

La santé des personnes LGBT en Suisse

Rapport final

Paula Krüger, Andreas Pfister, Manuela Eder, Michael Mikolasek

Avec la collaboration de (par ordre alphabétique) : Stefanie C. Boulila, David Garcia Nuñez, Laurent Michaud, Irene Müller, Rafael Traber

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.

Contact

Hochschule Luzern

Soziale Arbeit

Co-direction de projet : Prof. Dr. Andreas Pfister & Prof. Dr. Paula Krüger

Werftstrasse 1

Case postale 2945

CH-6002 Lucerne

andreas.pfister@zhaw.ch (nouvelle adresse e-mail), paula.krueger@hslu.ch

www.hslu.ch/soziale-arbeit

Lucerne, le 9 mars 2022

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes et organisations qui ont contribué à la réussite de cette étude. Nous souhaitons en particulier remercier les personnes LGBT de toutes les régions du pays qui ont rempli le questionnaire en ligne.

Les grandes organisations LGBT nationales (voir ci-dessous) ont apporté un soutien très actif à la présente étude dans toutes ses phases, et en particulier dans la phase de recrutement des personnes ayant participé à l'étude. Sans les responsables de la communication au sein de ces organisations, une diffusion aussi large au sein de la communauté LGBT suisse dans toutes les régions du pays n'aurait pas été possible.

Nous tenons également à remercier le groupe d'accompagnement mis en place par l'OFSP (composé entre autres de l'OFSP, de l'OFS, de Promotion Santé Suisse et de représentants LGBT) et la personne de contact à l'OFSP même, Dr Nicole Fasel, pour son suivi attentif de l'étude et une agréable collaboration.

Organisations LGBT de soutien (par ordre alphabétique)

ASS - Aide Suisse contre le Sida

Fédération romande des associations LGBTIQ

LOS Organisation Suisse des lesbiennes

Pink Cross – Organisation faîtière des hommes gays et bisexuels en Suisse

TGNS - Transgender Network Switzerland

Partenaires de la recherche (par ordre alphabétique)

Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)

Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (Ticino)

Universitätsspital Basel

Table des matières

Liste des figures et des tableaux	1
Liste des abréviations	5
Résumé (Management Summary)	6
Contexte	6
Objectif	6
Approche méthodologique	6
Résultats	7
Recommandations	8
1 Introduction	9
1.1 Contexte	9
1.2 Objectifs	9
1.3 Glossaire LGBT	10
1.4 Structure du rapport	11
2 État de la recherche : résultats de la revue de la littérature	11
2.1 Accès aux soins médicaux	12
2.2 Santé physique	14
2.3 Santé sexuelle	17
2.4 Consommation de substances	22
2.5 Santé psychique	24
3 Cadre théorique et approche méthodologique	32
3.1 Cadre théorique	32
3.2 Approche méthodologique	35
3.2.1 Base de données	35
3.2.2 Méthodes d'analyse	38
4 Résultats	39
4.1 Population de base et échantillons	39
4.2 Contexte multi-niveaux	41
4.2.1 Niveau structurel : exclusion sociale, stigmatisation	41
4.2.2 Niveau individuel : expériences de discrimination et de violence	47
4.3 Trajectoires favorables et défavorables à la santé	53
4.3.1 Niveau comportemental	53

4.3.2	Niveau social et communautaire : facteurs de risque et de protection	100
4.3.3	Niveau psychologique : facteurs de risque et de protection	106
4.4	État de santé	113
4.4.1	Santé physique	113
4.4.2	Santé psychique	127
5	Conclusion et recommandations	143
6	Bibliographie	147
	Annexe	162
	Annexe 1 : Revue de la littérature : keywords (EN, DE, FR, IT), méthodes de recherche et banques de données	162
	Annexe 2 : Exemples de concepts/indicateurs et de leur opérationnalisation	169
	Annexe 3 : Constitution des groupes « Orientation sexuelle »	181
	Annexe 4 : Tableaux complémentaires	182
	Annexe 5 : Questionnaire « LGBT Health » (version française)	186

Liste des figures et des tableaux

Figure 1 : Health Equity Promotion Model, complété par les indicateurs relevés dans le cadre de l'étude (d'après Fredriksen-Goldsen et al., 2014)	34
Figure 2 : (Absence de) médecin de famille personnel ; données ventilées par groupe de comparaison et par âge ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »).....	44
Figure 3 : Expériences de discrimination et de violence dans le système de santé et dans d'autres situations en Suisse (vie entière, 12 mois précédents) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »).....	49
Figure 4 : Nature des dernières expériences de discrimination et de violence dans le domaine de la santé en Suisse (données : « LGBT Health »)	51
Figure 5 : Activité physique intensive (aucune) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)	54
Figure 6 : Consommation de tabac (au moins occasionnelle) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017).....	57
Figure 7 : Consommation chronique à risque (moyen à élevé) d'alcool ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)	58
Figure 8 : Consommation épisodique à risque d'alcool (au moins une fois par mois) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2017).....	59
Figure 9 : Consommation épisodique à risque ([plutôt] fréquente) d'alcool ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »).....	61
Figure 10 : Consommation de drogues (au cours de la vie) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017).....	63
Figure 11 : Consommation de drogues (au cours de la vie) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	64
Figure 12 : Nombre de partenaires de relations sexuelles (au moins 2) au cours des 12 derniers mois, ventilé par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017).....	67
Figure 13 : Nombre de partenaires de relations sexuelles (au moins 2) au cours des 12 derniers mois, ventilé par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	68
Figure 14 : Type de partenaire avec qui le dernier rapport sexuel a eu lieu (partenaire non stable/TdS) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017).....	69
Figure 15 : Type de partenaire avec qui le dernier rapport sexuel a eu lieu (relation sexuelle occasionnelle) ; données ventilées par identité sexuelle et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health ») (plusieurs réponses possibles).....	70
Figure 16 : Nombre de partenaires de relations occasionnelles (au moins 2) au cours des 12 mois précédant l'enquête, ventilé par identité sexuelle et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »).....	71

Figure 17 : Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017).....	72
Figure 18 : Utilisation des stratégies de protection les plus fréquemment citées lors du dernier rapport sexuel entre partenaires stables ; données ventilées par identité sexuelle et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »).....	74
Figure 19 : Utilisation d'une sélection de stratégies de protection lors des rapports sexuels avec des partenaires non stables au cours de l'année précédant l'enquête ; données ventilées par identité sexuelle et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »).....	77
Figure 20 : Test de dépistage du VIH (encore jamais effectué) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017).....	79
Figure 21 : Test de dépistage du VIH ; données ventilées par identité sexuelle et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »).....	80
Figure 22 : Sélection de maladies sexuellement transmissibles (infection) ; données ventilées par identité sexuelle et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	81
Figure 23 : Consultations chez divers spécialistes/personnels de santé au cours de l'année précédant l'enquête, ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017).....	85
Figure 24 : Consultations chez divers spécialistes/personnels de santé au cours de l'année précédant l'enquête, ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »).....	86
Figure 25 : Prévention du cancer (frottis du col de l'utérus, mammographie) (prévalence-vie-entière ; personnes de 20 ans et plus de sexe féminin selon les registres) ; données ventilées par groupe de comparaison et par âge ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017).....	91
Figure 26 : Prévention du cancer (frottis du col de l'utérus, mammographie) (personnes de 20 ans et plus assignées femmes à la naissance) ; données ventilées par groupe de comparaison et âge ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »).....	93
Figure 27 : Prévention du cancer (examen de la prostate) (prévalence-vie-entière ; hommes de 40 ans et plus [sexe selon les registres]) ; données ventilées par groupe de comparaison et par âge ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017).....	94
Figure 28 : Prévention du cancer (de la prostate, des testicules, de l'anus) (personnes de 40 ans et plus assignées hommes à la naissance) ; données ventilées par groupe de comparaison et par âge ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	95
Figure 29 : Traitement hormonal substitutif en lien avec la ménopause (femmes de 35 ans et plus [sexe selon les registres]) ; données ventilées par groupe de comparaison ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017).....	97
Figure 30 : Interventions médicales de réassignation sexuelle réalisées (personnes trans/non-binaires), ventilées par intervention et par sexe assigné à la naissance ; estimations non ajustées (plusieurs réponses possibles) (données : « LGBT Health »).....	98
Figure 31 : Interventions médicales de réassignation sexuelle prévues (personnes trans/non-binaires), ventilées par intervention et par sexe assigné à la naissance ; estimations non ajustées (plusieurs réponses possibles) (données : « LGBT Health »).....	99

Figure 32 : Sentiment de solitude (au moins parfois) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017).....	101
Figure 33 : Sentiment de solitude ([très/assez] souvent) et soutien social (faible) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : « LGBT Health »)	102
Figure 34 : Sentiment de maîtrise de la vie (faible) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)	107
Figure 35 : Sentiment de maîtrise de la vie (faible) et coping résilient (bas à moyen) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	108
Figure 36 : Coping résilient ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2017).....	109
Figure 37 : Homonégativité intériorisée ; données ventilées par orientation sexuelle et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	111
Figure 38 : Transnégativité intériorisée ; données ventilées par identité de genre et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »).....	112
Figure 39 : État de santé autoévalué (moyen à [très] mauvais) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017).....	114
Figure 40 : État de santé autoévalué (moyen à [très] mauvais) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	115
Figure 41 : Troubles physiques (beaucoup souffert) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)	116
Figure 42 : Troubles physiques (beaucoup souffert) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	117
Figure 43 : Limitations dans la vie quotidienne dues à des problèmes de santé ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)	121
Figure 44 : Limitations dans la vie quotidienne dues à des problèmes de santé (personnes fortement limitées) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	122
Figure 45 : Maladies chroniques et problèmes de santé de longue durée ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)	123
Figure 46 : Maladies chroniques et problèmes de santé de longue durée ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	124
Figure 47 : Indice de masse corporelle (surpoids/obésité) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017).....	126
Figure 48 : Qualité de vie (ni bonne ni mauvaise - [très] mauvaise) ; données ventilées par groupe de comparaison et par état de santé subjectif ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)	128
Figure 49 : Qualité de vie (ni bonne ni mauvaise - [très] mauvaise) ; données ventilées par groupe de comparaison et par état de santé subjectif ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	129

Figure 50 : Énergie et vitalité (niveau faible) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2017).....	130
Figure 51 : Énergie et vitalité (niveau faible à moyen) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	131
Figure 52 : Détresse psychologique (moyenne à élevée) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017).....	132
Figure 53 : Détresse psychologique (moyenne à élevée) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	133
Figure 54 : Dépression (2 semaines précédentes) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)	134
Figure 55 : Dépression (au cours des 2 semaines précédentes et prévalence sur un an) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	135
Figure 56 : Tentative de suicide (prévalence-vie-entière) et pensées suicidaires ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : respectivement ESS 2017 et ESS 2012, 2017)	139
Figure 57 : Tentative de suicide (prévalence-vie-entière) et pensées suicidaires ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)	140
Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées, ventilées par enquête (ESS ou « LGBT Health ») et par groupe de comparaison	42
Tableau A2.1 : Concepts et groupes de comparaison.....	169
Tableau A2.2: Principales caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées et opérationnalisation (ESS, « LGBT Health »).....	170
Tableau A2.3 : Indicateurs « Activité physique » et leur opérationnalisation	172
Tableau A2.4 : Indicateurs « Soutien social et solitude » et leur opérationnalisation	173
Tableau A2.5 : Indicateurs « Niveau psychologique » et leur opérationnalisation	174
Tableau A2.6 : Indicateurs « Santé psychique » et leur opérationnalisation	177
Tableau A4.1 : Dépression (prévalence sur un an) (n = 1129) : coefficients de modélisation et tailles d'effet	182
Tableau A4.2 : Dépression (prévalence sur un an) (n = 1115) : coefficients de modélisation et tailles d'effet	183
Tableau A4.3 : Tentatives de suicide (prévalence-vie-entière) (n = 1085) : coefficients de modélisation et tailles d'effet	184
Tableau A4.4 : Tentatives de suicide (prévalence-vie-entière) (n = 1073) : coefficients de modélisation et tailles d'effet	185

Liste des abréviations

ESS	Enquête suisse sur la santé
FSF	Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IMC	Indice de masse corporelle
IST	Infection/maladie sexuellement transmissible
LGBT	Voir point 1.3 (Glossaire LGBT)
M	Moyenne arithmétique
Md	Médiane
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OR	Rapport de cotes (anglais : <i>odds ratio</i>)
PrEP	Prophylaxie pré-exposition (anglais : <i>Pre-Exposure Prophylaxis</i>)
SD	Écart-type (anglais : <i>Standard Deviation</i>)
TdS	Travailleur ou travailleuse du sexe
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé (Management Summary)

Contexte

Des études internationales indiquent que les personnes lesbiennes, gays et bisexuelles (LGB) jouissent d'un moins bon état de santé et d'un accès plus difficile aux soins de santé que le reste de la population. Les données et les connaissances scientifiques sur la situation en Suisse sont toutefois encore insuffisantes. À la suite de l'adoption du postulat 19.3064 de Samira Marti, le Conseil fédéral a été chargé d'établir un rapport sur l'état de santé des personnes LGB et leur accès aux soins de santé qui les compare à ceux du reste de la population. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé la Haute école spécialisée de Lucerne – Travail social d'élaborer une base solide pour la rédaction du rapport en réponse au postulat, qui ne se concentre pas uniquement sur l'état de santé et l'accès au système de santé des personnes LGB, mais qui, dans ce contexte, recense et analyse également la situation des personnes trans et non binaires (T) en Suisse. Il s'agit de personnes qui ne s'identifient pas au genre assigné à la naissance. Une partie du mandat de l'OFSP consistait, en plus de l'analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de 2012 et 2017, à réaliser une enquête en ligne à grande échelle et largement diffusée dans toutes les régions de Suisse, qui s'adresse à la population LGBT vivant en Suisse. En outre, une revue de la littérature sur l'état de la recherche a été demandée.

Objectif

L'objectif de ce rapport est d'identifier, à l'aide des bases de données de l'ESS de 2012 et 2017 et de l'enquête nationale en ligne sur la santé des personnes LGBT et leur accès aux soins (« LGBT Health ») menée spécialement en 2021, les domaines dans lesquels les personnes LGBT sont confrontées à une inégalité des chances en matière de santé par rapport au reste de la population suisse.

Approche méthodologique

La revue de la littérature porte sur des études pertinentes réalisées en Suisse au cours des vingt dernières années, complétées par des revues internationales, des méta-analyses et des études réalisées dans d'autres pays au cours des cinq dernières années. Conformément au postulat 19.3064 de la conseillère nationale Samira Marti, l'accent a été mis sur les domaines suivants : accès aux prestations médicales et aux soins de santé, santé physique, santé sexuelle, consommation de substances et santé mentale. L'analyse des données de l'ESS a également été effectuée essentiellement, mais pas exclusivement, sur la base de ces thématiques. Le « Health Equity Promotion Model » (HEP) (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) a servi de cadre théorique. Il montre avec beaucoup de nuances comment la santé des personnes (LGBT) est affectée à différents niveaux structurels et individuels et par des trajectoires favorables ou défavorables à la santé. Le modèle HEP a donc été d'une importance capitale pour la conception de l'enquête quantitative nationale en ligne « LGBT Health », qui a été réalisée de mi-mai 2021 à mi-juillet 2021 en allemand, français, italien et anglais. Les données de 2064 personnes de toutes les régions du pays ont pu être incluses dans les analyses. L'enquête était inspirée de l'ESS et complétée par d'autres facteurs connus pour influencer sur la santé des personnes LGBT (par ex. l'homonégativité internalisée, les expériences de discrimination et de violence) ainsi que par des questions permettant d'identifier d'éventuels effets spécifiques de la pandémie de coronavirus. Les données générées ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive et inférentielle et ont été comparées aux résultats issus des données de l'ESS 2012 et 2017¹. Certaines limites doivent être prises en compte en ce qui concerne les deux enquêtes (ESS et « LGBT Health »). Il faut notamment tenir compte du fait que si l'ESS permet de tirer des conclusions sur l'ensemble de la population suisse (à partir de 15 ans), ce n'est pas le cas de « LGBT Health », car les personnes interrogées constituent ici un échantillon dit occasionnel. D'autre part,

¹ L'ensemble des données de l'ESS de 2007 n'a pas été inclus, car dix années séparent l'ESS de 2007 de celle de 2017, au cours desquelles les indicateurs pertinents dans le cadre de l'étude ont connu des changements significatifs. Avec l'enquête « LGBT Health », l'inclusion de l'ESS 2007 aurait même couvert une période de 14 ans.

relativement peu de personnes LGB ont été interrogées dans le cadre de l'ESS. Il convient de tenir compte de ces limites lors de l'interprétation des résultats.

Résultats

Les domaines (de santé) dans lesquels les personnes LGB(T) ont des chances inégales d'être en bonne santé par rapport au reste de la population suisse, et sont donc moins bien loties, sont les suivants :

Santé psychique : à l'instar des études internationales, les données suisses indiquent que la population LGBT est nettement désavantagée par rapport au reste de la population suisse en ce qui concerne la santé mentale. Il y a un grand besoin d'agir, et d'agir urgemment. Ce désavantage se traduit par exemple par une prévalence nettement plus élevée de la dépression, des pensées suicidaires et des tentatives de suicide ainsi que par le moindre développement des facteurs de protection sociale et psychique chez les personnes LGBT que dans le reste de la population suisse. La probabilité de tentatives de suicide (prévalence-vie-entière) est environ 4 fois plus élevée chez les personnes LGB que dans le reste de la population suisse (données « ESS »). 11 % des personnes LGB interrogées dans le cadre de l'ESS et 18 % des personnes LGBT interrogées l'année dernière (données « LGBT Health ») ont déjà fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, le plus souvent pendant l'adolescence. Les personnes trans et non binaires sont particulièrement touchées par ce phénomène. Elles ne sont pas seulement plus touchées psychologiquement que les personnes LGB cisgenres, elles sont également plus nombreuses à avoir fait une tentative de suicide, et plus nombreuses à en avoir fait plus d'une dans leur vie. En ce qui concerne la prévalence de la dépression sur une année, les personnes trans/non binaires étaient également les plus touchées au sein du groupe LGBT.

Expériences de discrimination et de violence, renoncement aux prestations de santé et obstacles à l'accès aux soins : comme cela a été largement démontré au niveau international, les résultats de « LGBT-Health » montrent également que de nombreuses personnes LGBT suisses font l'objet de discriminations et de violences en raison de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre (67,6 % au moins une fois dans leur vie). De telles expériences sont également vécues dans le cadre des soins de santé (26,6 % au moins une fois dans leur vie), les personnes trans/non-binaires étant les plus touchées. La protection des personnes LGBT contre la stigmatisation, la discrimination et la violence doit être renforcée en Suisse, de manière générale et en particulier dans le domaine des soins de santé. On peut ainsi supposer qu'une partie de la population LGBT n'a pas recours aux prestations médicales, comme le montre la littérature internationale. La proportion de personnes LGBT qui renoncent à des prestations de santé par manque de confiance dans le corps médical, les hôpitaux, etc., est plus de deux fois supérieure à celle de la population résidant en Suisse (16,2 % contre 6,9 %). Il est peu probable qu'il s'agisse ici d'un simple effet d'échantillonnage, compte tenu des preuves internationales claires sur les obstacles à l'accès aux soins de santé pour les personnes LGBT. En Suisse aussi, des mesures claires sont nécessaires pour réduire les obstacles à l'accès aux soins pour les personnes LGBT.

Consommation de substances (tabac, alcool, substances psychotropes illégales) : les résultats, tout comme l'état de la recherche internationale en général, montrent une prévalence (nettement) plus élevée de la consommation (nocive pour la santé) de substances psychoactives chez les personnes LGBT que dans le reste de la population suisse. Un bon tiers à près de la moitié des personnes LGBT fument du tabac, une proportion nettement plus élevée que dans le reste de la population suisse. La consommation (excessive) de substances est un domaine d'action important et urgent en matière de santé, la consommation excessive d'alcool et le tabac notamment provoquent des dommages importants pour la santé. Dans ce domaine, les personnes LGBT sont désavantagées par rapport au reste de la population en Suisse et des mesures doivent être prises. Les différences de groupe et de genre doivent être prises en compte lors de l'adoption de mesures de promotion de la santé et de prévention (des addictions). Alors que les femmes lesbiennes et bisexuelles sont plus nombreuses que les femmes hétérosexuelles à consommer de l'alcool de manière chronique (consommation excessive régulière) et à prendre des risques épisodiques (consommation excessive en une seule occasion), les hommes gays et bisexuels sont un peu plus nombreux que les hommes hétérosexuels à avoir un comportement de consommation épisodique à risque.

