

Ampleur et impact sur la santé des discriminations et violences vécues par les personnes lesbiennes, gays, bisexuel·le·s et trans (LGBT) en France

Un état des lieux à partir des données françaises

Points clés

- En 2019, 35 % des LGBT ont déclaré avoir fait l'expérience d'au moins une forme de discrimination au cours de leur vie en raison de leur orientation sexuelle ou identité de genre.
- Les lesbiennes, les gays et les bisexuel·les sont 2 à 3 fois plus souvent exposé·e·s à des violences psychologiques, verbales, physiques ou sexuelles que les personnes hétérosexuelles ; le phénomène est encore plus fréquent pour les personnes trans.
- Les discriminations et les violences subies ont des répercussions délétères et durables sur la santé des personnes, se traduisant par des indicateurs de santé mentale et de santé sexuelle dégradés, et des phénomènes de renoncements aux soins.
- Les politiques publiques visant à réduire structurellement les discriminations et les violences à l'encontre des LGBT ont un impact significatif sur la santé mentale et le bien-être de ces populations.
- Si les constats établis à partir des données françaises sont clairs et concordants avec les données internationales, ils reposent, pour certains d'entre eux, sur des données anciennes et/ou parcellaires qui traduisent un manque de recherche sur ces questions.

Contexte

La Journée internationale contre l'homophobie, la transphobie et la biphobie a été créée en 2005 pour mettre en lumière les discriminations et les violences subies par les lesbiennes, les gays, les bisexuel·les, les trans (LGBT), et toutes les personnes ayant des orientations sexuelles et/ou des identités de genre qui diffèrent de celle attendue, à savoir l'hétérosexualité cisgenre¹. Ces expériences de discriminations et de violences ont des répercussions importantes sur l'état de santé des minorités sexuelles. Ce document propose de faire un état des lieux des liens entre discriminations et santé sur la base d'une revue de la littérature des travaux menés en contexte français.

1. Cisgenre : qui adhère au genre assigné à la naissance.

Vers plus d'égalité et une plus grande acceptation des minorités sexuelles

Depuis le début des années 1980, en France, les droits pour les personnes lesbiennes, gay, bisexuel-les et trans (LGBT) ont évolué vers plus d'égalité. Quelques dates symboliques permettent de retracer cette histoire :

- 1981** Après l'élection de François Mitterrand qui avait, lors de sa campagne, signalé son engagement en faveur des homosexuels, de nombreux travaux législatifs sont engagés et aboutissent, entre 1981 et 1983, à l'abolition de certaines des discriminations légales qui, dans les textes, comportaient des atteintes, directes ou implicites, aux droits des homosexuels. L'histoire retiendra surtout le projet de « dépénalisation de l'homosexualité » porté par Robert Badinter, alors ministre de la Justice. Dans les faits, l'Assemblée supprime deux amendements : le premier met fin à l'interdiction des relations homosexuelles entre un adulte et un mineur de plus de 15 ans ; le second annule l'aggravation de l'outrage à la pudeur s'il s'agit d'un acte homosexuel.
- 1999** Après des débats d'une violence rare à l'Assemblée nationale, le Pacte Civil de Solidarité (PACS) est ouvert aux couples de personnes de même sexe. Le PACS leur donne de nouveaux droits fiscaux et de succession.
- 2004** La loi instaurant la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE)² mentionne l'homophobie parmi les motifs de discriminations et pénalise les propos publics incitant à la haine, diffamatoires ou injurieux en raison de l'orientation sexuelle.
- 2010** Le « transsexualisme » n'est plus considéré comme une maladie mentale en France, premier pays au monde à le sortir de la liste des affections psychiatriques par un décret, publié au Journal officiel.
- 2013** Malgré de vives oppositions, l'Assemblée nationale, sous l'impulsion de la ministre de la Justice, Christiane Taubira, adopte la loi ouvrant le mariage et l'adoption aux couples du même sexe. La France devient ainsi le 9^e pays européen à voter une loi de ce type.
- 2016** L'identité de genre devient un critère de discrimination dans la loi française et la transphobie une circonstance aggravante applicable à l'ensemble des crimes ou des délits punis d'une peine d'emprisonnement. De plus, la procédure de changement d'état civil n'implique plus désormais nécessairement une intervention chirurgicale.
- 2020** L'État français déploie son engagement dans un Plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023 qui repose sur quatre axes : la reconnaissance des droits des personnes LGBT+, le renforcement de leur accès aux droits, la lutte contre la haine anti-LGBT+ et l'amélioration de la vie quotidienne³.
- 2021** La France adopte avec les autres pays européens la première stratégie de l'Union européenne en faveur de l'égalité des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, non binaires,

2. Remplacée en 2011 par le Défenseur des droits.

3. https://www.dilcrah.fr/wp-content/uploads/2020/10/DILCRAH_Plan-LGBT_2020-2023_-VF.pdf

intersexuées et queer (LGBTIQ)⁴. Parmi les axes retenus, on notera « la lutte contre la discrimination », « la garantie de la sécurité » et « la protection des droits des familles arc-en-ciel ».

