1 929	78,2	4 998	85,0	6 927	83,0	
Oui	538	21,8	880	15,0	1 418	17,0	
Avoir pris des médicaments pour les nerfs ou pour dormir durant le 1^{er} confinement							<0,001
Non	2 095	84,9	4 778	81,3	6 873	82,4	
Oui	372	15,1	1 100	18,7	1 472	17,6	
Avoir recherché un soutien psychologique durant le 1^{er} confinement							<0,001
Non	2 246	91,0	5 521	93,9	7 767	93,1	
Oui	221	9,0	357	6,1	578	6,9	

Source : ERAS Spécial Covid-2019, réalisée du 30 juin au 15 juillet 2020.

Répondants HSH résidant en France.

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; ERAS : Enquête Rapport au sexe ; RSA : Revenu de solidarité active ; GAD-7 : *Generalized anxiety disorder-7*.

Tableau 2

Fréquence et types de violences familiales subies par les HSH# cohabitant avec des membres de leur famille durant le premier confinement lié à la Covid-19 (N=867), ERAS Covid19, France, 2020

	Effectifs	%
HSH résidant avec au moins un membre de leur famille durant le premier confinement	2 467	
Toutes violences familiales	868	35,2
Dévalorisations, remarques ou injures par une personne résidant dans le logement	863	35,0
Dévalorisation par une personne dans le logement	601	24,4
Remarques désagréables sur l'apparence physique	482	19,5
Insultes ou injures	351	14,2
Agressions physiques ou sexuelles par une personne résidant dans le logement	71	2,9
Agressions physiques	64	2,6
Agressions sexuelles	11	0,5

Source : ERAS Spécial Covid-2019, réalisée du 30 juin au 15 juillet 2020.

Répondants HSH résidant en France.

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; ERAS : Enquête Rapport au sexe.

Note : Un répondant peut avoir déclaré plusieurs types de violences psychiques et/ou physiques et/ou sexuelles. La somme des indicateurs de violences est supérieure à 100 et à l'indicateur global « toutes violences familiales ».

Tableau 3

Prévalence des violences familiales selon les caractéristiques sociodémographiques des HSH# cohabitant avec un des membres de leur famille durant le premier confinement lié à la Covid-19, ERAS Covid-19 (N=2 467), France, 2020

	Effectifs	%	p	ORa	IC95%
	868	35,2			
Âge			<0,001		
<20 ans	309	50,8		3,25***	[2,23-4,73]
20-24 ans	366	36,6		2,03***	[1,48-2,78]
25-29 ans	102	27,0		1,53**	[1,09-2,13]
30 ans et plus	91	18,9		1,00	Ref.
Niveau d'études inférieur ou égal au bac			<0,001		
Non	531	31,8		1,00	Ref.
Oui	337	42,3		1,19	[0,95-1,46]
Situation professionnelle avant le 1^{er} confinement			<0,001		
Salarié, indépendant, auto-entrepreneur, retraité	208	22,4		1,00	Ref.
Chômage, RSA, inactif	85	41,3		1,84***	[1,31-2,60]
Étudiant	575	43,2		1,54***	[1,19-2,00]
Situation professionnelle inchangée durant le 1^{er} confinement			<0,001		
Non	375	30,8		1,00	Ref.
Oui	493	39,4		1,09	[0,90-1,30]
Situation financière dégradée en raison de la Covid-19			0,001		
Non	679	33,7		1,00	Ref.
Oui	189	41,8		1,87***	[1,44-2,43]
Résidence dans logement habituel durant le 1^{er} confinement			0,036		
Non	274	32,4		1,00	Ref.
Oui	594	36,6		0,95	[0,79-1,15]
Se définir homosexuel			0,030		
Non	298	38,3		1,00	Ref.
Oui	570	33,8		0,99	[0,82-1,21]
Avoir eu des rapports sexuels avec un homme au cours de la vie			0,001		
Non	107	45,1		1,00	Ref.
Oui	761	34,7		0,94	[0,71-1,27]

Répondants HSH résidant en France. Source : ERAS Spécial Covid-2019, réalisée du 30 juin au 15 juillet 2020.