Santé sexuelle : comme on le sait au niveau international, les résultats de la présente étude montrent que les hommes gays et bisexuels² constituent également en Suisse un groupe vulnérable par rapport au reste de la population en ce qui concerne le VIH et les IST. Au vu des données et des études disponibles, il est très important de mettre l'accent sur ce groupe ainsi que sur celui des personnes trans/non-binaires dans le domaine de la santé sexuelle, et de le faire, ou continuer à le faire, de manière ciblée en Suisse. Les femmes lesbiennes et bisexuelles³ ne doivent cependant pas être oubliées. Elles doivent être suffisamment sensibilisées au VIH et aux IST, aux examens gynécologiques préventifs et à la santé reproductive. De plus, les médecins, les gynécologues, le personnel infirmier, les sages-femmes, etc., doivent être préparés à conseiller, accompagner et traiter les femmes lesbiennes et bisexuelles sans préjugés sur leur santé sexuelle (y compris leur santé reproductive). Les quelques études disponibles, entre autres en Suisse romande, montrent que ce n'est pas toujours le cas.

Santé physique : en ce qui concerne la santé physique, les inégalités de santé au sein de la population LGBT sont particulièrement visibles. Les personnes trans/non binaires (« LGBT Health ») ont jugé leur propre état de santé nettement moins bon que les personnes LGB cisgenres et avaient présenté beaucoup plus souvent des troubles importants au cours des quatre semaines précédant l'enquête. En outre, les personnes trans/non binaires étaient plus nombreuses à se sentir limitées dans leur vie quotidienne en raison de problèmes de santé et souffraient plus souvent de maladies chroniques ou de longue durée. Comme pour le renforcement de la santé psychique, des mesures visant à améliorer la santé physique sont nécessaires en Suisse, en particulier en faveur des personnes trans/non binaires.

Recommandations

Outre les mesures ciblées qui devraient être prises dans les domaines de la santé identifiés ci-dessus, les recommandations suivantes sont formulées :

1. Un programme national pour l'égalité sociale et sanitaire des minorités sexuelles et de genre est nécessaire.
2. Dans une approche « Health in All Policies » (OMS, voir WHO 2014), les politiques et l'administration devraient améliorer l'environnement de vie des personnes LGBT par le biais de décisions et de stratégies politiques, et adopter les mesures correspondantes.
3. Pour la promotion de la santé, la prévention et le traitement (des maladies), la possibilité à la fois d'être accueillies avec une sensibilité LGBT et une attitude inclusive et d'avoir accès à des services réservés aux personnes LGBT ne devrait pas être l'exception mais la règle dans tous les secteurs (santé, social, etc.). Les deux sont nécessaires, une ouverture universelle des structures ordinaires (espaces de sensibilité LGBT et inclusifs) et des mesures spécifiques pour les personnes LGBT (espaces et accès spécifiques).
4. Il convient de mettre en place des systèmes nationaux fiables de signalement et de soutien (en général, et dans le secteur de la santé en particulier) pour le signalement de la violence fondée sur l'identité de genre et/ou l'orientation sexuelle. Il est nécessaire que les discriminations, les violences et les délits à l'encontre des personnes LGBT soient systématiquement sanctionnés et qu'un réseau d'aide approprié soit mis à la disposition des groupes LGBT, ou que les structures existantes soient conçues de manière à inclure les personnes LGBT.
5. Le monitoring national de la santé (ESS) et les systèmes de monitoring nationaux dans d'autres domaines devraient être conçus de manière à inclure les personnes LGBT.

Lors de la planification et de la mise en œuvre des recommandations, il convient d'associer les parties prenantes concernées en Suisse et de prendre en compte et de renforcer les structures et offres existantes, généralement non financées, qui ont été mises en place par des organisations LGBT et des particuliers engagés au cours des dernières décennies dans les différentes régions du pays.

² Cela inclut les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) mais qui ne se définissent ni comme homosexuels/gays ni comme bisexuels.

³ Cela inclut les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF), mais qui ne se définissent ni comme lesbiennes ni comme bisexuelles.

1 Introduction

1.1 Contexte

Le 26 septembre 2019, le Conseil national a adopté le postulat 19.3064 de la conseillère nationale Samira Marti (« Établir un rapport comparatif sur la santé des personnes LGB »), chargeant ainsi le Conseil fédéral « d'établir un rapport sur la santé des personnes homosexuelles ou bisexuelles ». Cette demande est motivée dans le postulat par le fait que des études internationales montrent que les personnes lesbiennes, gays ou bisexuelles (LGB) sont en moins bonne santé et disposent d'un accès moins aisé aux institutions de soins. Les données et les connaissances sur la situation en Suisse sont en outre insuffisantes. Le rapport vise, en s'appuyant sur les études et les données disponibles ainsi que sur une comparaison avec le reste de la population, à identifier les domaines dans lesquels des mesures spécifiques sont nécessaires. Il s'agit notamment de couvrir les domaines suivants (voir postulat 19.3064) :

- accès aux soins médicaux ;
- autoévaluation de la santé : maladies chroniques, hypertension, diabète, indice de masse corporelle, activité physique ;
- santé sexuelle ;
- consommation de substances ;
- santé mentale.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a recommandé de ne pas limiter les analyses et le rapport aux seules personnes LGB, mais aussi d'inclure l'évaluation de la situation des personnes trans/non-binaires. Il est ressorti des travaux préliminaires de l'OFSP et de l'Office fédéral de la statistique (OFS) que les échantillons LGB des vagues 2007, 2012 et 2017 de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) sont trop restreints pour permettre une analyse approfondie basée exclusivement sur les données disponibles. De plus, l'ESS ne pose à ce jour aucune question sur l'identité de genre. L'enquête ne comprend par conséquent pas d'échantillon de personnes trans/non-binaires.

Sur la base de ces clarifications, l'OFSP a chargé la Haute école spécialisée de Lucerne – Travail social (HSLU) de réaliser une enquête en ligne à grande échelle et largement diffusée dans toutes les régions du pays qui s'adresse à la population LGBT vivant en Suisse. Le mandat comprenait aussi une revue de la littérature sur l'état de la recherche portant sur les domaines thématiques mentionnés dans le postulat au cours des vingt (Suisse) et des cinq (international) dernières années.

1.2 Objectifs

L'objectif de ce rapport est d'identifier, à l'aide des bases de données de l'ESS (2012 et 2017) et de l'enquête nationale en ligne spécialement menée sur la santé des personnes LGBT et leur accès aux soins (« LGBT Health »), les domaines dans lesquels les personnes LGBT sont confrontées à une inégalité des chances en matière de santé par rapport au reste de la population suisse. Sur la base des analyses statistiques et de la revue de la littérature, les autrices et auteurs ont formulé des recommandations pour la Suisse. Le présent rapport vise à mettre à disposition une base solide en vue de l'élaboration du rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat.

1.3 Glossaire LGBT

L'acronyme anglais « **LGBTIQ** » regroupe notamment les personnes lesbiennes, « gays », bisexuelles, trans, intersexes et **queer** sous un même toit conceptuel. Il se réfère cependant à des dimensions très différentes d'une personne : l'**orientation sexuelle (LGB)**, l'**identité de genre (T)** ou les **caractéristiques sexuelles (I)**.

Orientation sexuelle

Les personnes lesbiennes ou gays sont attirées par des personnes du même genre (par exemple, une femme par une femme). Il existe d'autres (auto)désignations telles que personnes homosexuelles, queer, « gleichgeschlechtlich liebend » (aimant une personne du même genre), etc.

Les personnes bisexuelles et pansexuelles sont attirées par les hommes et les femmes, c'est-à-dire par deux genres ou plus.

Les personnes hétérosexuelles sont attirées par des personnes du genre considéré comme opposé (par exemple, une femme par un homme).

Les termes **HSH** (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) et **FSF** (femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes) se concentrent sur le comportement homosexuel. Cela permet par exemple, dans le cadre de la prévention du VIH et des IST, de s'adresser aux hommes qui ne s'identifient pas comme gays ou bisexuels, mais qui ont régulièrement des rapports sexuels avec des hommes.

Identité de genre

Les personnes trans sont des personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance (par ex. **homme trans**, **femme trans**). Les personnes **non-binaires**, **genderqueer**, etc., qui ne se reconnaissent pas dans le système binaire homme/femme, sont également comprises sous ce terme. Il existe d'autres (auto)désignations, telles que trans, transidentitaire, transgenre, personne ayant une biographie de transition, etc.

Les personnes cis (cisgenres) sont des personnes dont l'identité de genre est la même que celle qui leur a été attribuée à la naissance (par ex. **femme cis**, **homme cis**).

Caractéristiques sexuelles

Les personnes intersexuées sont des personnes « ...dont le corps possède des caractéristiques biologiques qui ne correspondent pas ou qu'en partie aux catégories binaires employées généralement pour distinguer les corps "femelles" et "mâles" ([Intersexuation - InterAction Suisse \(inter-action-suisse.ch\)](https://www.inter-action-suisse.ch/)). »

1.4 Structure du rapport

Le chapitre 2 qui suit résume les résultats des recherches menées ces vingt dernières années en Suisse et ces cinq dernières années à l'international sur les thèmes relevés dans le postulat de la conseillère nationale Samira Marti. Le chapitre 3 présente le *Health Equity Promotion Model* (HEP) (Fredriksen-Goldsen et al., 2014), un modèle sur l'égalité des chances devant la santé qui sert de cadre théorique pour les résultats des recherches et selon lequel le rapport est structuré. Le modèle montre comment se construit la santé des personnes LGBT et expose les différents niveaux d'influence (par ex. influences structurelles, comportements sanitaires, etc.) qui entrent en jeu en matière de santé humaine. En outre, ce chapitre indique la méthodologie employée et explique les bases de données et les méthodes d'analyse utilisées. Le chapitre 4 fait état des résultats empiriques obtenus pour les différentes composantes du modèle HEP, ce qui permet de faire apparaître le niveau d'influence concerné du point de vue de la santé des personnes (LGBT) ainsi que de repérer clairement les domaines dans lesquels les personnes LGBT sont confrontées à une inégalité des chances en matière de santé par rapport au reste de la population suisse (ou ceux dans lesquels il y a une égalité des chances). La représentation des résultats forme la base permettant de formuler une série de recommandations dans les conclusions au chapitre 5. Ces recommandations se réfèrent elles aussi au modèle HEP, en vue d'indiquer aux politiques les niveaux auxquels il faut intervenir pour améliorer l'égalité des chances devant la santé des personnes LGBT en Suisse.

Les lectrices et les lecteurs pressés trouveront, en particulier aux chapitres 2 et 4, des résumés succincts sous la forme de bilans intermédiaires.

2 État de la recherche : résultats de la revue de la littérature

Conformément au mandat confié par l'OFSP, la présente revue de la littérature concernant la santé des personnes lesbiennes, gays, bissexuelles et trans (« personnes LGBT ») reprend les thèmes et les sous-thèmes visés dans le postulat 19.3064 de la CN Samira Marti :

- « 1. accès aux soins médicaux : généraliste, gynécologie/centre de compétences pour la santé sexuelle, médecine d'urgence, endocrinologie, thérapies psychologiques et psychiatriques ;
2. [santé physique :] autoévaluation de la santé, maladies chroniques, hypertension, diabète, indice de masse corporelle, activité physique ;
3. santé sexuelle : nombre de partenaires, stratégies de réduction des risques⁴, frottis, mammographies ;
4. consommation de substances : tabac, alcool, autres drogues ;
5. santé mentale : santé psychique, dépression, tendances suicidaires, consommation de psychotropes. »

La revue de la littérature porte sur des études pertinentes réalisées en Suisse au cours des vingt dernières années, complétées par des revues internationales, des méta-analyses et des études réalisées dans d'autres pays au cours des cinq dernières années. Les mots-clés (« Keywords »), les méthodes de recherche et les banques de données utilisés sont disponibles en annexe⁵. La revue (réalisation du rapport incluse) a été effectuée sur la période du **15 octobre 2020 au 30 novembre 2020**. Elle a été validée en concertation avec l'OFSP et le groupe d'accompagnement de l'OFSP, composé notamment de personnes représentant des organisations LGBT suisses,

⁴ La notion de « stratégies de réduction des risques » dans le postulat Marti recouvre aussi bien les comportements en matière de protection et de risques face au VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles (IST) que les pratiques de réduction des risques.

⁵ Remarque : la base de données « Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche » (Ilisi) était hors service et non accessible au moment de la recherche.

puis complétée sur la base de leurs commentaires (en particulier de la littérature/des enquêtes suisses dites « grises » concernant les femmes lesbiennes et bisexuelles)⁶.

Les principaux résultats de la revue de la littérature sont résumés ci-après, et présentés pour l'essentiel selon la structure suivante pour chaque bloc thématique :

- Désignation du thème général et des sous-thèmes selon le postulat 19.3064 de la CN Samira Marti
- Résumé de la littérature pour chaque sous-thème, avec les trois volets suivants :
 - Études suisses portant sur les personnes lesbiennes, gays et bisexuelles – LGB (CH)
 - Études suisses portant sur les personnes trans – T (CH)
 - Focus sur les résultats des études internationales portant sur les personnes LGBT – LGB + T (international)
- Conclusions

2.1 Accès aux soins médicaux

Dans le domaine de l'accès aux soins médicaux, l'accent est mis sur l'accès aux prestations suivantes : généraliste, gynécologie, centres de compétences pour la santé sexuelle, médecine d'urgence, endocrinologie, thérapies psychologiques et psychiatriques.

LGBT (CH)

Jusqu'à présent, peu d'études suisses ont été publiées sur le thème de l'accès aux soins médicaux des personnes LGBT. Une étude relativement ancienne comparait le recours aux soins des hommes homosexuels de Genève avec celui des hommes hétérosexuels de Suisse (Wang, Häusermann, Vounatsou, Aggleton et Weiss, 2007). Il en est ressorti que les hommes gays recouraient nettement plus souvent aux services de santé, mais qu'ils étaient moins satisfaits des prestataires de santé que le groupe de comparaison hétérosexuel (Wang et al., 2007). Une étude qualitative portant sur des femmes lesbiennes de Suisse romande a mis en évidence que ces dernières tendent à ne pas nécessairement considérer les examens gynécologiques (préventifs) comme utiles, car ces examens sont fortement associés à une activité sexuelle hétérosexuelle. Les femmes lesbiennes ont par ailleurs indiqué que les gynécologues n'étaient pas suffisamment au fait de l'homosexualité féminine, en particulier des risques de transmission d'IST entre femmes (Berrut, 2016). La présence d'obstacles dans l'accès aux soins médicaux des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF) ressort également d'une enquête quantitative récente réalisée en Suisse romande. Les principaux motifs de dissuasion face au contrôle gynécologique évoqués par les FSF étaient le fait de sentir un jugement sur leur orientation sexuelle ou leur identité de genre. Des violences sexuelles subies dans un cadre médical ont également été rapportées (Béziane, Anex, Le Pogam et Künzle, 2020). Aucune étude comparable menée spécifiquement sur les personnes bisexuelles ou trans en Suisse n'a été trouvée lors de la recherche bibliographique effectuée ici.

Les publications sur le thème de l'accès à la psychothérapie des personnes LGBT en Suisse sont rares elles aussi. La recherche bibliographique effectuée aux fins de ce rapport n'a pas permis de trouver d'étude suisse concernant les expériences et la satisfaction des personnes LGBT en matière de conseil ou de suivi psychologique. Une publication suisse constate cependant que les personnes LGBT présentent, de par leur situation sociale, des besoins particuliers en matière de psychothérapie, ce qui requiert des connaissances spécifiques de la part des spécialistes qui en assurent l'accompagnement (Baeriswyl, 2016). Udo Rauchfleisch relève en outre qu'un conseil et un traitement psychologiques supposent une impartialité des thérapeutes à l'égard de l'orientation sexuelle et de l'identité de la personne (Rauchfleisch, 2016a). Les organisations LGBT, telles que le Transgender Network Switzerland (TGNS), l'Organisation Suisse des lesbiennes (LOS) ou Pink Cross peuvent alors être utiles pour se

⁶ La présente revue narrative présente une portée globale. Compte tenu de la durée limitée (sept semaines) et du nombre de thèmes traités, il a cependant fallu établir un rapport condensé, si bien que de nombreux détails ne peuvent être rapportés dans le texte qui suit.

rapprocher de spécialistes présentant cette impartialité (Rauchfleisch, 2016a). Rauchfleisch (2017) constate également des dysfonctionnements dans la prise en charge psychothérapeutique actuelle des personnes trans et plaide pour que la transidentité soit dépathologisée et reconnue comme une variante du développement identitaire humain. Chez les personnes trans, l'incongruence entre l'anatomie innée et le genre ressenti (dysphorie de genre) entraîne souvent une souffrance importante, qui peut faire naître le désir de solliciter des mesures de réassignation sexuelle (Garcia Núñez, 2014). Les hôpitaux universitaires de Genève et de Lausanne, par exemple, ont ainsi tous deux observé ces dernières années une augmentation du nombre de personnes demandant à pouvoir bénéficier de chirurgie d'affirmation de genre (Pamfile et al., 2020). Différents articles spécialisés ont également été publiés en Suisse au sujet des opérations de réassignation sexuelle (Bauquis, 2011, 2014 ; Mijuskovic, Schaefer et Garcia Núñez, 2020).

Un article suisse de 2011 relève de plus que dans le pays, les questions de santé se rapportant spécifiquement à l'orientation sexuelle et l'identité de genre ne sont abordées que de manière sporadique dans la formation du corps médical (Bize et al., 2011). Selon l'équipe de recherche, une sensibilisation des spécialistes aux questions LGBT lors de leur formation, afin qu'ils soient en mesure de répondre de façon adéquate aux besoins de leur clientèle, constitue une solution pour remédier à cette inégalité. Les données qualitatives relevées sur le point de vue des gynécologues montrent également que l'orientation sexuelle des personnes reçues n'est que rarement prise en compte lors des consultations et qu'il serait important d'intégrer le thème de l'homosexualité féminine dans les formations postgrades gynécologiques (Berrut, 2016). C'est dans ce sens qu'une étude a été réalisée auprès d'une promotion étudiante de l'université de Lausanne (Wahlen, Bize, Wang, Merglen et Ambresin, 2020). Cette étude révèle que les élèves des facultés de médecine disposent déjà de certaines connaissances concernant les questions de santé LGBT, et que ces connaissances peuvent être améliorées au moyen d'une séance de cours spécifique.

LGB (international)

Les études internationales indiquent que les personnes LGB ont plus difficilement accès aux soins médicaux, notamment à cause de comportements homophobes ou discriminatoires rencontrés dans le cadre des soins de santé ou de la méconnaissance des questions spécifiques liées à l'orientation sexuelle de la part des spécialistes (Albuquerque et al., 2016 ; Balik et al., 2020 ; Caceres, Travers, Primiano, Luscombe et Dorsen, 2020 ; Hafeez, Zeshan, Tahir, Jahan et Naveed, 2017 ; Meads, Hunt, Martin et Varney, 2019 ; Silva et Cavalcanti Costa, 2020). Des études internationales suggèrent de plus, à l'instar de l'étude suisse de Wahlen et al. (2020), que des formations spécifiques dans le système de santé concernant les thèmes LGBT peuvent avoir une influence positive aussi bien sur les connaissances relatives aux questions liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre que sur l'attitude à l'égard des personnes LGBT (Jurcek et al., 2020 ; Morris et al., 2019 ; Sekoni, Gale, Manga-Atangana, Bhadhuri et Jolly, 2017 ; Utamsingh, Kenya, Lebron et Carrasquillo, 2017). D'autres études constatent cependant que les personnes LGBT continuent de percevoir des comportements discriminatoires et des préjugés dans le système de soins malgré ces formations (Hunt et al., 2019). Certaines indiquent également la persistance de lacunes dans la formation médicale concernant les questions LGBT (McCann et Brown, 2018). S'agissant de l'accès des hommes homosexuels et bisexuels aux interventions ciblées sur le VIH/SIDA, plusieurs études ont aussi identifié la stigmatisation et la discrimination comme des obstacles dans ce contexte (Wao, Aluoch, Odondi, Tenge et Iznaga, 2016).

Les études consacrées aux expériences des personnes LGB dans le système de soins en matière de santé psychique font état d'une part de différents comportements vécus négativement (par ex. discrimination, manque d'acceptation de l'orientation sexuelle de la part des thérapeutes ou manque de connaissances sur les questions LGBT), qui peuvent constituer un obstacle à l'accès (McNamara et Wilson, 2020), et d'autre part d'une reconnaissance dans la psychothérapie, par exemple, du fait que les jeunes LGBT souffrent plus souvent de problèmes psychiques tels que la dépression. C'est pourquoi des traitements fondés sur les preuves des symptômes dépressifs ont été adaptés à ce groupe cible, avec des premiers résultats prometteurs (Sheinfil, Foley, Ramos, Antshel et Woolf-King, 2019).