Ces avancées en termes de droits se sont accompagnées d'une plus grande acceptation sociale de l'homosexualité. C'est une série de sondages menés par la SOFRES (1975, 1986) puis par l'Ifop (1996, 2012, 2019) qui permet de suivre cette évolution [1]. Amorcée à partir des années 1970, cette transformation s'illustre à travers la proportion croissante de personnes interrogées estimant que l'homosexualité est « une manière acceptable/comme une autre de vivre sa sexualité »⁵ : de 24 % en 1975, celle-ci est passée à 54 % en 1986 puis à 67 % en 1996 pour atteindre 85 % en 2019. Si cette acceptation est aujourd'hui largement partagée, elle reste socialement marquée, avec une opinion plus réservée parmi les personnes appartenant aux catégories sociales les plus défavorisées et celles les plus attachées à des préceptes religieux. En revanche, très peu de différences sont désormais observées selon l'âge, contrairement à ce qui avait pu être souligné en 2006 dans le cadre de l'enquête sur la sexualité en France (CSF) [2]. Dans cette enquête, réalisée auprès d'un large échantillon représentatif de la population française âgée de 18-69 ans sur la base d'une méthode probabiliste, la part de femmes et d'hommes qui déclaraient que les rapports homosexuels étaient une « sexualité comme une autre » étaient respectivement de 60 % et 48 %, soit un pourcentage sensiblement plus faible que celui observé dans le sondage Ifop qui reposait sur un échantillon de 950 personnes âgées de 15 ans dont la représentativité était assurée par les méthodes de quotas. Ces différences de champs et de méthodes peuvent expliquer les différences de pourcentages observées. Par ailleurs, une analyse détaillée de l'ensemble des indicateurs qui permettaient d'appréhender le rapport à l'homosexualité dans l'enquête CSF (incluant par exemple l'acceptation d'un enfant homosexuel ou l'opinion vis-à-vis de l'homoparentalité) apporte de la nuance et montre combien le rapport à l'homosexualité est susceptible de prendre des formes diversifiées, suivant des facteurs tels que l'appartenance de sexe, de catégorie sociale ou encore de génération [3].

Même si les données sont plus parcellaires, il semblerait que les personnes trans soient bien plus stigmatisées. Ainsi dans le dernier sondage de l'Ifop (2019), 39 % des répondant-es étaient tout à fait d'accord ou plutôt d'accord avec le fait que « le genre (homme ou femme) d'une personne est déterminé biologiquement à la naissance et les personnes qui veulent en changer ont un problème psychologique ». Il est vrai que les politiques publiques en direction de ces populations sont plus récentes et que les images véhiculées de leur vécu sont encore très souvent caricaturales ou négatives [4]. D'autres indicateurs fournis par l'Eurobaromètre sur la discrimination de 2015 [5] confirment la persistance de stéréotypes négatifs à l'égard des personnes transgenres : ainsi, par exemple, en France, moins de la moitié (47 %) des personnes interrogées se sont déclarées à l'aise à l'idée qu'une personne transgenre occupe la plus haute fonction politique. Ce pourcentage est cependant en progression par rapport à 2012 (38 %) et supérieur à la moyenne européenne (40 %).

Malgré les progrès dans la reconnaissance des droits, une persistance des attitudes discriminatoires et violentes à l'encontre des personnes LGBT

En droit, une discrimination est une inégalité de traitement fondée sur un critère prohibé par la loi (comme l'origine, le sexe, l'orientation sexuelle, etc.), dans un domaine visé par la loi (comme l'emploi, le logement, l'éducation, etc.).

4. https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/lesbian-gay-bi-trans-and-intersex-equality/lgbtiq-equality-strategy-2020-2025_en

5. La formulation de la question a changé au cours du temps. Avant 1996, l'item « Une manière comme une autre de vivre sa sexualité » était formulé de la manière suivante : « Une manière acceptable de vivre sa sexualité ».

La France est l'un des pays européens où la conviction de l'existence des discriminations est la plus répandue. Les résultats de l'Eurobaromètre sur la discrimination de 2015 [5] montrent que les Européens considèrent que les discriminations en raison de l'origine ethnique ou raciale sont les plus courantes (64 % le pensent), devant l'orientation sexuelle (56 %), l'identité de genre (56 %), la religion (50 %) ou le handicap (50 %). Cette hiérarchie est un peu modifiée dans les réponses des Français, qui sont systématiquement plus nombreux à identifier les discriminations : 82 % pour l'origine ethnique ou raciale, 76 % pour la religion, 72 % pour l'orientation sexuelle, 69 % pour le handicap et 62 % pour l'identité de genre. Pour autant, des expériences de discriminations sont couramment rapportées par les personnes LGBT :