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; ERAS : Enquête Rapport au sexe ; RSA : Revenu de solidarité active.

*** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05 ; NS : non significatif.

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; ORa : odds ratio ajusté sur l'âge, le niveau d'étude, la situation professionnelle avant le confinement, situation professionnelle inchangée durant le premier confinement, situation financière dégradée en raison de la Covid-19, résidence dans logement habituel durant le premier confinement, se définir homosexuel, avoir eu des rapports sexuels avec un homme au cours de la vie.

Tableau 4

Caractéristiques liées à la santé mentale des HSH# cohabitant avec un des membres de leur famille selon le fait d'avoir subi des violences familiales durant le premier confinement lié à la Covid-19, ERAS Covid-19 (N=2 467), France, 2020

	Avoir subi des violences familiales durant le premier confinement lié à la Covid-19 (N=868)	Effectifs	%	p	ORa*	IC95%
Avoir souffert d'isolement durant le 1 ^{er} confinement	Non	349	21,8	<0,001	1,00	Ref.
	Oui	385	44,4		2,40***	
Score d'anxiété élevé (GAD-7>10)	Non	250	15,6	<0,001	1,00	Ref.
	Oui	288	33,2		2,40***	
Avoir pris des médicaments pour les nerfs ou pour dormir durant le 1 ^{er} confinement	Non	223	13,9	0,033	1,00	Ref.
	Oui	149	17,2		1,42**	
Avoir recherché un soutien psychologique durant le 1 ^{er} confinement	Non	102	6,4	<0,001	1,00	Ref.
	Oui	119	13,7		2,24***	

Répondants HSH résidant en France. Source : ERAS Spécial Covid-2019, réalisée du 30 juin au 15 juillet 2020.

ORa : odds ratio ajusté sur l'âge, le niveau d'étude, la situation professionnelle avant le confinement, situation professionnelle inchangée durant le premier confinement, situation financière dégradée en raison de la Covid-19, résidence dans logement habituel durant le premier confinement, se définir homosexuel, avoir eu des rapports sexuels avec un homme au cours de la vie.

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; *** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05 ; NS : non significatif.

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; ERAS : Enquête Rapport au sexe ; GAD-7 : *Generalized anxiety disorder-7*.

souvent des violences familiales (42%). Les HSH résidant habituellement avec l'un des membres de leur famille étaient 37% à avoir subi des violences familiales contre 32% pour ceux n'y logeant que depuis le confinement (p<0,036).

En analyse multivariée (tableau 3), le fait d'être jeune, au chômage ou étudiant, d'avoir une situation financière dégradée à cause du Covid-19 étaient associés au fait d'avoir été victime de violences familiales durant le premier confinement.

Caractéristiques liées à la santé des HSH cohabitant avec un des membres de leur famille selon le fait d'avoir subi des violences familiales durant le premier confinement lié à la Covid-19

Parmi les HSH ayant subi des violences familiales durant le premier confinement, 44% avaient rapporté avoir souffert d'isolement durant cette période contre 22% parmi les HSH n'ayant pas subi de violences familiales. Un tiers d'entre eux avaient un score d'anxiété sévère contre 15% pour ceux n'en n'ayant pas subi. Ils rapportaient plus que les autres avoir pris des médicaments pour les nerfs ou pour dormir durant le premier confinement, ou encore avoir recherché un soutien psychologique durant le premier confinement (tableau 4). Ces différences se maintiennent après ajustement sur les variables sociodémographiques avec des ORa proches ou supérieurs à 2.