Aucune étude spécifique sur l'accès à la gynécologie, aux centres de compétences pour la santé sexuelle, à la médecine d'urgence ou à l'endocrinologie n'a pu être obtenue lors de notre recherche bibliographique.

T (international)

Comme pour les personnes LGB, plusieurs études internationales indiquent la présence d'obstacles dans l'accès aux soins médicaux des personnes trans, la majeure partie des études ayant été réalisée aux États-Unis (Heng, Heal, Banks et Preston, 2018). Les aspects suivants sont mentionnés dans la littérature comme restreignant l'accès des personnes trans aux soins médicaux : discrimination dans le système de santé, méconnaissance de la part des spécialistes quant aux questions de santé spécifiques aux personnes trans, expériences négatives passées dans le cadre de soins médicaux, mais aussi prise en charge insuffisante des prestations nécessaires par l'assurance maladie, voire refus de traitement (Cicero, Reisner, Silva, Merwin et Humphreys, 2019 ; Heng et al., 2018 ; Kcomt, 2019 ; Lerner et Robles, 2017 ; Ziegler, Valaitis, Carter, Risdon et Yost, 2020).

D'autres études internationales montrent que les personnes trans sont confrontées à un accès plus difficile aux soins psychologiques et psychiatriques (Snow, Cerel, Loeffler et Flaherty, 2019), notamment du fait des obstacles constitués par les aspects suivants : craintes quant à une pathologisation, traitement inadéquat (par ex. du fait d'une méconnaissance des questions trans-spécifiques) ainsi que raisons économiques (Snow et al., 2019). Les études mettent par ailleurs en évidence que les personnes trans sont désavantagées en matière de soins et de prévention du VIH (Vaitses Fontanari et al., 2019).

La recherche bibliographique n'a pas permis de trouver d'études spécifiques sur l'accès à la gynécologie, aux centres de compétences pour la santé sexuelle, à la médecine d'urgence ou à l'endocrinologie.

Bilan intermédiaire : état de la recherche concernant l'accès aux soins médicaux

En Suisse, peu d'études ont été réalisées sur l'accès aux soins médicaux des personnes LGBT. Les résultats d'une étude plus ancienne de 2007 indiquent que les hommes homosexuels sollicitent plus souvent les services de santé que les hommes hétérosexuels, tout en exprimant un niveau de satisfaction moindre quant à la prise en charge. Une étude qualitative et une étude quantitative menées auprès de FSF montrent par ailleurs l'existence d'obstacles à l'accès aux soins médicaux, en particulier en gynécologie. Toutefois, il manque des travaux suisses plus récents ainsi que des études sur d'autres groupes de personnes LGBT. Les études internationales mettent en évidence plusieurs types d'obstacles rencontrés par les personnes LGBT en matière d'accès aux soins médicaux et psychologiques (par ex. discrimination, méconnaissance des spécialistes quant aux questions de santé spécifiques aux personnes LGBT). Les études plus récentes comme les études suisses montrent la nécessité de transmettre des connaissances sur les thèmes spécifiques aux personnes LGBT dans le système de santé pour aplanir les obstacles éventuels à l'accès aux soins.

Aucune étude spécifique sur l'accès aux centres de compétences pour la santé sexuelle, à la médecine d'urgence, à la médecine générale ou à l'endocrinologie n'a pu être trouvée lors de notre recherche bibliographique.

2.2 Santé physique

Au regard du postulat 19.3064, une synthèse des résultats est proposée ci-après pour les thèmes suivants : autoévaluation de la santé, maladies chroniques, hypertension, diabète, indice de masse corporelle, activité physique.

Santé physique LGB (CH)

Les études suisses consacrées à la santé physique des personnes LGB sont quasiment inexistantes. Une étude relativement ancienne compare la santé des hommes homosexuels avec celle des hommes hétérosexuels (Wang et al., 2007). Les deux groupes présentaient une autoévaluation de la santé très élevée, plus de 90 % des personnes interrogées ayant déclaré jouir d'un état de santé bon ou très bon. Aucune différence n'a été observée entre les deux groupes en matière de maladies chroniques, à l'exception de la bronchite, pour laquelle les hommes gays étaient traités près de 5 fois plus souvent. De même, les hommes gays de l'étude avaient été informés 2 à 4 fois plus fréquemment par leur médecin qu'ils présentaient un taux de cholestérol, une pression artérielle ou une glycémie

trop élevés. Ce groupe a aussi indiqué nettement plus souvent souffrir de symptômes tels que de la fatigue ou des maux de tête ou de dos, ainsi que d'un plus grand nombre de symptômes. Les hommes gays présentaient en revanche un indice de masse corporelle significativement plus bas que les hommes hétérosexuels (Wang et al., 2007). L'étude ne faisait pas état d'une comparaison concernant l'activité physique. Dans une enquête romande plus récente de 2019 consacrée aux FSF, 88 % des personnes ayant répondu ont affirmé se considérer en assez bonne ou en très bonne santé. 10 % ont estimé avoir une santé moyenne tandis que 2 % ont dit être en assez mauvaise voire très mauvaise santé (Béziane et al., 2020). Aucune étude comparable n'est disponible en Suisse pour d'autres groupes de personnes LGBT ; de même, il manque des études plus récentes.

Santé physique T (CH)

Quelques études liées à la santé ont en revanche été conduites en Suisse auprès de personnes trans ; elles portaient toutefois sur des problèmes médicaux spécifiques à ce groupe. Ainsi, par exemple, une étude plus ancienne a examiné l'influence des thérapies hormonales chez les personnes trans sur la densité osseuse (Ruetsche, Kneubuehl, Birkhaeuser et Lippuner, 2005). D'autres études suisses se sont penchées sur les conséquences médicales possibles d'une opération de réassignation sexuelle. Celles-ci ont conclu qu'une telle opération peut augmenter le risque d'apparition de troubles mictionnels (Kuhn, Hiltebrand et Birkhäuser, 2007). Une autre étude encore a décrit de possibles problèmes qui pourraient survenir au niveau du plancher pelvien chez les personnes trans après une opération de réassignation sexuelle (Kuhn, Santi et Birkhäuser, 2011). A. Grosse et ses collègues ont quant à eux étudié les résultats cytologiques à la suite d'une intervention chirurgicale de changement de genre et mis en évidence que la fréquence accrue de lésions augmentait le risque de cancer après ce type d'opération. Aussi estimaient-ils qu'il y avait lieu de prévoir des dépistages plus fréquents pour cette population (Grosse et al., 2017).

Maladies chroniques LGBT (international)

En ce qui concerne les maladies chroniques chez les personnes LGBT, il existe diverses études internationales portant sur les maladies cardiovasculaires. Une synthèse montre que les études menées jusqu'ici présentent toutefois des résultats contradictoires, certaines décelant un risque accru de maladies cardiovasculaires chez les personnes LGBT, d'autres non (Rosendale et Albert, 2020). Des études détaillées supplémentaires sont cependant nécessaires pour mieux appréhender la situation des personnes LGBT en matière de maladies cardiovasculaires (Caceres et al., 2017 ; Rosendale et Albert, 2020).

Une autre synthèse a compilé les résultats d'études internationales sur les maladies chroniques chez les femmes lesbiennes et bisexuelles (Meads, Martin, Grierson et Varney, 2018). Les études retenues dans ces travaux indiquent que les femmes lesbiennes et bisexuelles souffrent plus souvent d'asthme que les femmes hétérosexuelles ; aucune différence n'a en revanche été observée s'agissant des cardiopathies coronariennes, de l'hypertension ou du diabète (Meads et al., 2018). L'équipe de recherche relève cependant qu'il est difficile d'expliquer les écarts constatés sur la base des données actuellement disponibles, raison pour laquelle il y a lieu de conduire des études épidémiologiques de plus grande envergure au niveau de la population, dans lesquelles les données collectées doivent aussi inclure l'orientation sexuelle (Meads et al., 2018). Une autre synthèse a rassemblé des résultats montrant que les femmes lesbiennes et bisexuelles souffrent plus fréquemment d'asthme, d'obésité et d'arthrite que les femmes hétérosexuelles (Simoni, Smith, Oost, Lehavot et Fredriksen-Goldsen, 2017). Aucune différence n'a toutefois été relevée concernant le cancer, le diabète, l'hypertension et le taux de cholestérol (Simoni et al., 2017). L'équipe de recherche souligne néanmoins qu'il existe peu d'études sur cette thématique et que celles dont on dispose présentent des défauts méthodologiques, comme un faible nombre de femmes lesbiennes et bisexuelles interrogées par rapport aux femmes hétérosexuelles (Simoni et al., 2017).

Indice de masse corporelle (IMC) et activité physique LGB (international)

Pour ce qui est de l'IMC, des études internationales suggèrent que statistiquement, les femmes lesbiennes et bisexuelles tendent à avoir un IMC supérieur et à être plus touchées par l'obésité que les femmes hétérosexuelles (Eliason et al., 2015). Dans le cadre de la présente recherche bibliographique, aucune synthèse de travaux portant sur l'IMC des hommes gays et bisexuels n'a été trouvée, ce qui laisse présumer que peu d'études ont été publiées

sur cette question spécifique. Les études sur l'activité physique compilées dans une revue systématique tendent à montrer que par rapport aux groupes de comparaison hétérosexuels, les hommes homosexuels et bisexuels s'adonnent davantage à des activités physiques, tandis que les femmes homosexuelles et bisexuelles le font dans une moindre mesure (Herrick et Duncan, 2018).

Santé physique T (international)

Une synthèse parue en 2018 sur la santé des personnes trans met en évidence que ce n'est que récemment que la recherche a commencé à s'intéresser davantage à ce thème, les questions de santé les plus fréquemment étudiées étant le VIH, la santé mentale et la discrimination (Sweileh, 2018). Par ailleurs, de nombreuses études internationales traitent des effets d'un traitement hormonal chez les personnes trans (Delgado-Ruiz, Swanson et Romanos, 2019 ; Dinesh, Franz et Kueth, 2020 ; Fan, Gordner et Luty, 2020 ; McFarlane, Zajac et Cheung, 2018 ; Singh-Ospina et al., 2017 ; Streed et al., 2017 ; Tanini et al., 2019).

Seules quelques études ont été trouvées concernant l'activité physique des personnes trans. Deux études suggèrent cependant que ces dernières sont moins souvent physiquement actives que les personnes cis (Jones, Haycraft, Bouman et Arcelus, 2018 ; Muchicko, Lepp et Barkley, 2014). Aucune étude portant sur les maladies chroniques ou l'IMC des personnes trans n'a pu être trouvée lors de notre recherche bibliographique.

Bilan intermédiaire : état de la recherche concernant la santé physique des personnes LGBT

En Suisse, il n'existe pas d'étude publiée récemment au sujet de la santé physique des personnes LGBT. Une étude plus ancienne de 2007 comparait la santé physique des hommes homosexuels avec celle des hommes hétérosexuels. Plus de 90 % des personnes interrogées ont indiqué jouir d'un état de santé bon ou très bon, bien que les hommes gays aient comparativement rapporté de moins bons résultats dans de nombreux domaines (par ex. taux de cholestérol et glycémie) et souffraient plus fréquemment de symptômes comme de la fatigue ou des maux de tête. Ils présentaient néanmoins en moyenne un IMC plus bas. Cette étude ne comportait pas de comparaison concernant l'activité physique. Dans une enquête romande plus récente de 2019 consacrée aux FSF, 88 % des personnes ayant répondu ont indiqué se considérer en assez bonne ou en très bonne santé, tandis que 10 % ont estimé avoir une santé moyenne et 2 % ont dit être en mauvaise santé. Il n'existe toutefois pas d'études suisses sur d'autres groupes de personnes LGB et leur santé physique. Il en va autrement des études concernant la santé physique des personnes trans : il en existe en effet plusieurs à ce sujet, même si elles traitent pour la plupart d'aspects médicaux spécifiques, tels que les conséquences des thérapies hormonales ou d'une opération de réassignation sexuelle.

Au niveau international également, il n'existe à ce jour que peu d'études sur la santé physique des personnes LGBT, et celles conduites jusqu'ici souffrent souvent de défauts méthodologiques, si bien que les résultats obtenus doivent être interprétés avec prudence. Les études disponibles concernant l'IMC et l'activité physique montrent que les femmes lesbiennes et bisexuelles tendent à présenter un IMC plus élevé et à être moins actives physiquement que les femmes hétérosexuelles. À l'inverse, celles qui portent sur les hommes homosexuels et bisexuels révèlent que ce groupe tend à pratiquer davantage d'activités physiques que les hommes hétérosexuels. Les éventuels écarts s'agissant de l'IMC n'ont apparemment pas encore été investigués. Il n'a pas non plus été possible de trouver d'études internationales traitant de l'IMC et de l'activité physique des personnes trans.

2.3 Santé sexuelle

Dans le domaine de la santé sexuelle, l'examen est axé sur les thèmes suivants : nombre de partenaires, stratégies de réduction des risques, frottis et mammographies. En raison de la multitude d'études, nous proposons ci-après d'abord un inventaire des études suisses portant sur ce domaine thématique, puis une synthèse d'une sélection de résultats tirés d'études suisses et internationales.

Domaine de la santé sexuelle en général : vue d'ensemble de la recherche pour la Suisse

La recherche bibliographique ciblant les études en Suisse a permis d'obtenir le tableau suivant : la plus grande partie des études s'intéressait aux **HSH**, c'est-à-dire aux **hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** (32 publications). La majorité de ces études HSH mettent l'accent sur les comportements en matière de protection et de risques (utilisation du préservatif, prophylaxie pré-exposition [PrEP], etc.) et les pratiques de réduction des risques (positionnement stratégique, sérotyping, retrait avant éjaculation) face au VIH et autres infections sexuellement transmissibles (IST) (Balthasar, Jeannin et Dubois-Arber, 2007, 2009 ; Dubois-Arber, Jeannin, Locicero et Balthasar, 2012 ; Gredig, Uggowitz, Hassler, Weber et Nideröst, 2016 ; Locicero et Bize, 2015 ; Locicero, Jeannin et Dubois-Arber, 2010, 2012 ; Moreau-Gruet, Jeannin, Dubois-Arber et Spencer, 2001 ; Nöstlinger et al., 2011 ; Wirth, Inauen et Steinke, 2020). Les études se sont également penchées sur les aspects suivants :

- tendances en matière de diagnostics VIH (Chapin-Bardales et al., 2018) ;
- modélisations mathématiques/scénarios relatifs aux taux d'infection par le VIH et les IST (Schmidt et Altpeter, 2019 ; van Sighem et al., 2012) ;
- dépistage dans les checkpoints « gay-friendly » (Gumy et al., 2012) ;
- comportement sexuel et comportements de protection face aux IST et au VIH des HSH séropositifs (Roth et al., 2020 ; Salazar-Vizcaya et al., 2020) ; et
- risques de transmission du VIH par des rapports sexuels sans préservatifs dans les couples d'hommes sérodifférents (Rodger et al., 2019).

Il existe en outre des études relatives aux infections par le virus de l'hépatite C dans l'ensemble de la population des HSH (Clerc, Darling, Calmy, Dubois-Arber et Cavassini, 2016 ; Kouyos et al., 2014 ; Schmidt et al., 2014 ; van der Helm et al., 2011) ainsi que spécifiquement chez les HSH séropositifs (Braun, Hampel, Kouyos et al., 2019 ; Braun, Hampel, Martin et al., 2019 ; Künzler-Heule et al., 2019 ; Rauch et al., 2005 ; Salazar-Vizcaya et al., 2016 ; Zahnd et al., 2016). De plus, on dispose d'études qualitatives sur les clients et les travailleurs du sexe dans l'industrie du sexe entre hommes (Parpan-Blaser, Pfister, Nideröst et Gredig, 2009 ; Pfister, 2009 ; Pfister, Parpan-Blaser, Nideröst et Gredig, 2008), dans lesquelles sont analysés non seulement les comportements en matière de protection face au VIH, mais aussi les parcours et les trajectoires professionnelles des hommes qui monnaient du sexe contre de l'argent ou des biens dans l'industrie du sexe en Suisse (en particulier Pfister, 2009). Les travaux relatifs aux HSH qui ne se concentrent pas (exclusivement) sur le VIH et les IST apportent un éclairage sur les comportements sexuels en général (Waldis, Borter et Rammsayer, 2020), estiment la population de HSH pour la Suisse (Schmidt et Altpeter, 2019) ou proposent un vaste aperçu de la santé sexuelle des HSH qui ne se limite pas aux comportements sexuels (European MSM Internet Survey [EMIS-2017]) (Weber, Gredig, Lehner et Nideröst, 2019).

En ce qui concerne les **FSF, les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes**, deux études romandes ont pu être obtenues, lesquelles livrent des renseignements en matière de santé sexuelle et reproductive (Berrut, Descuves, Romanens-Pythoud et Jeannot, 2020 ; Béziane et al., 2020). Pour ce qui est des **personnes trans**, une seule étude est disponible ; elle est consacrée au partenariat et à la sexualité des hommes trans (qui s'étaient vu assigner le sexe féminin à la naissance) (Kraemer et al., 2010). Il existe également une étude sur la prévalence et les dimensions de l'orientation sexuelle chez les jeunes en Suisse (Narring, Stronski, Huwiler et Michaud, 2003) ainsi qu'une étude européenne – incluant des données suisses – sur les attitudes sociales à l'égard de l'adoption par des couples de même sexe (Takács, Szalma et Bartus, 2016).

Une synthèse de certains résultats est présentée ci-dessous pour les thèmes précités.

Nombre de partenaires LGB (CH)

FSF – incluant les femmes lesbiennes et bisexuelles

Dans le cadre d'une étude suisse de 2012 sur les FSF (Berrut et al., 2020), un poster scientifique sur la situation en Suisse indique que dans le pays, environ 4 % des femmes ont eu une partenaire sexuelle féminine dans leur vie (soit quelque 120 000 femmes âgées de 16 à 70 ans). Dans l'étude elle-même (étude transversale avec un échantillonnage opportuniste de 324 FSF de Suisse romande), 38 % des personnes interrogées ont déclaré se sentir attirées exclusivement par des femmes, 47 % majoritairement par des femmes, 11 % autant par des hommes que par des femmes, 1 % majoritairement par des hommes et les 3 % restants plutôt par des personnes trans. Le questionnaire a été soumis à des femmes lesbiennes, bisexuelles et autres FSF, y compris des femmes transgenres. Le poster ne faisait toutefois pas de distinction entre les femmes cis et trans au niveau de l'évaluation. Les résultats montrent que 16 % des FSF interrogées avaient un ou plusieurs enfants, le désir de parentalité étant plus commun chez la jeune génération. 29 % ont rapporté avoir vécu de la violence dans une relation lesbienne. Une autre enquête menée en 2019 auprès de FSF constate que 10 % ont indiqué avoir eu des relations sexuelles avec zéro partenaire dans les 12 derniers mois, tandis que 83 % ont déclaré de 1 à 5 partenaires (Béziane et al., 2020). Dans cette étude également, le questionnaire a été soumis à des femmes lesbiennes, bisexuelles, d'autres FSF et des femmes trans, bien qu'il n'y ait pas eu non plus de différenciation au niveau des analyses.

HSH – incluant les hommes homosexuels et bisexuels

En s'appuyant sur l'ESS (2007, 2012), Schmidt et Altpeter (2019) estiment qu'en Suisse, environ 3 % des hommes ont eu des « rapports sexuels »⁷ avec un homme au moins une fois dans leur vie (2,8 à 3,2 %). Étant donné, cependant, que l'ESS se base sur une définition étroite des rapports sexuels, les chiffres doivent être interprétés avec prudence. Sur la base de leur propre modèle, les auteurs ont évalué que la population des HSH entre 15 et 64 ans en Suisse se chiffre à 80 000 personnes. Ils mettent de plus en évidence que les HSH vivent principalement dans les cinq plus grandes villes du pays (Zurich, Genève, Lausanne, Berne et Bâle).

L'EMIS-2017 (Weber et al., 2019) se fonde sur les données d'un échantillon de 3066 HSH suisses, principalement recrutés par l'intermédiaire de plateformes et applications de rencontres entre HSH (par ex. Planet Romeo). Un peu plus de 99 % s'identifiaient comme des hommes cis et le reste des personnes interrogées comme des hommes trans (0,8 %). Ici également, les évaluations n'établissent pas de distinction entre les hommes cis et les hommes trans du fait du nombre limité d'hommes trans interrogés. À l'inverse de l'absence totale de données pour les FSF, l'EMIS-2017 offre une vue détaillée des comportements sexuels des HSH suisses. En matière d'attraction sexuelle, il apparaît par exemple que près de 82 % des HSH interrogés ont indiqué se sentir attirés par les hommes uniquement, tandis que 17 % ont déclaré se sentir attirés sexuellement par les hommes et par au moins un autre genre. Pour résumer, l'équipe de recherche conclut que les HSH interrogés sont sexuellement actifs et pour la plupart satisfaits de leur vie sexuelle (avec seulement des différences non significatives entre les HSH séropositifs et séronégatifs). Plus de la moitié des HSH entretiennent des relations stables (avec un homme pour la plupart), dont certaines s'inscrivent sur une longue durée. Toutefois, les relations stables ne sont pas forcément synonymes d'exclusivité sexuelle. Plus de trois quarts des personnes interrogées avaient eu des partenaires dans le cadre de relations sexuelles occasionnelles au cours des 12 mois précédant l'enquête (majoritairement des hommes, mais aussi des femmes). Une autre étude s'appuyant sur des données suisses avait également mis en évidence que l'on constatait nettement plus de relations occasionnelles entre hommes d'« orientation homosexuelle » et de souhait de ce type de relations que chez les hommes hétérosexuels interrogés (Waldis et al., 2020).