- en 2019, 35 % des 1 229 personnes homosexuelles, bisexuelles et transgenres interrogées par l'Ifop ont déclaré avoir fait l'expérience d'au moins une forme de discriminations au cours de leur vie, en raison de leur orientation sexuelle ou identité de genre ; elles sont 15 % dans les douze derniers mois [6] ;
- selon cette même enquête, pour les lesbiennes comme pour les gays, le premier lieu de traitements inégalitaires est l'école (lycée, universités) suivi par le milieu du travail (supérieurs hiérarchiques, recruteurs). Des expériences de discriminations sont également fréquentes lors de la recherche d'un logement (29 % des lesbiennes ; 17 % des gays) ou dans le milieu médical (20 % des lesbiennes ; 17 % des gays) ;
- les données concernant les personnes trans sont plus parcellaires, mais en 2007, 29 % des 179 personnes trans qui ont répondu à un questionnaire en ligne ont rapporté des discriminations du fait de leur identité de genre dans l'accès à l'emploi ou sur leur lieu de travail [7].

Les discriminations dans le milieu du travail sont celles qui sont dans doute le mieux documentées grâce au Baromètre du Défenseur des droits et de l'Organisation internationale du travail (OIT) mené à intervalle régulier auprès d'un échantillon représentatif de la population active des secteurs public et privé [8]. Dans sa 13^e édition publiée en décembre 2020, un continuum d'attitudes hostiles ont été explorées : les préjugés et les stéréotypes, les situations de « dévalorisation du travail », les propos et comportements stigmatisants, les discriminations et le harcèlement discriminatoire dans l'emploi. Deux grands constats peuvent être tirés de cette étude : le premier est la fréquence des comportements hostiles au travail et du cumul de ces « hostilités » ; le second est que l'orientation sexuelle et l'identité de genre sont des facteurs de discrimination importants : les personnes trans constituent le groupe le plus stigmatisé (avec ceux des personnes issues des gens du voyage et de celles atteintes d'une maladie grave). Quant à l'orientation sexuelle, le baromètre conclut qu'une personne homosexuelle ou bisexuelle a trois fois plus de risque d'être victime de discrimination au travail par rapport à un individu blanc, hétérosexuel et en bonne santé.

Plusieurs enquêtes menées auprès des populations concernées permettent d'objectiver les violences subies par les populations LGBT. Ces violences peuvent être psychologiques, verbales, physiques ou sexuelles et se vivre dans les différentes sphères de la vie :

- en 2017, dans l'enquête Rapport au sexe (ERAS) menée par Santé publique France auprès d'un large échantillon d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), un homme sur trois déclarait avoir subi des injures ou des agressions liées à son orientation sexuelle au cours des douze derniers mois : 20 % en avaient été victimes dans un lieu public, 10 % sur leur lieu de travail ou d'études et 9 % au sein de leur famille [9] ;
- en 2016, dans l'enquête SexoFSF menée auprès de 1 688 femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes, 22 % ont déclaré avoir été victimes d'injures, de mépris ou de harcèlement au sein de leur famille, 20 % dans l'espace médical, 46 % dans l'espace public [10] ;

- en 2014, parmi les 309 personnes trans interrogées via les réseaux sociaux [4], 85 % déclaraient avoir été victimes de transphobie au cours de leur vie et 37 % rapportaient avoir été victimes d'actes discriminants de manière répétée dans l'année. Un tiers déclarait avoir été injurié du fait de leur transidentité 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.

Ces résultats sont confirmés et mis en perspective par ceux de l'enquête Virage réalisée par l'Ined en 2015 auprès à la fois d'un échantillon représentatif de la population générale et d'un échantillon de personnes LGBT [11]. Cette enquête permet de comparer les prévalences des violences subies par les populations minoritaires à celles de la population majoritaire hétérosexuelle dans l'espace public et l'espace familial.

L'espace public est un lieu d'exposition majeure aux violences pour les femmes indépendamment de leur orientation sexuelle ou identité de genre. Cela a déjà été démontré [12]. Mais la fréquence d'exposition aux violences diffère. Ainsi dans l'enquête Virage [11], la moitié des lesbiennes et le trois quart des bisexuelles ont déclaré au moins une forme de violences (drague importune, insulte, violences physiques, violences sexuelles) contre moins d'un tiers des hétérosexuelles. Les gays et les bisexuels rapportent moins de violences que les lesbiennes et bisexuelles mais les prévalences restent élevées (33 % et 41 % respectivement) et bien plus importantes que pour les hommes hétérosexuels (20 %). Quant aux personnes trans, les violences qu'elles subissent dans l'espace public font partie de leur vie quotidienne. Près de la moitié déclarent des violences sexuelles et les violences psychologiques concernent les trois quarts d'entre elles.