Discussion

Pour la première fois, cette étude permet de quantifier les violences intrafamiliales subies par les HSH durant les huit semaines du premier confinement. Elle confirme les témoignages de grande souffrance, publiés dans la presse, de jeunes LGB contraints de vivre dans des environnements familiaux parfois hostiles. C'est plus d'un tiers des HSH vivant au moment du confinement

avec des membres de leur famille qui ont rapporté avoir subi des violences. Il s'agit majoritairement de violences psychiques.

Ces résultats sont cohérents avec ceux d'enquêtes réalisées antérieurement à la crise sanitaire du Covid-19 en population générale rapportant une situation de vulnérabilité spécifique aux minorités sexuelles. Bien que les violences intrafamiliales liées à l'orientation sexuelle ne puissent être isolées, les prévalences étaient plus élevées pour les hommes gays ou bisexuels que pour les hommes hétérosexuels, que ce soit au cours de la vie⁴ ou de l'année précédant l'enquête¹⁴. À l'instar de ces enquêtes en population générale, la nature des violences est majoritairement psychologique. Dans l'enquête Virage⁽¹⁾, 72% des violences familiales subies au cours de la vie par des hommes s'identifiant gay étaient d'ordre psychologique⁴. Mais, en l'espace de huit semaines, 3% des répondants cohabitant avec leur famille ont rapporté avoir été agressés physiquement ou sexuellement par un membre de leur famille, traduisant des situations d'une grande détresse nécessitant des mesures d'urgence pour protéger ces personnes. Par ailleurs, il est difficile à partir de notre enquête de savoir si ces violences préexistaient avant le confinement et si elles ont augmenté durant cette période, l'enquête ne renseignant pas l'existence antérieure de ces violences familiales.

La part des répondants précisant que ces violences étaient liées à leur orientation sexuelle est faible (12% des répondants), moindre que celle des répondants d'ERAS-2019¹⁵. Il se peut que les répondants, compte tenu de leur jeune âge, n'aient pas encore fait leur *coming out* auprès de leur famille et ne puissent

(1) Enquête « Violences et rapports de genre : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et par les hommes », réalisée en 2015 par l'Institut national d'études démographiques (Ined).

incriminer ce motif¹⁶, mais nous ne disposons pas de cette information pour confirmer cette hypothèse. Bien que la révélation de son orientation sexuelle ou la connaissance de celle-ci ait beaucoup évolué en France au cours de ces dernières décennies, il n'en reste pas moins que les jeunes HSH de moins de 20 ans sont encore nombreux à ne pas avoir annoncé leur orientation sexuelle à leur famille¹⁷. Cette situation de « non-dévoilement » peut générer du stress par la mise en œuvre de stratégies pour conserver le secret dans la crainte d'être découvert et stigmatisé⁶.

Le profil des répondants ayant subi des violences n'est pas différent des profils dans des études menées antérieurement à la crise sanitaire¹⁸. Les jeunes HSH sont particulièrement concernés : les 18-19 ans rapportent trois fois plus que leurs aînés avoir subi des violences intrafamiliales. Les HSH avec des situations professionnelles ou financières précaires sont également plus susceptibles d'avoir subi ces violences. Au regard de leur très jeune âge et de leur situation socioéconomique, ils sont dépendants matériellement et financièrement de leur famille et n'ont pas la capacité de quitter ce milieu hostile sans risquer de tomber dans une très grande précarité¹⁹. Les étudiants sont également particulièrement concernés. La majorité d'entre eux résidaient déjà avec leur famille avant le confinement. Moins d'un tiers seulement des répondants étudiants de notre étude étaient retournés chez leur parent durant le confinement, probablement en raison de la fermeture des universités et des écoles. Dans une étude réalisée auprès d'étudiants en population générale, c'était la moitié qui était dans ce cas²⁰. On peut faire l'hypothèse que les étudiants HSH ont préféré ne pas retourner dans leur famille plutôt que de se retrouver dans un milieu familial hostile avec un sur-risque de rejet et de victimisation familial²¹. D'ailleurs, il n'est pas constaté de différence significative quant au fait d'habiter avant le confinement avec un membre de sa famille ou pas et d'avoir subi des violences, après ajustement sur les variables sociodémographiques.