Nombre de partenaires T (CH)

La seule enquête disponible (Kraemer et al., 2010), qui a étudié la sexualité et le partenariat chez cinq couples (homme trans et femme cis), a conclu que des relations satisfaisantes (sexuellement), une stabilité et de la normalité dans les partenariats sont possibles. L'identité de genre masculine de l'homme trans est mutuellement confirmée et

⁷ Dans le cadre de l'ESS, il est précisé sur demande que l'on entend par « rapports sexuels » des rapports sexuels avec pénétration.

reconnue ; pour les femmes cis, les attributs psychologiques « féminins » de l'homme trans jouent un rôle et représentent pour elles un atout leur permettant de s'investir dans la relation et de s'ouvrir (ce qui était plus difficile dans des relations avec d'autres hommes).

Nombre de partenaires LGB + T (international)

Il ressort du rapport EMIS-2017 mentionné, qui s'appuie sur des données recueillies auprès de **HSH** dans 50 pays européens, que les chiffres relatifs à l'attraction sexuelle à l'échelle européenne sont les mêmes qu'en Suisse : 82 % des personnes interrogées ont indiqué se sentir attirées par les hommes uniquement et 17 % par les hommes et au moins un autre genre (Weatherburn et al., 2019). Alors que 22 % des HSH se disaient insatisfaits de leur vie sexuelle, ce pourcentage était de 18 % en Suisse (Weatherburn et al., 2019). Si l'on considère les pays membres de l'UE et de l'AELE, seuls les HSH en Belgique, aux Pays-Bas, en Espagne et en Islande se déclarent plus satisfaits sexuellement que les HSH suisses. Le rapport EMIS européen indique que comme en Suisse, plus de trois quarts des sondés (77 %) avaient eu des relations sexuelles avec des partenaires non stables au cours des 12 mois précédant l'enquête (Weatherburn et al., 2019).

Sobecki-Rausch, Brown et Gaupp (2017) concluent dans leur revue systématique de la littérature sur les dysfonctionnements sexuels et les problèmes sexuels chez les **femmes lesbiennes** qu'il existe très peu de publications et qu'il faut mener davantage d'études sur le sujet. Contrairement à la littérature consacrée aux HSH, qui éclaire largement la vie sexuelle et les comportements sexuels de ces derniers (si l'accent est mis sur le VIH et les IST, d'autres aspects de la santé sexuelle sont également traités), les études consacrées aux **FSF** semblent aussi quasiment inexistantes au niveau international.

S'agissant des **personnes trans**, une enquête menée aux États-Unis en 2015 constitue à ce jour le plus grand projet au monde (James et al., 2016). L'échantillon comptait 27 715 personnes, dont 29 % d'hommes trans, 33 % de femmes trans, 35 % de personnes non-binaires et 3 % de personnes transformistes/travesties (James et al., 2016). Le sexe féminin avait été assigné à la naissance à 57 % de ces personnes et le sexe masculin à 43 % (ibid.). S'agissant de l'orientation sexuelle, les personnes interrogées pouvaient choisir parmi les catégories suivantes : « queer » (21 %), « pansexuel » (18 %), « gay, lesbienne ou aimant les personnes du même genre » (16 %), « hétérosexuel » (15 %), « bisexuel » (14 %) et « asexuel » (10 %) (James et al., 2016). Toutefois, cette étude ne livre pas non plus de renseignements sur la satisfaction sexuelle, les problèmes sexuels ou le nombre de partenaires chez les personnes trans. Une revue systématique sur la santé sexuelle et la reproduction chez les personnes trans (Baram, Myers, Yee et Librach, 2019) montre qu'il peut exister chez les personnes trans adolescentes et jeunes adultes un désir de parentalité qui est souvent trop peu pris en considération lors de la transition et conclut qu'il faut davantage tenir compte de la préservation de la fertilité et des capacités reproductives (*fertility preservation*) dans le cadre des processus de transition. Besse, Lampe et Mann (2020) font état dans leur revue narrative d'obstacles supplémentaires auxquels sont confrontés les hommes trans en matière de santé reproductive (grossesse, naissance, accès au système de santé).

Comportements en matière de protection et de risques face au VIH et aux autres IST, pratiques de réduction des risques LGB (CH)

FSF – incluant les femmes lesbiennes et bisexuelles

En ce qui concerne les comportements des FSF en matière de protection et de risques, l'étude romande mentionnée (Berrut et al., 2020) rapporte que 71 % des FSF interrogées ne se protègent jamais lors de leurs rapports sexuels avec des femmes et n'emploient pas d'autres pratiques de réduction des risques (visant à diminuer les risques de transmission du VIH et d'autres IST). Au total, 64 % des personnes interrogées avaient déjà fait un dépistage pour le VIH, et 39 % pour d'autres IST, au cours de leur vie. Ces pourcentages étaient respectivement de 14 et de 16 % sur les 12 mois précédant l'enquête (2011/2012) spécifiquement. L'étude met en évidence qu'il existe en Suisse romande d'importantes lacunes dans la recherche sur les comportements des FSF en matière de protection et de risques ; l'équipe de recherche conclut que les personnes interrogées (et probablement aussi dans le système de santé) n'ont pas suffisamment conscience des risques liés aux IST. Toutefois, 88 % des FSF interrogées dans le

cadre d'une autre enquête romande ont dit avoir conscience qu'il existe (beaucoup) de risques de transmission d'IST lors de rapports sexuels entre femmes (Béziane et al., 2020). Un cinquième des personnes interrogées ont d'ailleurs indiqué que des tests VIH/IST étaient le motif principal de leur dernière consultation chez des personnels de santé. En tout, 70 % des personnes interrogées avaient déjà fait un dépistage pour les IST (prévalence-vie-entière), principalement lors d'un contrôle régulier ou à la suite d'un rapport sexuel à risque (Béziane et al., 2020). Si ces écarts entre les deux études romandes ne sont pas un pur effet d'échantillonnage, ils suggèrent une amélioration de la perception des risques chez les FSF de Suisse romande.

HSH – incluant les hommes gays et bisexuels

Schmidt et Altpeter (2019) ont évalué et localisé géographiquement les prévalences du VIH et des IST chez les HSH en Suisse au moyen d'une modélisation. Il en ressort que les grands centres urbains (notamment Zurich et Genève) présentent les estimations de prévalence du VIH les plus élevées, d'environ 7 à 13 %. Dans le cadre de l'étude EMIS-2017 (Weber et al., 2019), 11 % des HSH interrogés ont indiqué vivre avec le VIH. Parmi ces personnes, 95 % étaient sous traitement antirétroviral (ARV), et la charge virale était indétectable chez 94 % d'entre elles, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent plus transmettre le VIH. L'équipe de recherche conclut à la lumière de ses résultats que la Suisse occupe une très bonne position, en comparaison d'autres pays, eu égard aux soins médicaux dispensés aux personnes séropositives. Ainsi, près de 98 % des HSH infectés par le VIH avaient eu leur dernier contrôle de suivi moins de six mois avant l'enquête.

Weber et al. (2019) constatent, en s'appuyant sur d'autres études suisses (Locicero et al., 2012 ; Locicero et Bize, 2015), une baisse de l'utilisation systématique du préservatif chez les HSH, et ce, pas seulement depuis la possibilité de recourir à une prophylaxie pré-exposition (PrEP). Les données de 2017/18 montrent que 52 % des HSH sans diagnostic de VIH avaient utilisé un préservatif avec des partenaires non stables au cours des 12 mois précédents. Chez les HSH diagnostiqués séropositifs, ce chiffre était de 13 %. 94 % ont précisé avoir une charge virale indétectable, ce qui explique éventuellement la faible utilisation du préservatif. Ces vingt dernières années, les HSH ont mis en place des stratégies personnelles de réduction des risques – en interprétant les connaissances (scientifiques) –, « grâce auxquelles ils essayaient de se prémunir du VIH sans devoir utiliser de préservatif. Parmi celles-ci figurent le “strategic positioning”, le “dipping/withdrawal”, le “sero-sorting”, la “negotiated safety” ainsi que le “treatment sorting” » (Weber et al., 2019). Il est donc important de tenir compte de ces stratégies dans le développement des activités de prévention du VIH et des IST et de continuer à sensibiliser les HSH aux risques associés. En ce qui concerne la disposition à adopter la PrEP comme stratégie de prévention du VIH, ainsi que le recours effectif à cette option, les résultats disponibles diffèrent (Weber et al., 2019), si bien qu'il est difficile d'évaluer précisément la situation. Contrairement à ce que laisse penser la controverse apparue ces dernières années au sujet de la pratique du sexe sous substances (appelée « chemsex », principalement en utilisant de la méthamphétamine, de la méphédrone, du GHB/GBL et de la kétamine) et des comportements sexuels à risque qui y sont associés, l'EMIS a mis en évidence que seule une petite fraction des personnes interrogées avait déjà fait l'expérience du chemsex (et le cas échéant, surtout en consommant de la méthamphétamine). La prise de poppers, avant ou pendant les rapports sexuels, est en revanche bien plus répandue (Weber et al., 2019). Pour l'équipe de recherche, il reste à voir, d'un point de vue critique, dans quelle mesure la PrEP contribue à la hausse constante des cas d'IST (hors VIH) annoncés depuis une vingtaine d'années. Cette augmentation pourrait toutefois être due à d'autres raisons, comme la forte augmentation du nombre de tests effectués (ibid., p. 104).

Il n'existe à notre connaissance aucune étude concernant les comportements en matière de protection et de risques chez les personnes trans en Suisse.

Comportements en matière de protection et de risques face au VIH et aux autres IST, pratiques de réduction des risques LGB + T (international)

Une revue d'autres revues systématiques (Blondeel et al., 2016) confirme le lourd fardeau (*burden*) porté par la population des **HSH** dans le monde entier en ce qui concerne le VIH et les STI. Cette étude met aussi clairement en évidence l'importante vulnérabilité des **femmes trans** (qui s'étaient vu assigner le sexe masculin à la naissance)

face au VIH, avec des taux de prévalence d'environ 15 à 19 %. Le lourd fardeau du VIH dans la population trans est également confirmé par d'autres études/revues (Becasen, Denard, Mullins, Higa et Sipe, 2019 ; MacCarthy et al., 2017). En 2015, le taux de personnes trans vivant avec le VIH aux États-Unis était près de 5 fois plus élevé que dans le reste de la population, les femmes trans étant particulièrement touchées (James et al., 2016). Si les revues internationales traitant des **FSF** montrent un lien entre des rapports sexuels passés entre femmes et le risque de contracter une vaginose bactérienne, il n'existe pas de données probantes établissant que les FSF seraient plus concernées par les IST que la population générale des femmes adultes (Blondeel et al., 2016). Aucune donnée n'est disponible au sujet du VIH.

En ce qui concerne les comportements en matière de protection et de risques face au VIH, il apparaît également dans l'étude EMIS européenne mentionnée que l'utilisation systématique de préservatifs lors de relations anales, par exemple dans le cadre de rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'enquête, n'est pas la norme chez les **HSH** (41 %) (Weatherburn et al., 2019). À l'international, les comportements de protection tendent à décliner (baisse de l'utilisation du préservatif lors de rapports anaux) chez les HSH (Hess, Crepaz, Rose, Purcell et Paz-Bailey, 2017). Le rapport EMIS, mais aussi d'autres études, montrent par ailleurs que les pratiques de réduction des risques restent répandues dans cette population (Dangerfield, Smith, Williams, Unger et Bluthenthal, 2017 ; Weatherburn et al., 2019). L'importance de la PrEP en tant que stratégie de prévention est de plus largement discutée dans la littérature internationale (Huang et al., 2018 ; Maticcotta, Rosales-Perez et Carrillo, 2020 ; Maxwell, Gafos et Shahmanesh, 2019 ; Peng et al., 2018). La Suisse se situe ici dans la moyenne en ce qui concerne l'utilisation (3 à 6 % des HSH non diagnostiqués séropositifs) (Weatherburn et al., 2019). S'agissant du chemsex, il apparaît aussi dans l'étude EMIS-2017 que la pratique ne constitue pas un phénomène de masse. En moyenne, 5 % des HSH interrogés avaient en effet indiqué avoir consommé au cours des 4 semaines précédentes des substances stimulantes pour avoir des rapports sexuels plus intenses. Les HSH suisses, avec un taux de 6 à 8 %, étaient donc au-dessus de la moyenne européenne (Weatherburn et al., 2019, p. 70).

Les connaissances disponibles sur les comportements des **personnes trans** en matière de protection et de risques face au VIH et aux autres IST (y c. les pratiques de réduction des risques) sont limitées. Même l'étude approfondie américaine consacrée à cette population déjà mentionnée (James et al., 2016) ne comporte pas de données à ce sujet. Becasen et al. (2019) montrent par exemple que 31 % des personnes interrogées étaient actives dans le travail du sexe (les femmes trans davantage que les hommes trans).

Frottis et mammographies LB (CH)

FSF – incluant les femmes lesbiennes et bisexuelles

Seules 69 % des personnes interrogées ont indiqué lors d'une enquête romande avoir eu un contrôle gynécologique au cours des 3 années précédentes (Berrut et al., 2020). Dans les éléments de discussion, l'équipe de recherche explique ce chiffre par un manque d'éléments motivant une consultation (besoin de contraception, grossesse) ou encore par l'homophobie ou les biais hétérocentrés rencontrés dans le milieu médical (personnel médical qui pratique moins de frottis cervico-utérins, voire aucuns, et présume de manière erronée que les FSF ne sont pas à risque pour le papillomavirus [HPV] et les autres IST).

Il n'existe à notre connaissance pas d'études portant sur les personnes trans.

Frottis et mammographies LB + T (international)

Une revue systématique et méta-analyse exploratoire a mis en évidence que les femmes bisexuelles sont davantage touchées que les femmes hétérosexuelles par la douleur pelvienne chronique (*chronic pelvic pain*) et le cancer du col de l'utérus (*cervical cancer*). Il a en outre été constaté que les femmes lesbiennes sont moins touchées par le cancer de l'utérus (*uterine cancer*) (Robinson, Galloway, Bewley et Meads, 2017).

Bilan intermédiaire : état de la recherche concernant la santé sexuelle des personnes LGBT

Les études disponibles aussi bien au niveau de la Suisse qu'à l'international quant au nombre de **partenaires** et aux **comportements en matière de protection et de risques face au VIH et aux IST (y c. aux pratiques de réduction des risques)** portent surtout sur les HSH. Cette différence peut s'expliquer par le lourd fardeau pour la santé porté par ce groupe en ce qui concerne le VIH et les IST. Alors que l'on constate à l'international que les personnes trans (en particulier les femmes trans) sont plus touchées par le VIH que le reste de la population, aucune étude n'a été conduite en Suisse sur le sujet à ce jour. Il est aussi difficile de trouver au niveau international des données qui permettraient de mieux appréhender les comportements des personnes trans en matière de protection et de risques (y c. les pratiques de réduction des risques). La question a peu été étudiée chez les femmes lesbiennes, bisexuelles et autres FSF en Suisse comme à l'étranger, ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'il n'a pas été établi au niveau international que ce groupe porte un fardeau sanitaire plus lourd que le reste de la population au regard du VIH et des IST. Il n'en est pas moins critiquable que les FSF restent en quelque sorte invisibles dans les réflexions sur la santé sexuelle, le VIH et les autres IST.

Ce que l'on observe de manière générale dans le discours sur les femmes lesbiennes, bisexuelles et autres FSF et la santé sexuelle, à savoir une sous-représentation dans la littérature par rapport aux HSH, se manifeste également en ce qui concerne les **frottis cervico-utérins** et les **mammographies**. Les FSF sont moins étudiées scientifiquement. Des indices révèlent que malgré un fardeau plus important dans quelques domaines, par exemple s'agissant du cancer du col de l'utérus, la gynécologie et le système de soins n'accordent pas une attention suffisante aux femmes lesbiennes et bisexuelles ainsi qu'aux autres FSF. Il faut mener davantage de recherches à ce sujet, comme sur les mammographies, domaine sur lequel aucune étude nationale ou internationale consacrée aux FSF n'a pu être trouvée.

2.4 Consommation de substances

Le présent chapitre se concentre sur la consommation de tabac, d'alcool et d'« autres drogues ».

LGB (CH)

L'enquête European MSM Survey 2017 (EMIS-2017) a recueilli des données quant à la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances chez les hommes gays et bisexuels en Suisse. Le rapport national fait état des résultats obtenus pour la Suisse en ce qui concerne la consommation d'alcool, de tabac, de cannabis et d'autres substances (par ex. poppers, tranquillisants, MDMA [3,4-méthylènedioxyméthamphétamine]) (Weber et al., 2019). Les données compilées pour les 50 pays européens participants figurent dans le rapport complet (Weatherburn et al., 2019). Cette étude ne comprenait toutefois pas de comparaison avec les hommes hétérosexuels. Une étude nationale plus ancienne révèle cependant que le tabagisme et la consommation de substances illégales sont nettement plus fréquents chez les hommes gays en Suisse que chez les hommes hétérosexuels (Wang et al., 2007). Une autre publication sur l'étude EMIS de 2010 rapporte les résultats obtenus en analysant la consommation de substances chez les hommes gays et bisexuels en combinaison avec des rapports sexuels (chemsex), à travers une comparaison des habitudes de consommation dans 44 villes européennes (Schmidt et al., 2016). Pour la Suisse, des personnes vivant à Zurich ont été interrogées dans le cadre de cette enquête. Au regard des autres villes européennes, Zurich était en sixième position pour ce qui est de la fréquence de la pratique du chemsex au cours des 4 semaines précédant l'enquête (Schmidt et al., 2016). Il ressort par ailleurs d'études suisses plus anciennes sur des programmes de sevrage tabagique destinés aux hommes gays que les programmes spécifiques pourraient accroître la participation du groupe cible aux interventions de ce type (Dickson-Spillmann, Sullivan, Zahno et Schaub, 2014 ; Schwappach, 2008, 2009). Une enquête romande avec des données de 2019 constate de même auprès des FSF interrogées des chiffres plus élevés par rapport à la population féminine générale en Suisse concernant la consommation occasionnelle ou régulière de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, cocaïne, héroïne, médicaments psychotropes) (Béziane et al., 2020).

T (CH)

La consommation de substances chez les personnes trans n'a guère été étudiée en dehors des États-Unis (Ott et Garcia Nuñez, 2018). Il n'est donc pas étonnant qu'aucune étude suisse sur le sujet n'ait été trouvée lors de notre recherche bibliographique.

LGB (international)

Une synthèse plus ancienne a compilé les résultats d'études qui comparaient la consommation de substances chez les adolescentes et adolescents LGB avec celle des jeunes hétérosexuels (Marshall et al., 2008). Elle conclut que le tabagisme et la consommation d'alcool et de substances illégales, comme le cannabis ou la cocaïne, sont plus fréquents chez les jeunes LGB (Marshall et al., 2008). Selon une autre revue systématique de la littérature, les personnes LGB fument 2 fois plus que le reste de la population (Berger et Mooney-Somers, 2017). Quelques études internationales ont par ailleurs été menées dans le but d'évaluer des programmes visant à réduire la consommation d'alcool et d'autres substances chez les hommes gays et bisexuels (Carrico, Zepf, Meanley, Batchelder et Stall, 2016 ; Wray et al., 2016). De même, il existe quelques études internationales qui se sont intéressées au chemsex chez les hommes gays. Comme exposé plus haut, ces études indiquent que cette pratique concerne une minorité de HSH, mais qu'elle est associée à des comportements sexuels à risque, comme des rapports anaux non protégés, ainsi qu'à un risque accru d'IST (Maxwell, Shahmanesh et Gafos, 2019 ; Tomkins, George et Kliner, 2019). Il n'y a apparemment pas d'études comparables disponibles au sujet du chemsex chez les femmes lesbiennes et bisexuelles.