Les constats sont les mêmes lorsqu'on s'intéresse à la sphère familiale : les lesbiennes et les bisexuelles rapportent 2,5 fois plus de violences que les hétérosexuelles (47 % vs 19 %). Les déclarations masculines sont de moindre ampleur, mais avec un même gradient. Quant aux relations des personnes trans avec leur famille, elles sont souvent caractérisées par l'incompréhension et le rejet (53 % déclarent des violences psychologiques, 38 % des violences physiques) alors même que le soutien familial est un élément important dans des parcours de transition souvent difficiles [13].

L'écart est donc encore important entre une quasi-égalité formelle, garantie par la loi, une acceptation sociale déclarée et l'égalité réelle, au quotidien. Il est le marqueur de la persistance des LGBT-phobies, résultant d'un système de représentations qui hiérarchise les genres et les orientations sexuelles. L'homophobie, tout comme la biphobie et la transphobie, tombent alors comme une sanction pour tout individu qui s'éloigne de la norme hétérosexuelle et expose les personnes LGBT à un continuum de violences tout au long de la vie. Pour autant, le dépôt de plaintes est une démarche très peu effectuée par les victimes : seules 5 % des victimes d'injures anti-LGBT et environ 20 % des victimes de menaces ou violences anti-LGBT déclarent avoir porté plainte (moyennes sur la période 2012-2018) selon l'enquête Cadre de vie et sécurité [14].

Des répercussions délétères et durables sur la santé des personnes

Les expériences de discrimination et de violences ont des répercussions importantes sur la santé des personnes concernées.

Du mal être à la tentative de suicide

Si le risque accru de troubles dépressifs et de comportements suicidaires chez les personnes LGB est bien documenté dans la littérature internationale [15-16], les données françaises étaient jusqu'à plutôt anciennes et parcellaires [17-19]. Cependant, les analyses issues du Baromètre santé 2017 mené auprès d'un large échantillon représentatif de la population générale ont permis d'actualiser nos connaissances et les résultats sont particulièrement éclairants [20] :

- chez les femmes, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (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 % vs 8 % et 24 % vs 13 %) tout comme la prévalence des pensées suicidaires (13 % vs 5 %). Quant à la prévalence de tentative de suicide au cours de l'année passée, elle est plus de 3 fois plus importante chez les lesbiennes ou bisexuelles que chez les hétérosexuelles (2 % vs 0,4 %).
- chez les hommes, les prévalences des symptômes dépressifs actuels (8 % vs 4 %), de l'EDC (15 % vs 6 %), et des idées suicidaires (9 % vs 4 %) sont également 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.

Au-delà de ces prévalences, les analyses de médiation montrent que l'altération de la santé mentale est due, pour une part importante, aux violences physiques et/ou verbales auxquelles les personnes sont exposées.

Les données sur la population trans vont dans le même sens : plus de la moitié (56 %) des personnes interrogées en 2014 déclarait avoir fait une dépression suite à des actes transphobes et 18 % une tentative de suicide [4].

Même si le lien entre les violences et une santé mentale dégradée est établi, Il n'est pas nécessaire de subir des violences physiques ou verbales pour qu'une détresse psychologique apparaisse. L'obligation pour les personnes LGBT de dissimuler leur identité pour éviter d'être stigmatisées, et donc d'adopter des personnalités publique et privée distinctes, suffit à engendrer des troubles de la santé mentale. Ce phénomène d'adaptation permanent a été conceptualisé sous le terme de « stress minoritaire » par Meyer et al en 2003 [21].

De plus fortes consommations de substances psychoactives

L'expérimentation et la consommation de produits psychoactifs semble être plus importantes parmi les personnes homosexuelles et transgenres qu'en population générale. Une analyse fouillée de l'Enquête Press Gay 2004 (EPG) [22] a montré que si la consommation d'alcool des HSH au cours des 12 derniers mois était comparable à celle en population générale, les répondants rapportaient une consommation plus occasionnelle mais plus excessive que les hommes en population générale. Par ailleurs, 50 % des répondants déclaraient avoir consommé au moins une substance psychoactive au cours des 12 derniers mois, principalement du poppers (37 %) et du cannabis (28 %). Comme pour l'alcool, les niveaux de consommation de substances psychoactives des répondants étaient plus élevés que ceux des hommes en population générale (47 % vs 12 %). Une partie de ces usages peut être une conséquence des discriminations et violences subies.

Apparue plus récemment, la consommation de substances en contexte sexuel expose aux risques liés à l'injection et notamment à l'hépatite C et au VIH. Cette pratique de chemsex dont les prévalences sont assez convergentes dans les enquêtes (de l'ordre de 13 à 14 % dans les

12 derniers mois et de 5 à 7 % au cours du dernier rapport sexuel) comporte aussi un risque addictif fort et un risque d'overdose avec plusieurs cas de décès rapportés par le réseau de soins communautaire [23]. Si certains travaux défendent l'idée que ces consommations sont intégrées au processus de socialisation des gays [24], il est aussi probable qu'elles sont une conséquence des discriminations et violences subies.