De nombreuses études ont documenté les répercussions des violences intrafamiliales sur la santé des personnes LGB avant la crise sanitaire du coronavirus^{6-8,22-26} et durant la crise^{16,27,28}. Nos résultats vont dans ce sens : les HSH ayant subi des violences familiales durant le confinement rapportaient plus souvent souffrir d'isolement ou d'anxiété sévère que ceux n'en n'ayant pas subi. Si, de manière générale, les restrictions de sortie, mises en œuvre pour contenir la propagation de la Covid-19, ont entraîné une diminution des interactions sociales pour certains HSH, ces mesures de distanciation physique ont entraîné simultanément le confinement dans des environnements familiaux défavorables et l'isolement des liens sociaux identitaires. Il ne leur était plus possible de rencontrer leurs amis ou encore de fréquenter les lieux communautaires afin d'obtenir un soutien²¹, accentuant ce sentiment d'isolement dans un climat familial anxigène⁶. Si

notre étude ne nous permet pas de savoir si le niveau d'anxiété durant le confinement était plus élevé qu'antérieurement comme le rapportent plusieurs études^{29,30}, il n'en reste pas moins que les répondants ayant subi des violences intrafamiliales ont plus souvent pris des médicaments pour les nerfs ou pour dormir durant cette période et/ou recherché un soutien psychologique traduisant ce sentiment d'isolement déclaré.

Cette étude comporte des limites d'ordre méthodologique. L'usage d'enquêtes dites de convenance, basées sur le volontariat, comme ERAS, tend à surreprésenter les hommes les plus identitaires^{31,32}, nos résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population des HSH vivant en France. Pour autant, le recrutement *via* les réseaux sociaux a permis de diversifier les profils socio-démographiques et affinitaires des répondants d'ERAS et d'inclure des hommes moins visibles comme ces jeunes hommes ne s'identifiant pas homosexuels, n'ayant pas forcément fait leur *coming out* auprès de leurs parents. Aussi est-il difficile de conclure à une sur-déclaration ou sous-estimation des prévalences de violences intrafamiliales.

Conclusion

Les résultats de cette étude révèlent un niveau élevé des violences subies durant le premier confinement de mars 2020 dû à l'épidémie de Covid-19 par les HSH vivant dans leur famille. Ils décrivent une population extrêmement vulnérable de par son très jeune âge, sa situation économique précaire et sa fragilité psychologique. Cet environnement familial hostile a des répercussions négatives sur la santé mentale, tout particulièrement dans ce contexte de confinement, et peut entraîner d'autres vulnérabilités de santé. À l'appel de plusieurs associations, et suite aux témoignages de victimes, un plan d'urgence a été lancé par le gouvernement afin de lutter contre les violences anti-LGBT. Il comprend, entre autres, la mise à disposition de nuitées d'hôtel pour les jeunes confrontés à ces violences homophobes afin de les protéger au plus vite, la réactivation de lignes téléphoniques ou encore le lancement d'une application visant à signaler des actes de violence. Cependant, l'épidémie perdure et les périodes de confinement et de couvre-feu se succèdent, pérennisant ces situations de vulnérabilité. La mise en place de ressources innovantes *d'empowerment*, comme les plateformes de Chat dédiées aux jeunes LGBT aux États-Unis²⁷, est impérative dans l'optique d'améliorer la sécurité des HSH et de leur apporter le soutien dont ils ont besoin. ■