T (international)

Plusieurs études internationales rapportent une forte consommation de substances chez les personnes trans (Connolly et Gilchrist, 2020 ; Gilbert, Pass, Keuroghlian, Greenfield et Reisner, 2018). Seul un petit nombre comparent cependant cette consommation avec celle des personnes cis, les études disponibles indiquant que les personnes trans consomment comparativement davantage d'alcool et d'autres substances illégales (par ex. amphétamine, cocaïne) (Connolly et Gilchrist, 2020). Plusieurs études suggèrent aussi de possibles liens entre la discrimination ou la violence transphobes et la consommation de substances illégales, d'alcool ou de médicaments (Connolly et Gilchrist, 2020). Étant donné que la majorité des études ont été effectuées jusqu'à présent sur un mode transversal, il n'est toutefois pas possible d'établir un lien de causalité sur cette base. Connolly et Gilchrist (2020) mentionnent aussi d'autres limites méthodologiques en ce qui concerne les études conduites jusqu'ici, comme la surreprésentation des femmes trans des zones urbaines, ainsi qu'un manque d'études en dehors des États-Unis. Les relevés effectués dans le cadre du « Global Drug Survey », la plus vaste enquête mondiale annuelle sur la consommation de substances (Suisse incluse), soulignent en outre que les personnes trans sont plus à risque de développer une addiction à l'alcool et au cannabis que les personnes cis et déclarent nettement plus souvent consommer des substances illégales (Connolly et al., 2020).

La plus grande étude au monde réalisée à ce jour sur les personnes trans, menée aux États-Unis, a de plus montré s'agissant de la consommation de substances que ce groupe consommait plus fréquemment de la marijuana, des médicaments soumis à ordonnance sans prescription et des substances illégales que le reste de la population américaine, sans toutefois observer de différences concernant le tabagisme (James et al., 2016).

Bilan intermédiaire : état de la recherche concernant la consommation de substances

Des données relatives à la consommation de substances chez les hommes homosexuels et bisexuels en Suisse ont été collectées dans le cadre de l'étude EMIS, qui ne comprenait toutefois pas de comparaison avec les hommes hétérosexuels. Une étude plus ancienne de 2007 montre qu'en Suisse, le tabagisme et la consommation de substances illégales sont significativement plus fréquents chez les hommes gays que chez les hommes hétérosexuels. De même, une enquête romande de 2019 sur les FSF a mis en évidence une consommation plus élevée de substances psychoactives et de médicaments psychotropes par rapport aux femmes hétérosexuelles. Aucune étude approfondie n'est disponible concernant la consommation de substances chez les femmes lesbiennes et bisexuelles en Suisse, où il manque également des études sur cette thématique chez les personnes trans. Les études internationales suggèrent

que les personnes LGBT consomment plus fréquemment des substances telles que le tabac, l'alcool et les substances illégales que le reste de la population.

2.5 Santé psychique

Dans ce domaine, un premier volet présente les travaux de recherche consacrés à la santé psychique des personnes LGBT en général. Un second synthétise les résultats concernant la suicidalité ainsi que la dépression et les symptômes dépressifs chez les personnes LGBT.

Santé psychique : vue d'ensemble pour la Suisse

En comparaison des autres thématiques, il existe un peu plus d'études suisses traitant de la santé psychique des personnes LGBT. Au total, 18 études ont pu être identifiées. La plupart de ces travaux se rapportent à la santé psychique des personnes trans, tandis que trois s'intéressent à celle des personnes homosexuelles.

La contribution théorique de Garcia Nuñez et Schneeberger (2018) présente le modèle du stress minoritaire, qui sert également de base pour d'autres travaux de recherche nationaux et internationaux consacrés aux liens entre la stigmatisation et la discrimination subies par les personnes LGBT et les effets de ces processus sur la santé psychique de ces dernières. Étant donné que ce modèle est souvent utilisé, une brève présentation est proposée ci-après : le modèle du stress minoritaire (*Minority Stress Model*) (Meyer, 2003) se fonde sur l'idée que les personnes LGBT⁸ constituent de par leur orientation sexuelle ou leur identité de genre une minorité sociale et sont de ce fait exposées à des menaces particulières (Garcia Nuñez et Schneeberger, 2018). Il distingue différentes catégories de facteurs de stress pour les personnes LGBT, lesquels peuvent affecter la santé mentale des personnes concernées : les facteurs de stress généraux, les facteurs de stress minoritaire distaux (par ex. discrimination, violence) et les facteurs de stress minoritaire proximaux (anticipation du rejet, homophobie intériorisée, dissimulation) (Meyer, 2003).

Santé psychique LGB (CH)

Seules trois études suisses ont été trouvées sur le thème de la santé psychique des personnes homosexuelles, et toutes présentaient des axes de recherche différents. L'étude de Wicki, Marmet, Studer, Epaulard et Gmel (2020) s'intéressait à la santé mentale d'hommes suisses de diverses orientations sexuelles. Wicki et al. (2020) ont ainsi constaté que les hommes homosexuels présentent un risque accru de problèmes de santé mentale par rapport aux hommes hétérosexuels. Les 5294 participants masculins à l'étude n'ont pas seulement été catégorisés comme homosexuels, bisexuels ou hétérosexuels : l'étude permettait également de déclarer une orientation sexuelle plus nuancée, comme « plutôt homosexuel » ou « plutôt hétérosexuel ». Cette répartition s'est révélée importante pour éviter de masquer des disparités internes au groupe. Environ 89 % des participants étaient hétérosexuels, 7 % « principalement hétérosexuels », 1 % bisexuels, près de 1 % « principalement homosexuels » et 2 % homosexuels. Les hommes participants ont été interrogés sur leurs éventuelles difficultés psychiques (par ex. stress, symptômes dépressifs, mauvaise condition psychique générale ou faible degré de satisfaction dans la vie en général) ainsi que sur leur consommation de substances et leurs addictions comportementales. Wicki et al. (2020) en ont conclu que tous les indicateurs d'une mauvaise santé psychique sur lesquels les participants ont été interrogés sont associés de manière significative à l'orientation sexuelle, à l'exception de l'addiction aux jeux et de la pratique excessive d'une activité physique. Le fardeau des problèmes psychiques le plus lourd a été observé chez les hommes principalement hétérosexuels, bisexuels et principalement homosexuels, tandis que les hommes hétérosexuels présentaient les niveaux de détresse psychologique les plus faibles. Wicki et al. (2020) mentionnent eux aussi le stress minoritaire et la biphobie comme des facteurs pouvant expliquer ces différences. Les chercheurs soulignent cependant que des explications supplémentaires pour les différents résultats sont nécessaires en vue de comprendre les liens entre l'orientation sexuelle et les indicateurs d'une mauvaise santé psychique.

⁸ Le modèle a été justifié pour les personnes LGB ; il est cependant appliqué depuis longtemps pour les personnes trans.

Une autre étude suisse sur la santé psychique des personnes homosexuelles a été produite par Schneeberger, Rauchfleisch et Battegay (2002). Elle s'intéressait aux effets psychosomatiques de la discrimination vécue au travail par les hommes et les femmes homosexuels en Suisse (Schneeberger et al., 2002). Elle n'établissait toutefois pas de comparaison entre personnes homosexuelles et hétérosexuelles, mais uniquement au sein des groupes identifiés (Schneeberger et al., 2002). À cette fin, les hommes et les femmes homosexuels ont été répartis en deux groupes : personnes « fortement discriminées » et personnes « non discriminées » (Schneeberger et al., 2002). Cette catégorisation se basait sur un score de discrimination auto-établi, déterminé sur la base du ressenti subjectif de la discrimination mais aussi de variables objectives, telles que l'exclusion d'activités sociales, des licenciements ou d'autres désavantages professionnels (Schneeberger et al., 2002). Sur l'ensemble des personnes interrogées, environ un tiers avaient déjà vécu des discriminations subjectives au travail. Chez les personnes « fortement discriminées », la motivation au travail, la qualité des relations avec les collègues et le plaisir à exercer le métier qu'elles avaient appris étaient plus basses que chez les personnes « non discriminées » (Schneeberger et al., 2002). Cette étude a permis de mettre en évidence que la discrimination des personnes homosexuelles a des répercussions négatives notables sur leur santé psychique (et somatique). Les personnes interrogées de la catégorie « fortement discriminées » ont plus souvent rapporté souffrir de troubles du sommeil, d'angoisses et de déprime que les personnes homosexuelles « non discriminées » (Schneeberger et al., 2002). Bien que les états de déprime ne remplissent pas encore les critères de la dépression, l'apparition de cette dernière peut être favorisée par d'autres circonstances situationnelles et sociales négatives (Schneeberger et al., 2002).

La troisième étude sur le sujet est une méta-étude internationale de Misoch (2017), qui s'intéressait aux préoccupations et aux besoins spécifiques des personnes homosexuelles en âge d'être retraitées. Il existait en effet d'importantes lacunes dans la recherche sur ce thème. La population ne cesse de vieillir. De ce fait, le nombre de personnes homosexuelles de plus de 65 ans est en augmentation : en 2050, elles seront de 90 000 à 300 000 en Suisse (Misoch, 2017). Ce groupe de population présente des besoins particuliers aux troisième et quatrième âges, car leurs conditions de vie diffèrent de celles des personnes hétérosexuelles. Alors que le pourcentage de personnes vivant seules s'élève à 41 % chez les personnes homosexuelles de plus de 55 ans, il est « seulement » de 28 % chez les personnes hétérosexuelles (Misoch, 2017). Misoch (2017) parle, dans le cas des personnes âgées homosexuelles, d'une « forte tendance à la singularisation ». Vivre en solo entraîne pour les seniors un risque accru d'isolement social et de solitude. Il apparaît en outre que le réseau social des personnes âgées homosexuelles est surtout constitué de relations amicales et de connaissances et non, comme pour les personnes âgées hétérosexuelles, de membres de la famille et de parents. Ainsi, l'environnement social des personnes homosexuelles à la retraite est homogène du point de vue de l'âge, ce qui présente divers inconvénients au niveau du réseau de soutien s'agissant des besoins en matière d'aide et d'assistance liés à l'âge. Les femmes homosexuelles sont légèrement mieux intégrées dans le réseau de parenté que les hommes homosexuels, si bien qu'elles peuvent bénéficier un peu plus fréquemment d'un soutien familial pendant la vieillesse (Misoch, 2017). Indépendamment de leur genre, les personnes âgées homosexuelles sont souvent confrontées à une double discrimination : la discrimination liée à l'âge vient s'ajouter à la discrimination déjà subie du fait de leur orientation sexuelle. Certaines d'entre elles redoutent par exemple de faire l'objet d'une discrimination en cas de perte de leur autonomie (Misoch, 2017).

Par ailleurs, une enquête romande menée auprès d'un échantillon occasionnel de 409 personnes (principalement des FSF) a montré que 13 % des personnes interrogées ont indiqué se sentir la plupart du temps ou tout le temps découragées et tristes (Béziane et al., 2020).

Santé psychique T (CH)

La plupart des études suisses sur la santé psychique des personnes LGBT sont consacrées aux personnes trans (treize contributions). On constate qu'elles sont axées sur deux grandes thématiques : (1) le « **Gender Identity Disorder** » ou l'« **incongruence de genre** » (Giannetti, 2004 ; Hepp, Kraemer, Schnyder, Miller et Delsignore, 2005 ; Medico, Pullen Sansfaçon, Zufferey et al., 2020 ; Hepp et Milos, 2002 ; Medico et Zufferey, 2018 ; Garcia Núñez, Sandon, Burgermeister, Schönbucher et Jenewein, 2015a ; Nussbaum, 2019 ; Pauli, 2017, 2019 ; Schmuckli

et Gross, 2016 ; Soldati, Hischier et Aubry, 2016) et (2) la « **discrimination des personnes transgenres** » (Ott, Regli et Znoj, 2017 ; Rauchfleisch, 2007 ; 2016b).

En ce qui concerne la première thématique, la plupart des études suisses s'intéressent aux enfants et aux jeunes souffrant d'une dysphorie de genre, aussi appelée incongruence de genre ou trouble de l'identité de genre (TIG)⁹. La majorité des contributions bibliographiques que nous avons trouvées à ce sujet se rapporte au travail avec les enfants trans en médecine et en psychothérapie. Si l'identité de genre se forme généralement à l'âge préscolaire, certains enfants et jeunes présentent à la puberté des « fluctuations de l'identification entre les pôles sexuels » (Pauli, 2019). Les garçons trans, ainsi que les enfants et les jeunes d'identités de genre non-binaires, constituent des groupes à risque particuliers avec un très fort taux de sérieuses idées suicidaires allant même jusqu'à 68 %. Lorsque les enfants et les jeunes concernés grandissent dans un environnement où la norme exige une identification claire et nette, ils risquent de subir de ce fait une pression de performance et d'adaptation importante qui peut être à l'origine, par exemple, d'une « psychopathologie secondaire » telle que la dépression ou la tendance suicidaire (Pauli, 2019). Dans une étude plus ancienne, Pauli (2017) avait déjà étudié le développement d'enfants et de jeunes présentant une dysphorie de genre et en avait déduit des recommandations pratiques pour le travail avec les enfants trans en psychothérapie ainsi que pour l'environnement social des enfants et jeunes concernés. Nussbaum (2019) a également élaboré des propositions concrètes pour la psychothérapie des enfants trans, par exemple sur la manière appropriée de s'adresser aux enfants, la pose d'un diagnostic correct ainsi que l'accompagnement et le soutien thérapeutiques des enfants trans. Dans le cadre de leurs travaux philosophico-psychoanalytiques, Schmuckli et Gross (2016) ont mené une réflexion sur la relation entre thérapeute cis et personnes trans et ont constaté que le travail avec ces dernières impliquait aussi pour les thérapeutes certaines difficultés, des réactions d'agacement, de la perplexité et des incertitudes. C'est d'ailleurs ce qu'avaient aussi observé Soldati et al. (2016) ; partant de ce constat, l'équipe a décidé de créer un réseau de soins qualifié pour les personnes présentant une dysphorie de genre en Suisse romande. En effet, ce trouble est encore peu étudié et connu dans le monde médical, ce qui amène parfois une attitude discriminante de la part du personnel soignant et un effet insuffisant, voire plus nocif que positif, de certaines prises en charge sur la patientèle concernée (Soldati et al., 2016). Medico et Zufferey (2018) se sont également intéressées au réseau romand de soins pour les personnes présentant une dysphorie de genre. Elles aussi soulignent l'urgence de disposer d'offres de soins qualifiées pour les enfants et les jeunes personnes trans en Suisse, exposant trois axes d'intervention : *médical* (accès au contrôle hormonal de la puberté), *psychosocial* (par ex. interventions centrées sur l'accompagnement des familles) et *sociopolitique* (par ex. lutte contre le harcèlement scolaire) (Medico et Zufferey, 2018). Toutes ces interventions sont importantes, car l'état actuel de la recherche semble indiquer que les états et les maladies psychosomatiques chez les personnes trans, et en particulier chez les enfants et les jeunes personnes trans, sont une conséquence directe et indirecte des discriminations et des expériences négatives qui y sont associées (Medico et Zufferey, 2018). En effet, les autrices considèrent que les enfants et les jeunes personnes trans ne différeraient pas des autres s'ils étaient acceptés et soutenus dans leur genre de prédilection par leur environnement social, les personnes qui s'en occupent ainsi que par la société (Medico et Zufferey, 2018).

D'importantes disparités entre les enfants et les jeunes présentant une dysphorie de genre ont également été mises en évidence par une étude qualitative romande de Medico, Pullen Sansfaçon, Zufferey et al. (2020) qui examinait différents parcours de développement d'enfants trans. Les résultats montrent que si certains enfants trans s'étaient déjà affirmés très tôt, d'autres souffraient en silence faute d'avoir pu se positionner. D'autres encore n'avaient pas eu de rapports problématiques avec leur genre avant le début de la puberté (Medico, Pullen Sansfaçon, Zufferey et al., 2020). En s'appuyant sur une comparaison qualitative, l'équipe de recherche a constaté que la puberté est particulièrement mal vécue par tous les enfants trans inclus dans l'étude. C'est à cette période que les premières dysphories sociales et corporelles ont pu se manifester et être perçues par les enfants et les jeunes concernés. L'équipe de recherche souligne l'importance, dans ce contexte, d'étudier davantage le processus d'affirmation du

⁹ Depuis la publication de la CIM-11 en 2022, l'incongruence de genre n'est plus classée dans les troubles mentaux et du comportement, mais relève d'une nouvelle rubrique, « Affections liées à la santé sexuelle ».

genre chez les enfants et les jeunes pour mieux le comprendre. Le processus de « coming out » ne constituerait ainsi que la partie la plus visible d'une évolution profonde et de longue durée (Medico, Pullen Sansfaçon, Zufferey et al., 2020). Giannetti (2004) aussi a consacré son travail de diplôme à l'exploration du développement de l'identité chez les personnes trans, en tenant compte du contexte sociétal, historique et institutionnel.

Les deux derniers travaux de recherche suisses sur la santé psychique des personnes trans traitent des affections concomitantes (comorbidités) psychiatriques associées à la dysphorie de genre. Dans le cadre d'une étude qualitative, Hepp et Milos (2002) ont examiné le lien entre dysphorie de genre et troubles de l'alimentation. Hepp et al. (2005) ont par la suite exploré dans une nouvelle étude d'autres comorbidités psychiques – notamment les affections suivantes : dépression, troubles anxieux et troubles de la personnalité, abus de substances – ainsi que des maladies somatiques telles que les douleurs chroniques ou les troubles dysmorphiques corporels (Hepp et al., 2005). Ont été incluses dans l'étude des personnes présentant une dysphorie de genre suivies au sein du Département de psychiatrie de l'hôpital universitaire de Zurich. Les personnes trans participantes étaient à différents stades de leur traitement : avant une opération de réassignation sexuelle sans traitement hormonal suivi médicalement, avant une telle opération avec traitement hormonal, ou après une opération de réassignation sexuelle. Il ressort de cette étude que la majorité des personnes participantes n'ont pas reçu de diagnostic supplémentaire en plus de la dysphorie de genre. Ces résultats corroborent l'hypothèse selon laquelle le trouble de l'identité de genre (TIG) constitue un diagnostic indépendant à part entière et n'est pas nécessairement associé à des comorbidités psychiatriques sévères (Hepp et al., 2005). Cependant, les résultats de cette étude soulignent aussi que les patients et les patientes chez lesquels une forme sévère de TIG est diagnostiquée ont une probabilité légèrement plus élevée que le reste de la population de développer un trouble de la personnalité (Hepp et al., 2005).

Conséquences de la discrimination sur la santé psychique des personnes trans

En matière de recherche au sujet des conséquences de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé psychique des personnes trans, la plupart des études suisses trouvées s'appuient sur le modèle du stress minoritaire mentionné précédemment. C'est ainsi le cas de Garcia Núñez et al. (2015), qui ont examiné les liens entre la stigmatisation intériorisée et la santé psychique des personnes trans dans le cadre d'une étude qualitative, en tenant compte de la conscience de la stigmatisation ainsi que des comportements et attitudes internalisés des personnes trans. Garcia Núñez et al. (2015a), de même qu'Ott et al. (2017), ont démontré dans leurs études que le modèle du stress minoritaire est aussi applicable aux personnes trans. L'étude d'Ott et al. (2017) a révélé que la non-acceptation de l'identité de genre par les autres est associée à une détresse psychologique (dépression, anxiété) et à un faible niveau de satisfaction chez les personnes trans. Un lien a également été établi entre transphobie intériorisée et détresse psychologique. La transphobie intériorisée est apparue dans ce contexte comme un facteur médiateur entre la non-acceptation de l'identité de genre et la détresse psychologique chez les personnes trans (Ott et al., 2017). Contrairement aux attentes des auteurs, le soutien social apporté par d'autres ne constituait *pas* un facteur de résilience important pour les personnes concernées. Ott et al. (2017) soulignent néanmoins qu'il existe déjà plusieurs résultats empiriques ayant pu identifier le soutien social comme un facteur de résilience important chez les personnes trans. Une explication possible pour cette non-concordance dans les constatations sera fournie plus loin.

Rauchfleisch (2016b) a examiné les limitations rencontrées par les personnes trans dans leur vie et dans leur quotidien. Outre le fait d'être confrontées au quotidien à des exclusions et à des stigmatisations, les personnes transidentitaires se voient en effet aussi souvent limitées dans leurs possibilités de prendre des décisions et d'agir de manière autonome. Par exemple, le processus de transition chirurgicale ou hormonale lui-même est réglé sur le plan juridique et médical de telle sorte que les personnes trans concernées ont tout d'abord besoin d'un certificat médical et doivent dans la plupart des cas recourir à un suivi psychothérapeutique. Un autre aspect critiqué par Rauchfleisch (2016b) dans l'approche actuelle est la pathologisation de personnes trans. Selon la CIM-10, le « transsexualisme » (F 64.0) était une maladie psychique qui représentait souvent pour les personnes concernées une « étiquette douloureuse ». La nouvelle désignation, « dysphorie de genre » (CIM-5 302.85), renvoie au fait que l'identité est pathologique et que pour les personnes transidentitaires la discordance entre leur sexe biologique et leur identité de genre est source de souffrances (Rauchfleisch, 2016b).