Les données concernant les femmes lesbiennes et les personnes trans sont anciennes et/ou incomplètes mais vont dans le sens d'une consommation plus importante de tabac et d'alcool, ainsi que pour les autres drogues. Selon l'enquête nationale sur les violences envers les femmes (Enveff) menée en 2000, c'est pour le cannabis, le LSD, la cocaïne et l'ecstasy qu'on observe les plus grandes différences : 10 % des femmes ayant eu des rapports homosexuels avaient pris du LSD au cours de leur vie, et 7 % de la cocaïne, contre respectivement 0,4 % et 0,5 % des femmes attirées uniquement par les hommes [18]. Chez les personnes trans, la consommation de psychotropes et de drogues illicites est également plus importante : 15 % des répondants avaient expérimenté la cocaïne et 8 % l'héroïne versus 2 % et 2,6 % en population générale [7].

Les facteurs relatifs aux discriminations vécues, à la santé mentale et à la consommation de substances psychoactives agissent de concert et se renforcent mutuellement : on parle alors de contexte syndémique. La survenue de conditions syndémiques (santé mentale, abus de substance et violences) et leur cooccurrence sont liées aux comportements à risque de transmission du VIH ainsi qu'à l'infection au VIH dans la revue systématique de Tsai et al de 2015 [25].

Des prévalences élevées de VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST)

Au niveau de la santé sexuelle, les IST dont le VIH touchent de manière disproportionnée les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). Ils représentent 43 % des découvertes de séropositivité déclarées entre janvier 2019 et septembre 2020 [26]. Comme les années précédentes, les personnes diagnostiquées en 2019 pour une syphilis récente et pour une gonococcie au sein du réseau de surveillance, sont principalement des HSH (79 % et 74 % respectivement).

Si la sexualité entre femmes n'expose pas au VIH, les analyses de l'enquête sur la sexualité en France de 2006 [2 ; 27] ont permis de montrer que les femmes qui déclaraient des pratiques homosexuelles rapportaient un plus grand nombre de partenaires et une prévalence plus élevée d'IST que les femmes qui n'avaient eu que des partenaires masculins, venant confirmer des tendances observées dans l'enquête Enveff quelques années plus tôt [18]. Ainsi, en 2006, elles étaient 12 % à rapporter avoir eu une infection sexuellement transmissible dans les cinq dernières années contre 3 % des femmes hétérosexuelles.

Les personnes transgenres contaminées par rapports sexuels ont représenté 2 % des découvertes de séropositivité entre janvier 2019 et septembre 2020 [26]. Ce pourcentage traduit mal la prévalence du VIH dans ce groupe qui, faute d'études, est mal connue. En 2007, 5,7 % des personnes trans ayant répondu à une enquête en ligne se sont déclarées positives au VIH [7], pourcentage sensiblement inférieur à ceux observés dans des travaux étrangers à la même période [28]. Aucune donnée concernant les autres IST n'a été trouvée pour cette population dans la littérature française.

Difficultés de dialogue avec les professionnels de santé et renoncements aux soins

Autre conséquence importante des discriminations, l'absence de dialogue avec les professionnels de santé. L'étude EGaLe-MG réalisée auprès de 1 610 femmes et 1 625 hommes ayant des rapports sexuels avec des personnes de même sexe retrace la manière dont la question de l'orientation

sexuelle a du mal à trouver sa place dans la consultation de médecine générale [29]. Parmi les femmes interrogées, environ une sur deux (49 %) déclare n'avoir jamais parlé de son orientation sexuelle avec son médecin traitant et huit sur dix (81 %) que le médecin ne leur a jamais posé la question. Pour les hommes, ces pourcentages sont de 40 % et 79 % respectivement.

Cette absence de communication a plusieurs conséquences. Si l'on considère que les personnes LGBT ont des besoins spécifiques en termes de santé, l'orientation sexuelle devrait être prise en compte dans la prise en charge des patients. En se limitant à l'exemple des HSH, de nombreuses recommandations de santé leur sont spécifiquement adressées [30] : dépistage régulier du VIH et des autres IST, vaccination contre l'hépatite A, contre l'hépatite B, contre les infections invasives à méningocoque C mais également contre l'HPV dont les types oncogènes sont associés au cancer du canal anal plus fréquent chez les HSH que chez les hommes n'ayant des relations sexuelles qu'avec des femmes. Comment offrir cette prise en charge spécifique si le médecin ignore tout de la vie sexuelle de son patient ? Dans l'étude HOMOGEN réalisée en 2016-2017 auprès de 1 879 HSH [31], quand le médecin est informé de l'orientation sexuelle, il donne plus volontiers des informations sur les IST (66 % vs 25 %), propose deux fois plus souvent un dépistage des IST ou la vaccination contre l'hépatite A.