Remerciements

Les auteurs remercient Nicolas Etien (Santé publique France), Bérangère Gall et Julien Vivant (BVA) pour la qualité de leur travail dans la mise en œuvre de l'enquête, nos partenaires associatifs pour leur soutien et relai de l'enquête dans leur réseau et l'ensemble des hommes gays et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes d'avoir pris le temps de répondre à l'enquête.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Dubost CL, Pollack C, Rey S (Coord.). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. État des lieux et perspectives. Les dossiers de la Drees. 2020;62:1-40. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-inegalites-sociales-face-lepidemie-de-covid-19-etat-des>
- [2] Bajos N, Warszawski J, Pailhé A, Counil E, Jusot F, Spire A, *et al.* Les inégalités sociales au temps du Covid-19. IReSP-Questions de santé publique. 2020;40(numéro spécial):1-12. <https://www.iresp.net/actualite/numero-speciale-de-la-revue-question-de-sante-publique-les-inegalites-sociales-au-temps-du-covid-19/>
- [3] Chan-Chee C, Léon C, Lasbeur L, Lecrique J, Raude J, Arwidson P, *et al.* La santé mentale des Français face au Covid-19: prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (Enquête CoviPrev 23-25 mars et 30 mars-1^{er} avril 2020). Bull Epidémiol Hebd. 2020;13:260-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/13/2020_13_1.html
- [4] Trachman M, Lejbowicz T. Lesbiennes, gays, bisexuels, trans (LGBT) : une catégorie hétérogène, des violences spécifiques. In: Brown E (Dir.), Debauche A (Dir.), Hamel C (Dir.) *et al.*, Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France. Paris: Ined éditions;2020. p. 355-90.
- [5] McGeough BL, Sterzing PR. A systematic review of family victimization experiences among sexual minority youth. J Prim Prev. 2018;39(5):491-528.
- [6] Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychol Bull. 2003;129(5):674-97.
- [7] Russell ST, Fish JN. Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12:465-87.
- [8] Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. Pediatrics. 2009;123(1):346-52.
- [9] Wilkinson R, Marmot M. Les déterminants sociaux de la santé. Les faits. 2^e éd. Copenhague: Organisation mondiale de la santé (bureau régional de l'Europe); 2004. 42 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107343>
- [10] Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, van Brakel W, L CS, Barré I, *et al.* The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. BMC Med. 2019;17(1):31.
- [11] Kertz S, Bigda-Peyton J, Bjorgvinsson T. Validity of the generalized anxiety disorder-7 scale in an acute psychiatric sample. Clin Psychol Psychother. 2013;20(5):456-64.
- [12] Plummer F, Manea L, Trepel D, McMillan D. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: A systematic review and diagnostic metaanalysis. Gen Hosp Psychiatry. 2016;39:24-31.
- [13] ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida). Guide de la terminologie de l'ONUSIDA. Genève: ONUSIDA, 2019. 64 p. https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2019/terminology_guidelines
- [14] El Khoury Lesueur F, Léon C, Héon M, Sitbon A, Velter A. Santé mentale des adultes selon l'orientation sexuelle et violences subies. Résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd 2021;(6-7):97-104. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/6-7/2021_6-7_1.html