Santé psychique LGB + T (international)

Les revues systématiques de Mongelli et al. (2019), Gilbey et al. (2020) et Valentine et Shipherd (2018) appuient les résultats des travaux suisses quant au fait que les minorités sexuelles restent plus touchées par les difficultés et les maladies psychiques que les personnes hétérosexuelles, ce qui tient à l'ampleur des différents facteurs de stress, comme le vécu de comportements discriminatoires.

Dans leur revue systématique, Gilbey et al. (2020) ont analysé dix études qui s'intéressaient à la présence chez les jeunes homosexuels et bisexuels entre 10 et 25 ans de différents problèmes psychiques, parmi lesquels les symptômes dépressifs, les tendances suicidaires et les troubles de l'alimentation. Ils ont ainsi pu établir que vers la fin de l'adolescence, la suicidalité et la fréquence des symptômes dépressifs étaient plus élevées chez les jeunes homosexuels que chez les jeunes hétérosexuels, en chiffres absolus aussi bien que relatifs (Gilbey et al., 2020). Mongelli et al. (2019) ont eux aussi réalisé une revue systématique sur le thème du stress minoritaire et de la santé mentale chez les personnes des minorités sexuelles. Au total, 62 publications axées sur la dépression, la suicidalité et la consommation de substances chez les personnes LGBT ont ainsi été trouvées (Mongelli et al., 2019). À cet égard, toutes les études analysées avaient utilisé le *Gender Minority Stress Model* pour expliquer le risque accru de détresse psychologique chez les personnes LGBT. Une revue systématique de la littérature s'est de plus consacrée à la santé psychique chez les personnes trans et de genre non conforme (TGNC) aux États-Unis (Valentine et Shipherd, 2018). Dans ce cadre, elle a ainsi analysé 77 études américaines en vue de relever les éléments du modèle du stress minoritaire employés pour expliquer le risque accru de détresse psychologique et de maladies psychiques chez les personnes TGNC (Valentine et Shipherd, 2018). Il en est ressorti que les personnes TGNC sont exposées à différents facteurs de stress sociaux (par ex. la stigmatisation et la discrimination), qui ont contribué aux problèmes de santé psychique des personnes concernées (Valentine et Shipherd, 2018). Contrairement aux études suisses, Valentine et Shipherd (2018) ont été en mesure d'identifier le soutien social et le lien avec la communauté comme des facteurs de résilience importants.

Suicidalité : vue d'ensemble pour la Suisse

Concernant le thème de la suicidalité chez les personnes LGBT, notre recherche bibliographique a permis d'obtenir sept études suisses, dont une seule, qui provenait de Suisse romande, portant sur la suicidalité chez les personnes trans et les jeunes personnes trans. Les travaux de recherche internationaux qui ont été trouvés corroborent les résultats des études suisses quant aux causes de la suicidalité chez les personnes LGBT.

Suicidalité LGB (CH)

L'étude de Widmer, Regli, Frei et Znoj (2014) s'intéressait au lien entre le soutien social et la suicidalité chez les personnes homosexuelles et bisexuelles en Suisse. Elle a mis en évidence d'importantes prévalences annuelle et vie-entière des idées, plans et tentatives de suicide au sein de cette population, même en présence de valeurs élevées s'agissant du soutien social et de valeurs faibles pour ce qui est des pressions sociales. Il a également pu être constaté que tous les indicateurs retenus en matière de soutien social étaient corrélés avec la suicidalité sur les 12 mois précédents, un effet qui a aussi pu être observé en tenant compte d'une éventuelle « humeur dépressive » et de l'âge des personnes participant à l'étude. Les auteurs ont en outre montré que les personnes homosexuelles et bisexuelles qui subissaient dans leur environnement d'importantes pressions sociales ont présenté au cours de l'année précédente 14 fois plus d'idées, de plans et de tentatives de suicide que les personnes LGB qui y étaient exposées à de faibles pressions sociales (Widmer et al., 2014).

Wang et al. (2014) ont interrogé des hommes suisses de diverses orientations sexuelles en vue de déterminer comment l'orientation sexuelle influençait le risque de troubles psychiatriques et de suicidalité, compte tenu de certains traits de personnalité. Il en est ressorti que les hommes homosexuels et bisexuels présentaient les valeurs les plus élevées pour ce qui est de l'aspect neuroticisme/anxiété, mais les valeurs les plus basses pour la « sociabilité » et la « recherche de sensations ». Un peu plus de 10 % des hommes homosexuels et bisexuels interrogés avaient rempli les critères diagnostiques d'une dépression majeure au cours des 2 semaines précédentes, près de 11 % ceux du

TDAH au cours des 12 mois précédents et près de 14 % ceux d'un « trouble à vie de la personnalité antisociale » ; 6 % avaient fait des tentatives de suicide au cours des 12 mois précédents (Wang et al., 2014).

Wang, Häusermann, Wydler, Mohler-Kuo et Weiss (2012) concluent, sur la base des enquêtes « Geneva Gay Men's Health Survey » et « Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health » (SMASH) ainsi que de l'Enquête nationale sur la santé des recrues, que la prévalence-vie-entière d'une tentative de suicide est jusqu'à 5 fois plus élevée chez les adolescents et jeunes hommes gays et bisexuels que chez les adolescents et les jeunes hommes hétérosexuels. Ce chiffre est tout à fait comparable à ce que rapportent d'autres études internationales, constate l'équipe de recherche. D'autres travaux ont permis de montrer au moyen de données suisses que par rapport au groupe de comparaison hétérosexuel, les hommes homosexuels et bisexuels présentent déjà dès la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte une morbidité psychiatrique accrue (par ex. dépression), associée à un risque de suicide plus élevé (Wang et al., 2014). Wang, Plöderl, Häusermann et Weiss (2015) ont analysé, en appliquant des méthodes mixtes à un échantillon romand d'hommes gays¹⁰, les causes des tentatives de suicide telles qu'elles avaient été perçues par les hommes interrogés eux-mêmes, ainsi que leur influence sur la gravité du geste suicidaire et sur le risque de récurrence. Cette étude est la seule à ce jour qui livre des renseignements sur les causes de suicide d'une partie des personnes LGBT (hommes gays) en Suisse. Les problèmes sociaux et interpersonnels, les problèmes d'ordre amoureux ou relationnel ainsi que les difficultés à accepter sa propre homosexualité constituent selon Wang et al. (2015) les trois catégories les plus évoquées par les personnes interrogées. En l'occurrence, le premier type de problèmes est associé à une plus faible intention de mourir, tandis que les deux autres catégories s'accompagnent de la plus forte intention de mourir et sont indiquées comme à l'origine de tentatives multiples.

Lors d'une enquête romande réalisée auprès de FSF, 2 % des personnes interrogées ont rapporté penser au suicide la plupart du temps. 54 % avaient déjà eu des pensées suicidaires (sans pour autant passer à l'acte) et 3 % des personnes interrogées avaient tenté de mettre fin à leurs jours au cours des deux années précédant l'enquête. Moins d'un tiers (30 %) des personnes ayant indiqué avoir eu des pensées suicidaires et/ou fait des tentatives de suicide ont consulté des personnels de santé pour en parler (Béziane et al., 2020).

Suicidalité T (CH)

La recherche bibliographique n'a permis de trouver qu'une seule étude traitant de la suicidalité chez les personnes trans en Suisse. Medico, Pullen Sansfaçon, Galantino et Zufferey (2020) ont interrogé dans le cadre d'une étude quantitative de jeunes trans et leurs parents en Suisse romande afin de documenter la situation en matière de suicidalité chez les jeunes personnes trans et de mieux comprendre l'influence de l'accès à des soins médicaux tenant compte du genre dans la prévention. L'équipe de recherche a ainsi identifié l'inadaptation actuelle des structures de soin comme un enjeu majeur s'agissant du suicide et de l'« envie de mourir » chez les jeunes personnes trans. La moitié des jeunes de l'échantillon se sont retrouvés en milieu hospitalier au moins une fois pour « conduites autodestructrices », troubles alimentaires ou encore menaces ou tentatives de suicide (Medico et al., 2020). Les récits des parents comme ceux des jeunes eux-mêmes font état à ce sujet d'expériences négatives, comme un refus de parler de la transidentité dans les suivis psychothérapeutiques, une méconnaissance et incompréhension des problématiques trans, le déni de l'identité trans ou la croyance du personnel soignant que le « transsexualisme » est une conséquence de difficultés ou de maladies psychiques. Il est rapporté que ces expériences négatives au sein du système de santé ont renforcé les pensées suicidaires des jeunes personnes trans (Medico et al., 2020). L'étude montre ainsi qu'il est de la plus grande importance de disposer d'un personnel médical qualifié et formé pour accompagner les enfants et les jeunes personnes trans.

¹⁰ L'âge moyen des personnes interrogées était de 37 ans.

Suicidalité LGB + T (international)¹¹

Les études internationales le démontrent invariablement : les minorités sexuelles¹² sont plus souvent touchées par les idées suicidaires et les tentatives de suicide que la population hétérosexuelle et cisgenre (Haas et al., 2011 ; Perez-Brumer, Day, Russell et Hatzenbuehler, 2017 ; Pompili et al., 2014 ; Salway et al., 2019 ; Yıldız, 2018). Il n'est guère étonnant, compte tenu des prévalences dans l'ensemble de la population, que les jeunes soient particulièrement concernés (Yıldız, 2018). Malgré une hétérogénéité dans le discours de la recherche, les facteurs intervenant dans la suicidalité font l'objet d'un certain consensus. Yıldız (2018) identifie notamment dans sa revue des facteurs sur les plans social, culturel et individuel. Il faut en l'occurrence distinguer les facteurs de risque généraux (indépendants de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre) des facteurs de risque spécifiques aux personnes LGBT (Hegna et Wichstrøm, 2007 ; Liu et Mustanski, 2012 ; Mustanski et Liu, 2013). La précocité du coming out, par exemple, constitue un facteur de risque spécifique LGBT (Hegna et Wichstrøm, 2007 ; Skerrett, Kolves et Leo, 2016), tandis qu'une faible estime de soi (Hegna et Wichstrøm, 2007) est un facteur de risque général¹³. L'essentiel est que l'orientation sexuelle en soi n'a pas une influence directe sur le comportement suicidaire (Bouris, Everett, Heath, Elsaesser et Neilands, 2016 ; Bryan et Mayock, 2017 ; Savin-Williams et Ream, 2003). Le risque accru de comportement suicidaire est une conséquence indirecte d'autres facteurs, tels que :

- homophobie, biphobie ou transphobie (McDermott, Hughes et Rawlings, 2017) ;
- brimades et harcèlement scolaire (Ahuja et al., 2015 ; Bouris et al., 2016 ; Peter, Taylor et Campbell, 2016 ; Plöderl, 2016 ; Whitaker, Shapiro et Shields, 2016 ; Wozolek, Wootton et Demlow, 2017) ;
- non-conformité aux rôles des genres (Plöderl, Yazdi, Kralovec et Fartacek, 2007) ;
- faible acceptation de soi (homophobie intériorisée) et manque d'acceptation de la part de la famille en raison de l'orientation sexuelle (O'Brien, Putney, Hebert, Falk et Aguinaldo, 2016 ; Skerrett et al., 2016 ; Skerrett, Kolves et Leo, 2017) ;
- insatisfaction par rapport à sa propre apparence (Skerrett et al., 2016) ;
- troubles psychiques (Cardom, Rostosky et Danner, 2013 ; Skerrett et al., 2016) ;
- abus de substances (Mereish, O'Cleirigh et Bradford, 2014 ; Skerrett et al., 2016) ;
- difficulté à parler de ses sentiments, de son orientation sexuelle, etc. (McDermott et al., 2017) ; ainsi que
- autres crises existentielles (McDermott et al., 2017).

Les principaux facteurs de protection cités dans la littérature sont un climat scolaire soutenant et un entourage familial faisant preuve d'acceptation et de soutien (Bryan et Mayock, 2017 ; Eisenberg et Resnick, 2006 ; Marshall, 2016 ; Mustanski et Liu, 2013). Les efforts de prévention s'appuient aussi sur ces facteurs de protection (Marshall, 2016 ; O'Brien et al., 2016).

Dépression : vue d'ensemble pour la Suisse

Certaines des études présentées sur les effets de la discrimination et de la stigmatisation des personnes LGBT sur leur santé psychique sont parvenues à la conclusion que la discrimination peut avoir pour conséquence une dépression, ou du moins des symptômes dépressifs. D'autres études traitant de la suicidalité chez les personnes LGBT, mentionnées précédemment, ont notamment analysé les symptômes dépressifs ou la dépression. En revanche, la recherche bibliographique n'a pas permis de trouver d'étude suisse exclusivement consacrée à la question de la dépression chez les personnes homosexuelles et bisexuelles ; une seule étude suisse sur la dépression chez les personnes trans a été obtenue.

¹¹ Le texte original du paragraphe est repris de la section consacrée au contexte dans la publication de Pfister et Mikolasek (2019).

¹² Il s'agit généralement des personnes LGB (lesbiennes, gays, bisexuelles) et trans (T) ou des personnes dont l'identité de genre (GI, *gender identity*) diffère de celle assignée à la naissance. Les jeunes s'identifiant comme « Q » (« queer » ou « questioning ») sont parfois aussi intégrés. Des définitions étendues de « SMY » (*sexual minority youth*) se réfèrent également aux personnes pansexuelles, asexuelles, polyamoureuses ou à d'autres sexualités (Yıldız, 2018).

¹³ D'un point de vue critique, une faible estime de soi, causée par des processus d'homophobie intériorisée, pourrait toutefois être aussi considérée comme un facteur spécifique LGBT. Une délimitation claire entre facteurs spécifiques et facteurs non spécifiques ne semble pas être possible dans tous les cas.

Dépression LGB (CH)

Comme indiqué précédemment, il n'a pas été possible de trouver d'étude suisse exclusivement consacrée à la dépression chez les personnes homosexuelles et bisexuelles. La dépression ou les symptômes dépressifs dans cette population ont toutefois été souvent pris en compte dans les études sur la détresse psychologique et la santé mentale (voir Schneeberger et al., 2002 ; Wicki et al., 2020).

Dépression T (CH)

Dans le cadre des recherches, seule une étude suisse traitant uniquement de cette thématique a été trouvée. Jäggi et al. (2018) s'y employaient, à l'instar d'Ott et al. (2017), à déterminer si le modèle du stress minoritaire pouvait aussi être appliqué aux personnes trans en vue d'expliquer le lien entre discrimination et dépression chez ce groupe de personnes. L'échantillon comprenait non seulement des femmes trans et des hommes trans, mais aussi des personnes d'identité de genre non binaire (Jäggi et al., 2018). Les résultats de cette étude corroboraient ceux des travaux de recherche plus anciens, notamment ceux d'Ott et al. (2017) et de Garcia Núñez et al. (2015a, 2015b). Un lien avait déjà été identifié par Ott et al. (2017) entre transphobie intériorisée et détresse psychologique, et Jäggi et al. (2018) avaient pu démontrer un lien entre transphobie intériorisée et symptômes dépressifs. Une intériorisation de la transphobie survient par la confrontation constante à des messages discriminatoires ou stigmatisants provenant de l'environnement (Jäggi et al., 2018). Dans cette étude, l'équipe de recherche a inclus la fierté et le lien avec la communauté comme facteurs de résilience. Cependant, comme Ott et al. (2017), Jäggi et al. (2018) n'ont pas pu mettre en évidence d'effet significatif de ces facteurs de résilience sur la manière dont les personnes trans concernées font face à la discrimination. Ils se sont appuyés sur l'exemple du lien avec la communauté pour montrer pourquoi il est si difficile de reconnaître des facteurs de risque pertinents. Une ambivalence a été observée pour certains facteurs, y compris le lien avec la communauté : alors que dans certains cas le lien communautaire a pu offrir à des personnes trans une protection contre les effets de la discrimination, il en a parfois aggravé au contraire les conséquences (Jäggi et al., 2018). Les équipes des deux études recommandent par conséquent de poursuivre les recherches sur les facteurs de résilience chez les personnes trans dans le modèle du stress minoritaire (Jäggi et al., 2018 ; Ott et al., 2017).

Dépression LGB + T (international)

Dans le cadre de l'étude européenne EMIS-2017 déjà mentionnée à plusieurs reprises, qui portait sur des HSH de 50 pays, les participants ont également été interrogés sur le thème de la santé mentale (Weber et al., 2019). Sur les 3021 HSH de Suisse interrogés, près de 60 % n'ont fait état d'aucun ou de quasiment aucun signe de troubles anxieux et/ou dépressifs au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, tandis que des signes modérés ont été détectés chez environ 30 % d'entre eux. Sur cette période, des signes modérés étaient présents chez un peu moins de 7 % des HSH en Suisse et des signes forts chez près de 5 % d'entre eux (Weber et al., 2019). La part des HSH qui ont présenté des signes de troubles anxieux et/ou dépressifs sévères était ainsi légèrement inférieure à la moyenne européenne, qui s'élevait à 8 % (Weatherburn et al., 2019). Si l'on considère la moyenne des 50 pays, l'absence ou la quasi-absence de signes d'un trouble anxieux ou d'une dépression n'a pu être observée que chez 48 % des HSH (contre 59,3 % chez les HSH en Suisse ; Epprecht et al., 2018 ; Weatherburn et al., 2019 ; Weber et al., 2019). Des signes modérés d'une dépression et/ou d'un trouble anxieux ont pu être constatés chez 33 % de l'échantillon global de l'enquête EMIS (Suisse : 29,2 % ; Weber et al., 2019).

Comme dans les études suisses, les revues systématiques internationales ont elles aussi fréquemment analysé le thème de la dépression chez les personnes LGBT en utilisant le *Gender Minority Stress Model* (Gilbey et al., 2020 ; Mongelli et al., 2019 ; Valentine et Shipherd, 2018).

Consommation de psychotropes

Aucune étude suisse ou internationale traitant de la consommation de psychotropes chez les personnes LGBT n'a pu être trouvée lors de la recherche bibliographique.

Bilan intermédiaire : état de la recherche concernant la santé psychique des personnes LGBT

Les études internationales indiquent qu'en raison de divers facteurs de pression, la population LGBT est nettement désavantagée en matière de santé mentale par rapport au reste de la population (hétérosexuelle, cisgenre). Cette inégalité se manifeste notamment par une plus forte prévalence de la dépression, des pensées suicidaires et des tentatives de suicide dans la population LGBT. Les travaux de recherche nationaux et internationaux à ce sujet s'appuient souvent sur le *Gender Minority Stress Model* lorsqu'il s'agit d'expliquer le risque accru de détresse psychologique et de maladies psychiques chez les personnes LGBT. Il a été fréquemment souligné que les résultats empiriques concernant les éventuels facteurs de résilience sont encore trop peu nombreux. Ces facteurs internes et externes qui doivent soutenir les personnes LGBT pour faire face à la discrimination et à la stigmatisation semblent toutefois très importants pour prévenir les maladies psychiques et une détresse psychologique élevée. Des travaux complémentaires sur ce thème étaieraient les mesures d'intervention et de prévention en lien avec la santé mentale des personnes LGBT. Notre revue de la littérature a de plus montré l'absence de travaux sur le thème de la consommation de psychotropes chez ce groupe de personnes.

Un constat central est que ni l'orientation sexuelle ni l'identité de genre d'une personne ne sont en soi responsables du risque accru de suicidalité et de dépression chez les personnes LGBT. Il est ainsi davantage imputable à des facteurs externes, comme les brimades, le harcèlement à l'école ou au travail, l'absence d'acceptation de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre par les membres de la famille et le cercle amical, ou à des facteurs internes tels que l'homophobie, la biphobie ou la transphobie intériorisées, des maladies psychiques ou une faible estime de soi.