La prise en compte de l'orientation sexuelle permettra aussi de protéger les personnes LGBT de la présomption d'hétérosexualité auxquelles elles sont régulièrement confrontées, le médecin considérant d'office que les partenaires sont des partenaires du sexe opposé. Ce phénomène renforce les réticences des personnes à dire leur orientation sexuelle par crainte que celle-ci soit mal accueillie par le médecin. Elle les protégerait enfin de propos ou gestes perçus comme déplacés rapportés par plus d'un tiers des hommes et des femmes ayant répondu à l'EGaLe-MG [29]. Si la plupart de ces épisodes sont déclarés comme des « maladroites sans conséquence », 19 % des répondants (sans différence entre les hommes et les femmes) ont dit avoir vécu au moins un épisode ressenti comme homophobe ou l'ayant affecté du fait d'un jugement sur sa sexualité, ayant dans la majorité des cas comme conséquence des ruptures et/ou des renoncements aux soins. Dans l'enquête de Wilson [7], une personne sur quatre déclarait avoir renoncé à voir un médecin au cours des 12 derniers mois de crainte d'être discriminée du fait de sa « transsexualité ». Parmi les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes interrogées en 2011 dans l'enquête Press Gay et Lesbienne [32], 36 % n'avaient jamais consulté pour raisons gynécologiques, 60 % n'avaient jamais eu de frottis cervico-utérin et 90 % n'avaient jamais eu de dépistage de chlamydia. Ces chiffres traduisent aussi la manière dont la sexualité entre femmes est invisibilisée car considérée « non à risque » du fait de son caractère non pénétratif.

Si pour dire son orientation sexuelle, le (ou la) patient-e doit se sentir en sécurité, être persuadé de l'intérêt de poser la question est la condition sine qua non du côté du médecin. Or plusieurs travaux qualitatifs menés notamment dans le cadre de thèses de médecine montrent les réserves d'une partie des médecins à aborder le sujet [33-34]. Plusieurs raisons sont mises en avant : certains considèrent que c'est une information médicalement non importante traduisant une méconnaissance des problématiques de santé des personnes LGBT. D'autres considèrent que l'orientation sexuelle relève du domaine de l'intime, évoquent leur gêne à aborder les questions de sexualité ou la peur du jugement des patient-es d'être perçu comme agressif ou irrespectueux envers la personne. Sur ce dernier point, des données rassurantes ont été produites par leurs confrères du département de médecine générale de l'université de Bordeaux qui ont montré que la très grande majorité des patient-es (97 % dans leur enquête) accepte de dire leur orientation sexuelle à leur médecin, si on leur pose la question [35]. Par ailleurs, des stratégies de communication verbales et non verbales existent pour faciliter le dialogue [36].

Poser la question de l'orientation sexuelle, c'est donc reconnaître les besoins spécifiques des personnes LGBT et être en capacité d'adopter une posture bienveillante et non jugeante. C'est la garantie, côté patient-e, d'un meilleur accès aux soins et, côté médecin, d'une meilleure qualité de

prise en charge. C'est sur la base de ses constats qu'en 2017, le service national de santé britannique (le NHS) a recommandé aux membres du corps médical anglais de poser la question de leur orientation sexuelle à tous les patient-es âgé-es de plus de 16 ans, à chaque entretien en face-à-face. En France, les gays, les lesbiennes, les trans ont créé leur manière d'échapper aux difficultés rencontrées : les listes de soignants identifiés comme compétents et/ou « friendly » sont disponibles sur internet et s'échangent sur les réseaux sociaux, en attendant que le pays de l'universalisme fasse davantage de place à la santé communautaire via l'ouverture prochaine de quelques centres de santé sexuelle à Lyon, Montpellier, Marseille et Paris.

Conclusion

À l'issue de cette revue des études, ressources et données disponibles, plusieurs constats peuvent être faits. Le premier concerne le type et la qualité des sources qui ont permis cet état des lieux. Force est de constater que très peu des dimensions abordées ont fait l'objet de travaux suivis et réguliers reposant sur des méthodologies d'enquêtes probabilistes. La question sur l'acceptation de l'homosexualité est rarement posée dans les enquêtes en population générale et c'est grâce à une série de sondages reposant sur des échantillons par quotas que l'on peut suivre son évolution dans le temps. Quant à la question sur l'acceptation de la transidentité, elle sera posée pour la première fois dans la prochaine enquête sur la sexualité (E3S) dont le terrain est prévu en 2021.