- [15] Duchesne L, Lydié N, Velter A. Violences homophobes subies par les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en 2019. Enquête Rapport au sexe. Bull Epidémiol Hebd. 2021;(6-7):105-11. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/6-7/2021_6-7_2.html
- [16] Suen YT, Chan RCH, Wong EMY. Effects of general and sexual minority-specific COVID-19-related stressors on the mental health of lesbian, gay, and bisexual people in Hong Kong. Psychiatry Res. 2020;292:113365.
- [17] Rault W. Parcours de jeunes gays dans un contexte de reconnaissance. Banalisation des expériences ou maintien des singularités? Agora Débats/Jeunesses. 2011;1(57):7-22.
- [18] Velter A. État dépressif, conduite suicidaire et discriminations homophobes. In: Velter A, ed. Enquête Presse Gay 2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2007. p. 57-69. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enquete-presse-gay-2004>
- [19] Keuroghlian AS, Shtasel D, Bassuk EL. Out on the street: A public health and policy agenda for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth who are homeless. Am J Orthopsychiatry. 2014;84(1):66-72.
- [20] Husky MM, Kovess-Masfety V, Swendsen JD. Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. Compr Psychiatry. 2020;102:152191.
- [21] Salerno JP, Devadas J, Pease M, Nketia B, Fish JN. Sexual and gender minority stress amid the COVID-19 pandemic: Implications for LGBTQ young persons' mental health and well-being. Public Health Rep. 2020;135(6):721-7.
- [22] Corliss HL, Cochran SD, Mays VM. Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. Child Abuse Negl. 2002;26(11):1165-78.
- [23] Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, Wei C, Wong CF, Saewyc E, *et al.* A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. Am J Public Health. 2011;101(8):1481-94.
- [24] Koblin BA, Torian L, Xu G, Guilin V, Makki H, Mackellar D, *et al.* Violence and HIV-related risk among young men who have sex with men. AIDS Care. 2006;18(8):961-7.
- [25] Phillips G 2nd, Hightow-Weidman LB, Fields SD, Giordano TP, Outlaw AY, Halpern-Felsher B, *et al.* Experiences of community and parental violence among HIV-positive young racial/ethnic minority men who have sex with men. AIDS Care. 2014;26(7):827-34.
- [26] Wong CF, Weiss G, Ayala G, Kipke MD. Harassment, discrimination, violence, and illicit drug use among young men who have sex with men. AIDS Educ Prev. 2010;22(4):286-98.
- [27] Fish JN, McInroy LB, Pacey MS, Williams ND, Henderson S, Levine DS, *et al.* "I'm kinda stuck at home with unsupportive parents right now": LGBTQ youths' experiences with COVID-19 and the importance of online support. J Adolesc Health. 2020;67(3):450-2.
- [28] Gonzales G, Loret de Mola E, Gavulic KA, McKay T, Purcell C. Mental health needs among lesbian, gay, bisexual, and transgender college students during the COVID-19 pandemic. J Adolesc Health. 2020;67(5):645-8.
- [29] Flentje A, Obedin-Maliver J, Lubensky ME, Dastur Z, Neilands T, Lunn MR. Depression and anxiety changes among sexual and gender minority people coinciding with onset of COVID-19 pandemic. J Gen Intern Med. 2020;35(9):2788-90.
- [30] Sanchez TH, Zlotorzynska M, Rai M, Baral SD. Characterizing the impact of COVID-19 on men who have sex with men across the United States in April, 2020. AIDS Behav. 2020;24(7):2024-32.