3 Cadre théorique et approche méthodologique

3.1 Cadre théorique

Les analyses s'appuient sur le cadre théorique du *Health Equity Promotion Model* (modèle HEP) (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Ce modèle présente l'avantage d'être moins axé sur les déficits et de permettre d'étudier comment des personnes LGBT parviennent à jouir d'un bon état de santé malgré des circonstances défavorables. Jusqu'ici, les modèles principalement utilisés dans la recherche, tels que le modèle du stress minoritaire mentionné (Meyer, 2003), mettent en exergue les problèmes et les pressions auxquels sont exposées les personnes LGBT (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Avec le modèle HEP (Fredriksen-Goldsen et al., 2014), au contraire, nous nous appuyons ici sur une compréhension intersectionnelle et basée sur le parcours de vie des inégalités en matière de santé des personnes LGBT, qui tient également compte des facteurs structurels et environnementaux (par ex. normes de la société). Il est ainsi possible de prendre en considération les différences non seulement entre divers groupes, mais aussi au sein de ces groupes. Le modèle comprend trois dimensions, auxquelles peuvent être attribués différents facteurs pertinents ou résultats en matière de santé (*Outcomes*) : (1) « contexte multi-niveaux », (2) trajectoires favorables ou défavorables à la santé et (3) état de santé (subjectif) (voir fig. 1). Le « contexte multi-niveaux » comporte les facteurs aussi bien individuels que structurels et environnementaux qui peuvent avoir une influence sur la santé des personnes LGBT. Il s'agit notamment des normes de la société et de la stigmatisation de ces personnes ainsi que, au niveau individuel, des expériences de discrimination et de violence en particulier. En ce qui concerne la deuxième dimension, Fredriksen-Goldsen et al. (2014) distinguent quatre catégories de trajectoires favorables ou défavorables à la santé : au niveau comportemental (par ex. recours aux examens préventifs, tabagisme, consommation de drogues), au niveau social/communautaire (par ex. soutien social), au niveau psychologique (par ex. homonégativité intériorisée), et au niveau biologique (par ex. taux de cortisol accru). Ces « trajectoires » – en combinaison avec les caractéristiques structurelles, contextuelles et individuelles ainsi que la position sociale de l'individu (genre, statut socioéconomique, origine, orientation sexuelle, âge, etc.) – ont une incidence sur la santé physique et psychique des personnes (voir fig. 1). Le modèle tient en outre compte du fait que l'état de santé d'une personne doit être appréhendé dans le contexte du parcours de vie de cette dernière (*Life*

course ; voir fig. 1). Enfin, les marqueurs sociaux et historiques sont intégrés. À titre d'exemple, le fait qu'une personne LGB ait fait son coming out à une période où l'homosexualité était encore considérée comme une maladie psychiatrique (par ex. dans les années 1980) ou dans un environnement social dans lequel le mariage pour tous a été approuvé par le peuple suisse (2021) fait une différence.

La figure 1 ci-après propose un récapitulatif du modèle. Elle représente ainsi, pour les différentes dimensions, les indicateurs qui ont été retenus dans le cadre de la présente étude¹⁴.

¹⁴ Dans le modèle HEP, les expériences de discrimination et de violence peuvent être représentées au « niveau individuel » (car vécues/subies par l'individu). Il existe un lien étroit avec le « niveau structurel » dans le « contexte multi-niveaux », par ex. parce que les normes sociales constituent un terrain propice pour les expériences de discrimination et de violence. Le « niveau structurel », les normes sociales et les mécanismes généraux de la société en matière d'exclusion et d'inclusion n'ont pas pu être examinés dans le cadre de la présente étude et devraient à l'avenir être mieux pris en compte, dans des études de plus grande envergure.

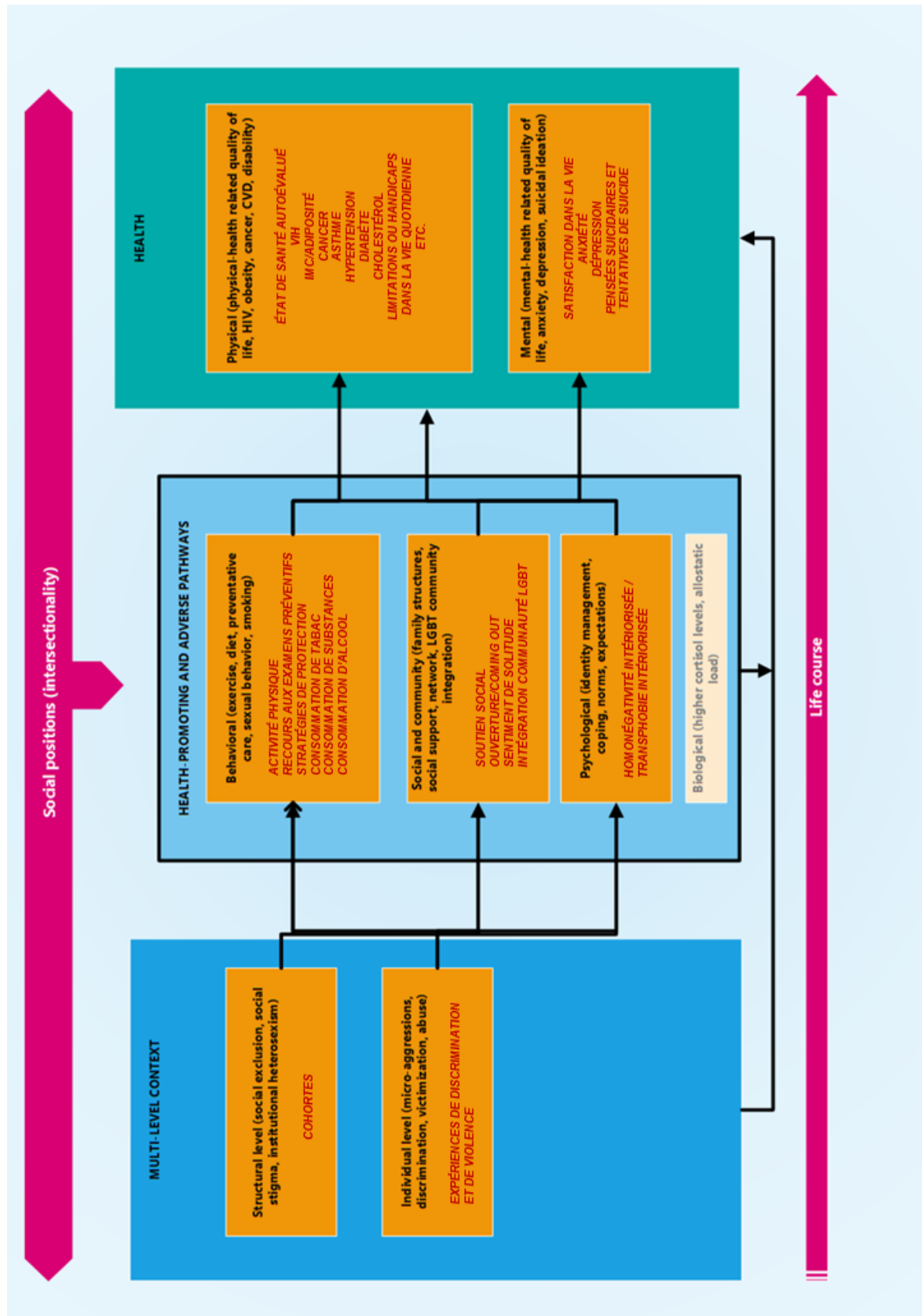


Figure 1 : Health Equity Promotion Model, complété par les indicateurs relevés dans le cadre de l'étude (d'après Fredriksen-Goldsen et al., 2014)

3.2 Approche méthodologique

3.2.1 Base de données

Les données incluses dans les analyses sont celles de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de 2012 et 2017¹⁵ ainsi que celles d'une enquête en ligne anonyme réalisée par la HSLU entre le printemps et l'été 2021¹⁶ (« LGBT Health »). Cette dernière a été menée, d'une part, en raison du nombre relativement faible de personnes LGB interrogées dans le cadre des deux éditions de l'ESS et, d'autre part, parce que ces dernières ne contenaient pas de questions sur l'identité de genre des personnes interrogées et ne permettaient pas, de ce fait, de tirer de conclusions quant à la situation en matière de santé des personnes trans/non-binaires en Suisse. Au vu du nombre limité de personnes LGB interrogées dans le cadre de l'ESS, il a de plus été décidé de compiler les données des deux vagues et de contrôler les éventuelles influences au moyen des données des questionnaires (2012, 2017) lors des analyses.

L'enquête « LGBT Health » a été conçue spécialement pour cette étude. Le questionnaire utilisé était constitué, lorsque cela était possible et pertinent, des questions de l'ESS concernant les indicateurs intéressants, ce qui permet des comparaisons entre les enquêtes. Pour assurer une meilleure compréhension de la situation des personnes LGBT en Suisse en matière de santé, des indicateurs supplémentaires s'inscrivant dans le modèle HEP sous-jacent aux analyses ont été relevés (par ex. homonégativité intériorisée, expériences de discrimination et de violence dans le système de santé et d'autres situations en Suisse). Le cas échéant, des échelles standardisées validées sur le plan psychométrique ont aussi été employées (par ex. « Gender Identity Stigma Scale » de Schmidt, Schondelmayer et Schröder, 2015 ; Timmins, Rimes et Rahman, 2017). Le questionnaire a été discuté aussi bien avec l'OFSP et le groupe d'accompagnement qu'avec d'autres experts et expertes de l'équipe de projet élargie au sein de la HSLU. Il a été mis à disposition en allemand, en anglais, en français et en italien¹⁷. La version française du questionnaire est annexée au rapport (voir annexe 5). L'invitation à participer à l'enquête a été relayée dans les médias et les réseaux sociaux par la HSLU, l'OFSP ainsi que des organisations LGBT suisses (notamment TGNS, LOS, Les Klamydia's, Pink Cross). Différentes institutions du domaine de la santé ont en outre été sollicitées de manière ciblée pour faire connaître l'existence de l'enquête sur leur site Internet et/ou en mettant des flyers à disposition (par ex. centres de compétences pour la santé sexuelle, checkpoints, hôpitaux universitaires). À la fin du questionnaire, les personnes interrogées étaient invitées à préciser la manière dont elles avaient eu connaissance de l'enquête. Il en est ressorti que la plupart (43,4 %) en avaient eu vent par l'intermédiaire des réseaux sociaux (par ex. Facebook, Instagram, Twitter). Un peu moins d'un tiers (30,5 %) avaient été informées de l'enquête par un e-mail provenant d'une organisation LGBT. Sur les 195 personnes qui avaient renseigné la manière dont elles avaient été mises au courant dans le champ de texte libre, 54 ont explicitement indiqué une personne ou une institution du système de santé.

En ce qui concerne les deux enquêtes, certaines **limites** doivent être prises en compte lors de l'interprétation : l'échantillon de l'ESS est issu de la population résidente permanente de la Suisse (dès 15 ans) vivant dans un ménage privé. Les valeurs calculées sont pondérées (sur la base de la région de domicile, du sexe, de l'âge, de la nationalité, de l'état civil et de la taille du ménage) et sont ainsi représentatives de ce groupe de population. L'ESS permet par conséquent de tirer des conclusions sur l'ensemble de la population suisse (en ménages privés) et peut être utilisée pour vérifier des hypothèses concernant des inégalités entre les personnes LGB et le reste de la population ainsi que l'influence de conditions de vie et de comportements favorables ou défavorables à la santé sur l'état de santé subjectif. Ce n'est pas le cas des données de l'enquête « LGBT Health », car il s'agit d'un échantillon occasionnel

¹⁵ L'ensemble des données de l'ESS de 2007 n'a pas été inclus, car dix années séparent l'ESS de 2007 de celle de 2017, au cours desquelles les indicateurs pertinents dans le cadre de l'étude ont connu des changements significatifs. Avec l'enquête « LGBT Health », l'inclusion de l'ESS 2007 aurait même couvert une période de 14 ans.

¹⁶ L'enquête s'est déroulée du 17 mai au 12 juillet 2021.

¹⁷ Dans la mesure du possible, les traductions validées déjà disponibles ont été reprises (voir annexe 2 – Exemples d'indicateurs). À défaut, les questions originales ont été traduites par l'équipe de projet et relues par des traductrices professionnelles. Les experts et les expertes collaborant au projet issus des différentes régions ont de plus eu la possibilité de faire part de leurs commentaires sur la traduction, ce qui a aussi été exploité.

qui n'est probablement pas représentatif de la population LGBT de Suisse. Les analyses de l'enquête « LGBT Health » présentées ici au sujet des différences dans l'état de santé et les comportements favorables et défavorables à la santé ainsi que des liens correspondants ne doivent donc pas considérées comme une vérification d'hypothèses statistiques mais comme une indication sur les hypothèses qui devraient être vérifiées dans le cadre d'études complémentaires, sur la base d'un échantillon représentatif (Döring et Bortz, 2016).

Il convient de garder à l'esprit, lors de l'interprétation des données des deux enquêtes, qu'il s'agit d'informations autorapportées par les personnes interrogées, qui peuvent être sujettes à certains biais (par ex. difficultés à se rappeler, honte, désirabilité sociale) et qu'elles ne correspondent pas à un diagnostic posé par un membre du corps médical. Aucune personne ne séjournant de manière prolongée dans des institutions telles que des EMS ou des établissements d'exécution des peines, par exemple, n'a été interrogée dans le cadre de l'ESS. Ces personnes n'ont pas non plus été atteintes par l'enquête « LGBT Health ». L'état de santé obtenu s'agissant de la population suisse (ESS) et des personnes LGBT interrogées (« LGBT Health ») devrait par conséquent être plus positif qu'il ne l'est dans la réalité¹⁸. Ce décalage tient également au fait que les personnes malades peuvent, dans certains cas, ne pas être en mesure ou ne pas souhaiter participer aux enquêtes, un phénomène qui concerne en particulier les personnes souffrant de maladies psychiques telles que la dépression (voir également Schuler, Tuch et Peter, 2020). Il convient également de noter une sous-représentation des personnes vivant dans des conditions précaires (par ex. sans domicile fixe ou titre de séjour valide). Les personnes migrantes ne maîtrisant pas suffisamment l'une des trois langues officielles (DE, FR, IT) étaient également exclues de l'ESS. Si le questionnaire « LGBT Health » était aussi mis à disposition en anglais, il n'était pas non plus accessible aux personnes issues de l'immigration qui ne possédaient pas de connaissances suffisantes dans ces langues.

En ce qui concerne la problématique des inégalités en matière de santé entre les personnes LGB et le reste de la population, on relève une autre limite importante dans les analyses de l'ESS : seules les personnes âgées de 16 à 74 ans ayant indiqué avoir déjà eu au moins une fois des rapports sexuels ont été interrogées sur leurs comportements sexuels. Parmi ces personnes, une partie seulement a été questionnée en 2017 sur son identité sexuelle (gay, lesbienne, bisexuelle). Il s'agissait en l'occurrence des personnes qui avaient indiqué ne pas avoir encore eu de rapports sexuels ou qui n'avaient pas répondu à cette question, ainsi que de celles qui n'avaient pas répondu « uniquement avec des femmes » (pour les hommes) ou « uniquement avec des hommes » (pour les femmes) à la question portant sur le comportement sexuel. Il faut également tenir compte du fait que les personnes interrogées en 2012 avaient été sondées sur leurs comportements sexuels au cours de leur vie alors qu'en 2017, les questions à ce sujet portaient sur les cinq années précédentes. Les groupes de comparaison L, G, B et personnes hétérosexuelles ont par conséquent été constitués dans un premier temps sur la base du comportement sexuel et dans un second temps, chez les personnes participant à l'ESS 2017, sur la base de l'identité sexuelle. Cette seconde étape a été effectuée en vue d'augmenter la taille de l'échantillon des personnes LGB, bien qu'elle conduise à un mélange de différents concepts (comportement sexuel, identité sexuelle). De manière générale, on peut admettre que la constitution des groupes de comparaison par la conjonction de ces deux facteurs a une influence sur les résultats. Des études montrent ainsi que les résultats quant aux inégalités en matière de santé des personnes LGB diffèrent selon que les groupes de comparaison ont été formés en tenant compte du concept tridimensionnel de l'orientation sexuelle ou de la seule dimension du comportement sexuel (Wolff et al., 2017). Dans le cadre de « LGBT Health », les groupes de comparaison ont par conséquent été constitués de trois manières : (1) en vue de répondre aux questions du postulat, les quatre groupes, L (personnes cis), G (personnes cis), B (personnes cis) et T (personnes trans/non-binaires), ont été composés sur la base de l'identité sexuelle et de l'identité de genre¹⁹ des personnes interrogées ; (2) à l'aide des questions sur l'identité de genre, les groupes de comparaison « personnes cis » et

¹⁸ Il en va probablement de même pour l'enquête « LGBT Health ». L'invitation à participer à l'enquête a toutefois été relayée dans des lieux tels que des hôpitaux. Les personnes recrutées par ce biais ont également pu montrer la tendance inverse et estimer leur état de santé plutôt plus dégradé qu'il ne l'était. Cependant, relativement peu de personnes ont indiqué avoir eu connaissance de l'enquête par des personnels de santé ou des institutions correspondantes.

¹⁹ L'identité de genre des personnes interrogées a été relevée au moyen des questions portant sur le sexe assigné à la naissance et le genre auquel les personnes s'identifiaient aujourd'hui.

« personnes trans/non-binaires » ont ensuite été créés ; (3) enfin, des groupes ont été formés selon l'orientation sexuelle, compte tenu des dimensions du comportement sexuel, de l'attraction sexuelle et de l'identité sexuelle, l'identité de genre n'ayant ici aucune incidence^{20,21}. En raison des problématiques soulevées par le postulat et du cadre défini pour le projet, tous ces groupes n'ont pas été étudiés systématiquement lors des analyses. Si, concernant le postulat, les différences entre personnes LGB(T) ont été examinées lors de toutes les analyses, des analyses portant sur d'éventuelles disparités entre personnes de différentes identités de genre (cis, trans/non-binaire) ou orientations sexuelles n'ont été effectuées que pour certains indicateurs. Néanmoins, il convient de tenir compte, dans l'interprétation des résultats relatifs aux différences dans la situation des personnes L, G, B et T en matière de santé en Suisse, que la catégorisation des personnes interrogées n'a pas été effectuée d'après le seul critère de leur identité sexuelle ou de leur orientation sexuelle, mais sur la base de leur identité sexuelle et de leur identité de genre.

Pour récapituler, les groupes de comparaison sur lesquels s'appuient les analyses de l'ESS (2012, 2017) et de l'enquête « LGBT Health » peuvent être décrits comme exposé ci-après. Bien que la constitution des groupes dans le cadre de l'ESS se soit basée en premier lieu sur le comportement sexuel, la désignation des groupes utilise ici aussi les termes lesbiennes, gays, bisexuelles et hétérosexuelles pour faciliter la compréhension par un large public.

- **« Reste de la population »/personnes hétérosexuelles (ESS)** : ce groupe comprend les personnes qui ont indiqué dans le cadre de l'ESS 2012 ou 2017 avoir eu des rapports sexuels uniquement avec des personnes du genre opposé (femme, homme) ou ont répondu se considérer comme hétérosexuelles à la question portant sur leur identité sexuelle dans le cadre de l'ESS 2017. Il peut s'agir de personnes aussi bien cis que trans. Ce groupe de comparaison n'est pas disponible pour les analyses de « LGBT Health ».
- **« Femmes lesbiennes » (L) (ESS, « LGBT Health »)** : il s'agit ici des personnes qui se sont vu assigner le sexe féminin à la naissance et s'identifient en tant que femmes (LGBT Health) ou sont inscrites dans les registres comme « de sexe féminin » (ESS), et qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels uniquement avec des femmes (ESS) ou ont défini leur identité sexuelle comme lesbienne (ESS 2017, LGBT Health). Dans le cadre de l'ESS, cette catégorie englobe les personnes cis, trans et non-binaires, et dans celui de « LGBT Health », uniquement les personnes cis.
- **« Hommes homosexuels », ou « hommes gays » (G) (ESS, « LGBT Health »)** : il s'agit ici des personnes qui se sont vu assigner le sexe masculin à la naissance et s'identifient en tant qu'hommes (LGBT Health) ou sont inscrites dans les registres comme « de sexe masculin » (ESS), et qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels uniquement avec des hommes (ESS) ou ont défini leur identité sexuelle comme homosexuelle/gay (ESS 2017, LGBT Health). De même, cette catégorie englobe les personnes cis, trans et non-binaires dans le cadre de l'ESS, et uniquement les personnes cis dans celui de « LGBT Health ».
- **« Personnes bisexuelles » (B) (ESS, « LGBT Health »)** : sont comprises dans ce groupe les personnes qui ont défini leur identité sexuelle comme « bisexuelle », quel que soit leur sexe²². Dans le cadre de « LGBT Health », cette catégorie inclut également les personnes qui ont défini leur identité sexuelle comme « pan-/omnisexuelle » ou « fluide ». En ce qui concerne l'identité de genre, il convient de tenir compte des mêmes différences entre les deux enquêtes que pour les femmes lesbiennes et les hommes gays.
- **« Personnes trans/non-binaires » (T) (« LGBT Health »)** : ce groupe est composé ici des personnes qui ne s'identifient pas au sexe qui leur a été assigné à la naissance, ce qui inclut les personnes trans ainsi que

²⁰ Voir annexe 3 pour de plus amples informations sur la constitution de ces groupes.