Le constat est le même lorsqu'on regarde les données sur les discriminations et les violences : peu de travaux prennent en compte la question de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre. Si le Baromètre du Défenseur des droits et de l'OIT permet d'avoir une idée assez claire des discriminations dans le milieu du travail, peu de travaux de recherche nous renseignent sur les discriminations LGBTphobes à l'école⁶ ou encore dans la famille alors qu'il s'agit des lieux de construction et de socialisation des personnes. Les travaux sur les discriminations et les violences sont donc rares et, lorsqu'ils existent, ils privilégient généralement un axe de recherche. Ainsi, si la publication de l'ouvrage de l'enquête Virage sur les violences est d'un apport essentiel, on peut regretter que la question de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre n'ait pas été intégrée de manière plus systématique aux analyses qui privilégient les comparaisons hommes/femmes. Quant à l'enquête Trajectoire et Origines qui cherche à appréhender dans quelle mesure l'origine est en soi un facteur d'inégalités, elle a peu articulé sa réflexion à l'autre catégorie de distinction dans la société française qui nous intéresse ici.

Sur les questions de santé, les données sont un peu plus nombreuses, notamment sur la question de la santé mentale, mais elles sont clairement insuffisantes pour dresser un état des lieux complet de l'état de santé des lesbiennes, des gays, des bisexuel-les et des transgenres comparativement à la population hétérosexuelle cisgenre. Certes, cela nécessiterait la mise en œuvre de dispositifs d'enquêtes coûteux et méthodologiquement complexes, mais cela traduit aussi un certain manque d'intérêt des équipes de recherche françaises pour ces questions. En outre, peu de travaux s'intéressent aux différences entre femmes et hommes trans, alors que leurs trajectoires sociales et de santé sont très différentes [13].

Pour autant, les constats sont clairs et concordants avec les données internationales : les discriminations et les violences subies sont des déterminants majeurs de l'état de santé d'un individu.

6. Ce constat était déjà fait en 2013 par Michel Teychenné dans son rapport (à Monsieur le Ministre de l'éducation nationale) sur les « discriminations LGBT-phobes à l'école-Etat des lieux et recommandations ». Il écrivait alors page 31 : « La France manque de données, d'enquêtes et de recherches sur l'impact des discriminations LGBT dans le système scolaire. Les recherches scientifiques menées sur les problématiques du suicide, principalement portées par des médecins, des psychologues et des psychiatres, doivent être complétées par un travail de recherche en sciences humaines et en sciences de l'éducation ». <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/134000424.pdf>

Parce qu'elles en sont plus souvent victimes, les populations LGBT sont particulièrement concernées, dans des proportions qui, par ailleurs, diffèrent entre elles, même si ce point n'est pas clairement documenté.

Ces constats plaident clairement pour la mise en œuvre de politiques publiques volontaristes en la matière. Les politiques publiques visant à réduire structurellement les discriminations et les violences à l'encontre des personnes LGBT ont un impact significatif sur la santé mentale et le bien-être de ces populations. La littérature est également claire sur ce sujet : aux États-Unis, les initiatives en faveur du mariage homosexuel ont entraîné une baisse de 15 % des tentatives de suicide chez les adolescentes et adolescents se définissant lesbiennes, gays, ou bisexuel-les [37] et c'est toute la société qui s'en porte mieux.

Références bibliographiques

1. Observatoire des LGBTphobies - Le regard des Français sur l'homosexualité et la place des LGBT dans la société. Étude Ifop pour la Fondation Jasmin Roy Sophie Desmarais et la DILCRAH, juin 2019.
2. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, directeurs. Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé. Paris : La Découverte ; 2008.
3. Rault W. Les attitudes « gay friendly » en France : entre appartenances sociales, trajectoires familiales et biographies sexuelles. Actes de la recherche en sciences sociales 2016/3 (N° 213).
4. Alessandrin A, Espineira K. Les contours de la transphobie. Sociologie de la transphobie: Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine; 2019.
5. Union européenne. Discrimination in the EU in 2015, Special Eurobarometer 437
6. Observatoire des LGBTphobies – Etat des lieux 2019. Étude Ifop pour la Fondation Jasmin Roy Sophie Desmarais réalisée en partenariat avec la Fondation Jean Jaurès et la DILCRAH, mai 2019.
7. Wilson KdA, 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. Epidemiol Infect. 2005;133:121-5.
8. La perception des discriminations dans l'emploi. 13^e baromètre du Défenseur des droits et de l'OIT, Coll. Etudes et Résultats, Paris, décembre 2020.
9. 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 Epidemiol Hebd. 2021, (6-7).
10. Delebarre C. A propos du lesbian bed death : Quelles réalités sexuelles chez les femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes ? Résultats de l'enquête SexoFSF. Mémoire pour le Diplôme Inter Universitaire « Etude de la Sexualité Humaine ». Université de Paris V-René Descartes UFR de médecine, année universitaire 2015-2017.
11. Trachman M, Lejbowicz. Lesbienne, gays, bisexuel le s et trans (LGBT) : une catégorie hétérogène, des violences spécifiques. In Brown E, Debauche A, Hamel C, Mazuy M (dir). Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France. INED, coll « Grandes enquêtes », Paris 2020.
12. Condon S., Lieber M., Maillochon F., « Insécurité dans les espaces publics : comprendre les peurs féminines », Revue française de Sociologie, Vol. 46, n 2, 2005, pp. 265-294.
13. Beaubatie E. Transfuge de sexe. Genre, santé et sexualité dans les parcours d'hommes et de femmes trans en France. Thèse de sociologie, EHESS, 2017.
14. Bernardi V, Guedj H, Moreau A, Razafindranovona T, Zilloniz S. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 ; Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité, SSMSI, Paris, 2019.
15. Plöderl M, Tremblay P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. International Review of Psychiatry. 2015 Sep 3; 27(5):367–85.
16. 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 Aug 18;8(1):70.