[31] Schiltz MA. Faire et défaire les groupes. L'information chiffrée sur les « populations difficiles à atteindre ». Bulletin de méthodologie sociologique (BMS). 2005;86:30-54.

[32] Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Bernillon P, Sommen C, Semaille C. Échantillons de convenance par Internet et par la presse. Enquête Presse Gays et lesbiennes 2011. Bull Methodol Sociol. 2015;126(1):46-66.

Citer cet article

Velter A, Rojas Castro D, Champenois K, Lydié N. Violences familiales subies par les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes lors du premier confinement lié à l'épidémie de la Covid-19. Bull Epidemiol Hebd. 2021;(6-7): 120-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/6-7/2021_6-7_4.html

> FOCUS // Focus

ENCORE TROP PEU D'ÉTUDES FRANÇAISES RENDENT COMPTE DE LA TRANSPHOBIE ET DE SES CONSÉQUENCES EN SANTÉ PUBLIQUE

// TOO FEW STUDIES REPORT ON TRANSPHOBIA AND ITS IMPACTS ON PUBLIC HEALTH

Annie Velter¹ (annie.velter@santepubliquefrance.fr) et Morgan Dumond²

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² EHES, Master Études sur le genre, École universitaire de recherche Gender and Sexuality Studies, Paris

Soumis le 12.04.2021 // Date of submission: 04.12.2021

Mots-clés : Transphobie, Santé, Études françaises

// **Keywords:** Transphobia, Health, French surveys

Selon la définition produite dans le Plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023, la transphobie « désigne le rejet, le mépris ou la haine des personnes ou comportements associés aux trans-identités, c'est-à-dire associés à un genre perçu comme non conforme »¹. À ce jour, en France, les études rendant compte de ces discriminations et violences faites aux personnes transgenres sont encore rares. Pour autant, nombre de travaux anglo-saxons ont montré l'impact de ces violences sur la qualité de vie et la santé des personnes trans^{2,3}. Nous nous proposons dans cet article de faire une revue de la littérature, non exhaustive, des études françaises.

1. En 2007, une première enquête quantitative, basée sur un échantillon de convenance auto-administré et diffusée *via* Internet, explorait les conditions et style de vie, la santé perçue et les comportements sexuels des personnes « transsexuel(le)s »⁴. Parmi les 179 participants, 29% rapportaient des discriminations du fait de leur identité de genre dans l'accès à l'emploi ou sur leur lieu de travail. Un sur quatre déclarait avoir renoncé à voir un médecin au cours des 12 derniers mois de crainte d'être discriminé du fait de sa « transsexualité ». Cette enquête exploratoire n'a cependant pas fourni de résultats concernant la survenue d'actes transphobes.
2. Pour la première fois, en 2010, une enquête qualitative et quantitative investiguait la survenue de discriminations et de stigmatisation des femmes trans migrantes, à partir d'un échantillon d'usagers

de l'association Acceptess-T⁵. Parmi les 63 répondants, 87% avaient rapporté la survenue répétée d'agressions verbales et 67% de multiples agressions physiques. Seules 57% des personnes agressées avaient porté plainte.

3. En 2014, Alessandrin et Espineira réalisent une étude quantitative de convenance auprès des personnes trans *via* les réseaux sociaux, dans l'objectif de décrire les discriminations transphobes perçues et vécues au cours des 12 derniers mois⁶. Au total, 309 personnes y ont participé. Huit répondants sur 10 (85%) déclaraient avoir été victimes de transphobie au cours de leur vie. Parmi ces participants, 37% rapportaient avoir été victimes d'actes discriminants de manière répétée dans l'année. Un tiers déclarait avoir été injuriés du fait de leur trans-identité et 8% avoir reçu des coups. La moitié de ces actes transphobes avait eu lieu dans l'espace public, un tiers au travail et près de 30% dans la sphère familiale. Pour autant, seuls 3% des répondants ayant subi des actes transphobes indiquaient avoir porté plainte. Cette étude renseignait également les répercussions de ces actes sur la santé. Ainsi, plus de la moitié (56%) des répondants déclaraient avoir fait une dépression à la suite des actes transphobes et 18% une tentative de suicide.
4. En 2015, l'enquête Virage (Violences et rapports de genre), en complément de l'enquête représentative de la population générale, met en place un volet "LGBT" réalisé *via* Internet sur la base

du volontariat. Ce volet permet de mesurer des actes de violence indifféremment du motif transphobe parmi les 253 réponses de personnes s'identifiant comme trans⁷. Ainsi, 61% d'entre elles rapportaient avoir subi au cours de leur vie des violences intrafamiliales. Il s'agissait pour 53% de violences psychiques, 38% de violences physiques et 14% de violences sexuelles. Dans l'espace public, ce sont 8 répondants trans sur 10 qui rapportaient subir des violences. Si pour trois quarts d'entre eux il s'agissait d'insultes, 47% rapportaient des violences sexuelles.

5. Bien qu'il ne s'agisse pas d'études, les rapports annuels sur les violences et les discriminations LGBTIphobes de l'association SOS Homophobie nous renseignent sur les niveaux de ces actes en se basant sur les témoignages recueillis *via* sa plateforme d'écoute. Le rapport 2018 indiquait que 11% des appels concernaient des cas de transphobie avec une augmentation constante depuis plusieurs années⁸. Ces actes de transphobie étaient majoritairement des violences psychologiques comme le rejet (79%), des discriminations (55%) ou des insultes (45%), 8% étaient des agressions physiques.