17. Beck F, Schiltz M-A, Firdion J-M, Legleye S, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire acquis des sciences sociales et perspectives. Saint-Denis: INPES; 2010.
18. Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J, 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 Apr;43(3):607–19.
19. Paget LM, Chan Chee C, Sauvage C, Saboni L, Beltzer N, Velter A, Facteurs associés aux tentatives de suicide chez les minorités sexuelles : résultats de l'enquête presse gays et lesbiennes 2011, Volume 1031, Issue 1, 4/2016, Pages 3-95.
20. El Khoury Lesueur F, Léon C, Heron M, Sitbon A, Velter A et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Santé mentale des adultes selon l'orientation sexuelle et violences subies – Résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2021, (6-7).
21. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Psychol Bull. 2003 Sep;129(5):674–97.
22. Velter A, Bouyssou Michel A, de Busscher PO, Jauffret Roustide M, Semaille C. Enquête Presse Gay 2004. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, juin 2007.
23. OFDT. APACHES Attentes et PArcours liés au CHEmSex. OFDT, mai 2019, 98 p.
24. Slavin S. Crystal methamphetamine use and HIV risk. NCHSR; 2006. Report No.: 4.
25. Tsai AC, Burns BFO. Syndemics of psychosocial problems and HIV risk: A systematic review of empirical tests of the disease interaction concept. Social Science and Medicine. 2015 ;139: 26–35.
26. Santé publique France - Bulletin de santé publique – Édition nationale – Décembre 2020.
27. Chetcuti N, Beltzer N, Methy N, Laborde C, Velter A, Bajos N, CSF Group. Preventive care's forgotten women: life course, sexuality, and sexual health among homosexually and bisexually active women in France. J Sex Res. 2013;50(6):587-97.
28. Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS et al. Estimating HIV prevalence and risk behaviour of transgender persons in the United States: a systematic review. AIDS Behav 2008 ; 12(1) :1-17.
29. Jedrzejewski T. EGaLe-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Université Paris Diderot – Paris 7, 2016.
30. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. Chapitre Prévention et dépistage. Conseil national du sida et des hépatites virales, mai 2018.
31. Potherat G, Tassel J, Epaulard O. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la médecine générale : mention de l'orientation sexuelle par les patients et impact sur la relation de soin (étude HomoGen). Bull Epidémiol Hebd. 2019; (12) : 204-10.
32. Velter A, Bouyssou A, Saboni L, Bernillon P, Sommen C, Methy N, et al. Enquête Presse Gays et Lesbiennes (EPGL) 2011. InVS, ANRS, 2011.
33. Saatsaz P. Santé sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : étude qualitative sur les connaissances des médecins généralistes d'Alsace. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Université de Strasbourg, année 2000.

34. Tarragon J. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale : étude qualitative réalisée dans les Hauts de France. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Université Lille 2 Droit et Santé, année 2018.
35. Aïm-Eusébi A, Prothon E, Majerholc C, Barger D, Yazdanpanah Y, Aubert JP. The acceptability and effectiveness of a questionnaire for the identification of risk factors for HIV and hepatitis B and C: An observational study in general practice. *European Journal of General Practice*. 2017. 24:1, 60-67.
36. Tarragon J, Messaadi N, Martin MJ, et al. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale ? *Exercer* 2020;159:4-10.
37. Raifman J, Moscoe E, Bryn Austin S, McConnell M. Difference-in-Differences Analysis of the Association Between State Same-Sex Marriage Policies and Adolescent Suicide Attempts. *JAMA Pediatr*. 2017 Apr 1; 171(4):350-356.

Rédaction

Nathalie LYDIÉ (Santé publique France)

Relecture

François BECK (Santé publique France), Annie VELTER (Santé publique France), Nicolas ETIEN (Santé publique France), Lucile BLUZAT (Santé publique France), Elise MARSICANO (Université de Strasbourg).

Citation suggérée : Synthèse rapide. Ampleur et impact sur la santé des discriminations et violences vécues par les personnes lesbiennes, gays, bisexuel·le·s et trans (LGBT) en France. Un état des lieux à partir des données françaises. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021 : 13 p.

Disponible à partir de l'URL : <http://www.santepubliquefrance.fr>