6. Aujourd'hui, deux études sur la santé sexuelle des personnes trans sont en cours : ANRS Trans & VIH et ANRS-FOREST. Une troisième, "Trans & PrEP", est à venir.

Ces études mettent en lumière la difficulté d'enquêter auprès de la population des personnes trans, que ce soit dans les enquêtes représentatives en population générale ou par le biais d'enquêtes de convenance. La faiblesse des effectifs représente une difficulté majeure pour l'étude de phénomènes comme les violences. Il est d'autant plus difficile de rendre compte de la diversité de cette population et d'aborder les violences de manière intersectionnelle⁹. Cette exploration de la question des violences envers les personnes trans et des conséquences sur leur état de santé fait le constat d'un manque de recherches, privant ainsi la communauté scientifique et les professionnels de santé de mesures et d'indicateurs fiables. Il est urgent d'y remédier. ■

Remerciements

Cette revue de la littérature a été réalisée à partir d'un premier travail rédigé par M. Dumond (EHESP, Master Études sur le genre, École universitaire de recherche *Gender and Sexuality Studies*), G. Rincón (Association ACCEPTESS-Transgenres), D. Leriche (Groupe interassociatif traitement & recherche

thérapeutique TRT5), J. Zambrano (Association ACCEPTESS-Transgenres) et L. Gaissad (EVCAU/ENSA Paris Val-de-Seine). Nous les remercions vivement pour leur implication.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT. Plan national d'actions pour l'égalité, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023. Paris: Dilcrah; 2020. 54 p. <https://www.gouvernement.fr/plan-national-d-actions-pour-l-egalite-contre-la-haine-et-les-discriminations-anti-lgbt-2020-2023>
- [2] Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, *et al.* Global health burden and needs of transgender populations: A review. *Lancet*. 2016;388(10042):412-36.
- [3] Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2015;2(1):65-77.
- [4] d'Almeida Wilson K, Lert F, Berdougou F, Hazera H. Transsexuel(le)s: conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008;(27):240-4. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/transsexuel-le-s-conditions-et-style-de-vie-sante-percue-et-comportements-sexuels.-resultats-d-une-enquete-exploratoire-par-internet-2007>
- [5] Gil F, Hedjerassi N, Rullac S, Rincon G, Anjos Cruz C. Discriminations et stigmatisation d'une population. Le cas des femmes trans' migrantes. Paris: Région Île-de-France. Programme de soutien en faveur de la lutte contre les discriminations; 2014. 110 p. https://www.buc-ressources.org/sites/default/files/assets/rapport_discriminations_stigmatisation_trans_version_28fevrier.pdf
- [6] Alessandrin A, Espineira K. Les contours de la transphobie. *Sociologie de la transphobie*. Pessac: Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine; 2015. 182 p.
- [7] Trachman M, Lejbowicz T. Lesbiennes, gays, bisexuel.le.s et trans (LGBT) : une catégorie hétérogène, des violences spécifiques. In : Brown E, Debauche A, Hamel C, Mazuy M (éds). *Enquête sur les violences de genre en France*. Paris: Ined, Grandes enquêtes; 2020. p. 335-90.
- [8] SOS Homophobie. Rapport sur l'homophobie 2018. Paris: SOS Homophobie; 2018. 170 p. https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/rapport_annuel_2018.pdf.
- [9] Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*. 1989;(1):139-67. <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>

Citer cet article

Velter A, Dumond M. Focus. Encore trop peu d'études françaises rendent compte de la transphobie et de ses conséquences en santé publique. *Bull Epidemiol Hebd*. 2021;(6-7):128-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/6-7/2021_6-7_5.html