²¹ Pour la définition de l'orientation sexuelle, nous suivons notamment Fredriksen-Goldsen et al. (2014), selon lesquels la sexualité englobe au moins trois éléments : l'identité sexuelle, l'attraction sexuelle et le comportement sexuel. L'identité sexuelle désigne en l'espèce la perception subjective du « soi sexuel ». Pour de nombreuses personnes qui se décrivent comme lesbiennes, gays, bisexuelles ou hétérosexuelles, il y a une concordance avec leur attraction sexuelle et leur comportement sexuel. Pour d'autres, ce n'est pas nécessairement le cas. Ainsi, par exemple, une femme qui a majoritairement des femmes pour partenaires sexuelles et se désigne comme lesbienne peut tout à fait avoir occasionnellement des rapports sexuels avec un homme. Cette conceptualisation de l'orientation sexuelle prend ainsi en compte le fait que cette dernière semble être bien plus variable qu'on ne l'avait supposé jusqu'alors (Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

²² Dans le cadre de « LGBT Health », cette information est déterminée ici sur la base du sexe assigné à la naissance et dans celui de l'ESS, sur celle du sexe figurant dans les registres.

les personnes qui définissent leur identité de genre comme « non-binaire », « de genre divers », « agendre » ou se sont définies elles-mêmes en tant que « demiboy ou demigirl ». Dans le cadre de l'ESS 2012 et 2017, aucune question permettant de tirer des déductions quant à l'identité de genre des personnes interrogées n'a été posée, c'est pourquoi ce groupe n'est pas disponible dans les analyses tirées de l'ESS.

Dans le cadre de l'enquête « LGBT Health », les notions suivantes ont été employées afin de désigner les groupes constitués sur la base de l'orientation sexuelle des personnes (identité sexuelle, attirance sexuelle, comportement sexuel) :

- FSF* (femmes* ayant des rapports sexuels avec des femmes*) : il s'agit ici majoritairement de femmes cis qui ont principalement des rapports sexuels avec d'autres femmes (cis, trans) et une attirance pour ces dernières (voir annexe 3).
- HSH* (hommes* ayant des rapports sexuels avec des hommes*) : il s'agit ici presque exclusivement d'hommes cis qui ont principalement des rapports sexuels avec d'autres hommes (cis, trans) et une attirance pour ces derniers (voir annexe 3).
- Personnes bisexuelles/pansexuelles : ces termes désignent les personnes cisgenres et transgenres ou non-binaires qui se sentent attirées par des personnes de genres différents (voir annexe 3).

Un autre élément important à prendre en compte pour interpréter les résultats des analyses de l'enquête « LGBT Health » est le contexte de pandémie de COVID-19 dans lequel celle-ci a été réalisée. Différentes études montrent en effet que la pandémie a eu un impact négatif considérable sur la santé (psychique), en particulier chez les plus jeunes (récapitulatif pour la Suisse : Stocker et al., 2021). Pour imputer les résultats en conséquence, nous avons explicitement inclus dans le questionnaire des questions invitant les personnes interrogées à comparer leurs réponses avec la période pré-pandémie. En outre, nous interpréterons les résultats à la lumière d'études consacrées à l'influence de la pandémie sur la santé de la population suisse.

3.2.2 Méthodes d'analyse

Les données des enquêtes retenues (ESS 2012, 2017 ; « LGBT Health ») ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive et inférentielle à l'aide du logiciel IBM SPSS 28. Pour étudier les différences entre les groupes de comparaison, des tests du chi-carré et des analyses de régression ont été réalisés (régressions logistiques binaires pour les indicateurs binaires [par ex. existence d'une maladie oui/non], régressions multinomiales pour les indicateurs pouvant avoir plus de deux valeurs [par ex. « faible », « moyen », « élevé »]). Il a ainsi été possible de contrôler l'influence de certains facteurs pertinents lors des analyses. À titre d'exemple, pour les analyses de l'ESS, l'influence de l'année du relevé a été prise en compte. Pour les analyses des deux enquêtes, ont en outre été contrôlés l'âge et le sexe (assigné à la naissance ou selon l'inscription dans les registres) ainsi que, selon les indicateurs, les autres variables confondantes éventuelles (« variables de confusion ») (par ex. état de santé perçu subjectif). Si nous avons fait apparaître dans les figures les estimations non ajustées, nous faisons état dans le texte, en plus de la signification statistique, de la mesure d'effet ajustée correspondante (par ex. OR), ce qui fournit des informations sur la force d'un effet identifié et, de ce fait, sur la pertinence pratique de ce dernier (notamment Döring et Bortz, 2016). S'agissant de l'*odds ratio*, il n'existe pas à ce jour, contrairement à d'autres mesures d'effet, de convention largement admise sur les seuils à partir desquels un effet doit être considéré comme faible, modéré ou fort. Sur la base de propositions existantes, un OR peut être considéré comme un effet (plutôt) faible à partir de 1,7 et un effet fort lorsqu'il dépasse 5,0 à 6,0 (notamment Chen et al., 2010). En plus de ces comparaisons entre les groupes, l'action conjuguée de certains facteurs connus de risque et de protection (par ex. expériences de discrimination, soutien social), sur la base du modèle HEP (Fredriksen-Goldsen et al., 2014), a été examinée à l'aide d'une analyse de régression pour ce qui est des symptômes dépressifs et des tentatives de suicide.

4 Résultats

Le présent chapitre propose un récapitulatif des résultats significatifs de l'étude. Après un aperçu des principales caractéristiques des différents échantillons interrogés (point 4.1), il expose les résultats obtenus pour les indicateurs de santé qui nous intéressent²³. Structuré sur la base du *Health Equity Promotion Model* (modèle HEP ; Fredriksen-Goldsen et al., 2014) (voir point 3.1), ce chapitre s'articule autour des éléments suivants :

- contexte multi-niveaux ;
- trajectoires favorables ou défavorables à la santé (niveau comportemental, niveau social/communautaire, niveau psychologique) ; et
- indicateurs relatifs à l'état de santé subjectif (santé physique et mentale).

4.1 Population de base et échantillons

Alors que, comme indiqué au point 3.2.1, l'échantillon de l'Enquête suisse sur la santé (ESS 2012, 2017) est représentatif de la population (de 15 ans et plus) résidente permanente de la Suisse, les analyses se sont concentrées exclusivement sur les personnes clairement identifiées comme appartenant à l'un des quatre groupes de comparaison (LGB et reste de la population)²⁴. Ce choix ayant notamment conduit à l'exclusion des personnes de moins de 16 ans et de plus de 74 ans, les analyses ont porté sur un total de 29 793 personnes (ESS 2012, 2017). L'échantillon pondéré demeure toutefois représentatif de la population (de 16 à 74 ans) vivant en Suisse²⁵ pour ce qui est du sexe (selon les registres), de l'âge et de la nationalité. Le tableau 1 fournit un aperçu des caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS de 2012 et 2017 et des personnes qui ont participé à l'enquête « LGBT Health » et ont pu être classées dans l'un des groupes de comparaison susmentionnés (L, G, B, T). Comparer le « reste de la population » aux personnes LGB ou aux personnes LGBT interrogées dans le cadre de l'enquête « LGBT Health » permet d'avoir une vue d'ensemble des différents groupes et facilite ainsi l'interprétation ultérieure des résultats des analyses. À noter qu'en ce qui concerne l'échantillon de l'ESS, les fréquences absolues figurant dans le tableau 1 reposent sur les données non pondérées tandis que les fréquences relatives (indiquées en pour cent) s'appuient sur les données pondérées²⁶.

Lorsque l'on se penche sur l'âge des personnes interrogées dans les enquêtes, on constate des différences frappantes dans la structure par âge des divers groupes de comparaison. Les personnes bisexuelles ($M = 28,62$; $SD = 10,42$) et trans/non-binaires ($M = 32,44$; $SD = 14,11$) atteintes par l'enquête « LGBT Health » étaient ainsi nettement plus jeunes que les femmes lesbiennes ($M = 36,44$; $SD = 13,11$) et les hommes gays ($M = 38,19$; $SD = 13,40$). De même, les personnes bisexuelles formaient le groupe le plus jeune, avec une moyenne de 39 ans ($SD = 14,22$), des personnes interrogées lors de l'ESS (2012, 2017), devant les femmes lesbiennes ($M = 39,76$; $SD = 11,77$) et les hommes gays ($M = 40,87$; $SD = 12,51$). Le groupe le plus âgé était celui des personnes hétérosexuelles, avec une moyenne de 44 ans ($SD = 15,33$). À noter que le tableau 1 n'indique pas la moyenne d'âge des groupes de comparaison mais la répartition des personnes interrogées entre trois cohortes d'âge. Ces cohortes ont été constituées sur la base du niveau structurel du modèle HEP (exclusion sociale et stigmatisation) et de la perspective adoptée par rapport à la durée de vie. Sur la base de l'évolution historique du droit pénal suisse en matière sexuelle, de la dépathologisation de l'homosexualité et de la transidentité, de l'introduction de la loi sur le partenariat (LPart du 18 juin 2004, entrée en vigueur en 2007), des progrès dans le traitement de l'infection par le VIH et des mouvements

²³ La méthode d'opérationnalisation des indicateurs sélectionnés est résumée à l'annexe 2.

²⁴ De plus, seules les personnes ayant répondu tant au questionnaire écrit qu'à l'enquête téléphonique ont été prises en compte. Cette restriction a néanmoins entraîné moins d'exclusions que le fait que de nombreuses personnes n'ont pu être classées dans aucun des groupes de comparaison prédéfinis (par ex. hommes gays, personnes bisexuelles).

²⁵ Office fédéral de la statistique (2021) *Population résidente permanente selon l'âge, le sexe et la catégorie de nationalité, de 2010 à 2020*. Neuchâtel.

²⁶ Les fréquences absolues indiquées dans la présentation des résultats à partir du point 4.2 reposent en revanche sur les données pondérées.

sociaux observés à partir de 1942, plusieurs périodes ayant probablement influé différemment sur les personnes LGB(T) ont en effet pu être identifiées²⁷, à savoir :

- **cohorte 1** : années de naissance antérieures à 1942 (1942 : introduction du Code civil suisse marquant le premier pas vers une dépénalisation de l’homosexualité) (plus de 78 ans) ;
- **cohorte 2** : années de naissance entre 1942 et 1970 (50 à 78 ans) ;
- **cohorte 3** : années de naissance entre 1970 (création d’alliances pour l’action) et 1990 (30 à 49 ans) ;
- **cohorte 4** : années de naissance entre 1991 et 2004 (17 à 29 ans) (révision du code pénal avec l’égalisation de la majorité sexuelle, à 16 ans, entre adultes hétérosexuels et adultes homosexuels ; retrait de l’homosexualité de la liste des troubles mentaux de la CIM-10 ; introduction des traitements antirétroviraux combinés [TARc] en 1995) ;
- **cohorte 5** : années de naissance à partir de 2005 (LPart du 18 juin 2004 ; depuis 2019, la transidentité ne figure plus comme un trouble mental dans la CIM-11) (15 à 16 ans).

Vu les quelques personnes âgées de 15 à 16 ans et de plus de 78 ans ayant participé à « LGBT Health »²⁸, les cohortes 1 et 2 respectivement les cohortes 4 et 5 ont été regroupées en une seule catégorie, de sorte que les analyses distinguaient trois cohortes.

Alors que, comme indiqué ci-avant, les données de l’ESS (2012, 2017) sont pondérées de manière à ce que l’échantillon reflète dans une large mesure la structure de la population générale, cette pondération était impossible pour les données de « LGBT Health », car on ignore dans quelle mesure la composition de la population LGBT en Suisse coïncide avec les différentes caractéristiques sociodémographiques. Par ailleurs, les études en ligne *opt-in* attirent principalement des citoyens et citoyennes jouissant d’un bon niveau de formation. Enfin, il est probable que, tout particulièrement sur des sujets comme le comportement sexuel ou la consommation de substances, les gens se confient plus volontiers dans le cadre d’une enquête anonyme en ligne que lors d’un entretien téléphonique. Pour tous ces motifs, des écarts entre les échantillons étaient prévisibles. De fait, l’échantillon de « LGBT Health » était dans l’ensemble plus jeune ($M = 34,52$; $SD = 13,48$) que celui de l’ESS (2012, 2017) ($M = 43,77$; $SD = 15,30$), vraisemblablement, d’une part, parce qu’il s’agissait d’une enquête en ligne et, d’autre part, parce que même si l’invitation à participer à l’enquête avait été diffusée dans des médias classiques et sous forme de flyers, elle était plus présente dans les médias numériques – notamment en raison de la pandémie –, ce qui ressort également des réponses fournies à la question de savoir comment les personnes interrogées avaient eu connaissance de l’enquête (voir point 3.2.1). Le caractère *opt-in* de l’enquête explique probablement aussi en partie au moins la faible proportion de personnes étrangères ayant répondu au questionnaire (12,2 %), alors qu’il était disponible en quatre langues (dont l’anglais), et le pourcentage très élevé de personnes interrogées titulaires d’un diplôme du degré tertiaire (au minimum formation professionnelle supérieure) (61,8 %). Il convient de mentionner à cet égard que près des trois quarts des femmes lesbiennes (70,1 %) et des hommes gays (73,2 %) ayant participé à « LGBT Health » possédaient un diplôme du degré tertiaire (au minimum formation professionnelle supérieure), contre seulement 54 % des personnes bisexuelles et 45 % des personnes trans/non-binaires. Par ailleurs, la proportion de femmes (sexe assigné à la naissance) était légèrement plus élevée (54,8 %). En comparant les sous-groupes, on remarque ici que pour 81 % des personnes cisgenres bisexuelles et 61 % des personnes trans/non-binaires, le sexe assigné à la naissance était féminin. À noter également que la répartition géographique des personnes ayant répondu à « LGBT Health » reflétait relativement bien celle de la population générale dans les sept grandes régions de la Suisse, hormis une surreprésentation de Zurich (23,5 %) et une sous-représentation de la Suisse orientale (6,6 %). La sous-représentation observée pour le Tessin était minime (3,4 %).

²⁷ La poursuite de ces développements se traduit par deux modifications de loi devant entrer en vigueur en 2022 : premièrement, la possibilité pour les personnes trans, à partir du 1^{er} janvier 2022, de faire « modifier les indications relatives au sexe et aux prénoms par une déclaration remise à l’office d’état civil, dans le cadre d’une procédure simple et rapide. La déclaration peut être faite par toute personne qui a la conviction intime et constante de ne pas appartenir au sexe inscrit dans le registre d’état civil. » (<https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-85588.html>). Le consentement du représentant légal est nécessaire si la personne est âgée de moins de 16 ans révolus, si elle est sous curatelle de portée générale ou si l’autorité de protection de l’adulte en a décidé ainsi. Deuxièmement, l’entrée en vigueur du « mariage pour tous » au 1^{er} juillet 2022.

²⁸ Au total, 50 personnes âgées de 15 à 16 ans et 2 personnes de plus de 78 ans avaient pris part à l’enquête « LGBT Health ».

4.2 Contexte multi-niveaux

4.2.1 Niveau structurel : exclusion sociale, stigmatisation

Dans le modèle HEP, Fredrikson-Goldsen et al. (2014) s'intéressent aux normes et conditions sociales susceptibles d'entraîner des inégalités en matière de santé. Parmi les facteurs structurels figure l'évolution de la société dans sa vision des orientations et comportements sexuels s'écarter de la norme hétérosexuelle et son approche des personnes dont l'identité de genre est trans ou non-binaire. Pour tenir compte de ces influences, l'équipe en charge de l'étude a constitué des cohortes d'âge basées sur des données historiques spécifiques (voir point 4.1.). Elle a également intégré à l'enquête des questions sur l'accès aux prestations de santé et sur les raisons motivant à renoncer à des soins. Le point suivant revient sur les résultats obtenus dans ce domaine.

4.2.1.1 Accès aux prestations de santé

Pour évaluer l'accès des personnes LGBT et du reste de la population aux prestations de santé en Suisse, les analyses ont porté sur les indicateurs suivants :

- accès des personnes interrogées à leur propre médecin de famille (ESS, « LGBT Health ») ;
- accès des personnes LGBT interrogées à un ou une médecin sensible aux questions de santé LGBT. Le cas échéant, type de médecin consulté (« LGBT Health ») ;
- mesure dans laquelle les personnes interrogées ont renoncé, pour des raisons déterminées, à des soins de santé (« LGBT Health »).

Du fait que, dans la logique du modèle HEP, les questions relatives au recours à des prestations de santé sont liées aux trajectoires favorables et défavorables à la santé, elles sont abordées dans un chapitre à part (voir point 4.3.1.6).

Dans le cadre de l'ESS, 86 % des personnes interrogées avaient **leur propre médecin de famille**, bien qu'il existe des différences significatives entre les deux séries d'enquête²⁹ : en 2012, 89 % des personnes interrogées avaient leur propre médecin de famille, contre « seulement » 77 % en 2017. Dans les deux cas, il s'agissait surtout de personnes plus âgées (à partir de 50 ans) (89,9 %)³⁰ et principalement de personnes considérant avoir un état de santé (très) mauvais ou moyen (92,2 %)³¹. Par rapport au reste de la population (85,7 %), les personnes gays et bisexuelles avaient légèrement moins souvent leur propre médecin de famille (respectivement 80,8 % et 82,7 %), à l'inverse des femmes lesbiennes, chez qui c'était un peu plus fréquent (88,5 %). Statistiquement, l'écart n'était cependant pas significatif³². Une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation, le revenu net et l'état de santé autoévalué des personnes interrogées pris en compte, la probabilité de ne *pas* avoir de médecin de famille personnel était toutefois nettement plus forte pour les personnes bisexuelles que pour les personnes hétérosexuelles ($OR = 1,56$)³³.

²⁹ Au total, 18 567 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

³⁰ À titre de comparaison : 86 % des 15 à 29 ans et 82 % des 30 à 49 ans ont indiqué avoir leur propre médecin de famille.

³¹ 85 % des personnes considérant leur état de santé comme (très) bon ont déclaré avoir leur propre médecin de famille.

³² $p = ,106$; une cellule contenant des fréquences attendues inférieures à 5, il est possible que les résultats soient erronés.

³³ $p < ,001$

Résultats

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées, ventilées par enquête (ESS ou « LGBT Health ») et par groupe de comparaison

ESS (2012, 2017) (n = 29 793)*					« LGBT Health » (n = 2064)				
	« Reste de la population » (n = 28 935)	Personnes gays (n = 165)	Personnes lesbiennes (n = 71)	Personnes bisexuelles (n = 622)	Personnes gays (cis) (n = 655)	Personnes lesbiennes (cis) (n = 501)	Personnes bisexuelles (n = 386)	Personnes trans (n = 279)	Personnes non-binaires (n = 243)
Âge									
15 à 29 ans	5414 (21,3 %)	32 (20,6 %)	15 (22,0 %)	169 (28,8 %)	208 (31,8 %)	177 (35,3 %)	252 (65,3 %)	138 (49,5 %)	156 (64,7 %)
30 à 49 ans	11 044 (41,0 %)	84 (52,4 %)	35 (53,7 %)	273 (47,1 %)	303 (46,3 %)	227 (45,3 %)	111 (28,8 %)	82 (29,4 %)	60 (24,9 %)
50 ans et plus	12 477 (37,6 %)	49 (27,0 %)	21 (24,4 %)	180 (24,1 %)	144 (22,0 %)	97 (19,4 %)	23 (6,0 %)	59 (21,1 %)	25 (10,4 %)
Sexe assigné à la naissance/sexe selon les registres									
Féminin	14 909 (48,6 %)	0 (0,0 %)	71 (100,0 %)	387 (62,4 %)	0 (0,0 %)	498 (100,0 %)	313 (81,3 %)	132 (47,8 %)	177 (76,6 %)
Masculin	14 026 (51,4 %)	165 (100,0 %)	0 (0,0 %)	235 (37,6 %)	654 (100,0 %)	0 (0,0 %)	72 (18,7 %)	144 (52,2 %)	54 (23,4 %)
Nationalité									
Suisse	23 723 (74,0 %)	121 (66,1 %)	63 (92,7 %)	516 (76,1 %)	553 (84,7 %)	455 (91,0 %)	338 (88,0 %)	241 (86,4 %)	219 (90,9 %)
Autre	5212 (26,0 %)	44 (33,9 %)	8 (7,3 %)	106 (23,9 %)	100 (15,3 %)	45 (9,0 %)	46 (12,0 %)	38 (13,6 %)	22 (9,1 %)

* ESS : nombre absolu : données non pondérées ; pourcentage : données pondérées

Données : ESS 2012, 2017 ; « LGBT Health » (données propres à l'enquête)

	« Reste de la population » (n = 28 935)	Personnes gays (n = 165)	Personnes lesbiennes (n = 71)	Personnes bisexuelles (n = 622)	Personnes gays (cis) (n = 655)	Personnes lesbiennes (cis) (n = 501)	Personnes bisexuelles (n = 386)	Personnes trans (n = 279)	Personnes non-binaires (n = 243)
Niveau de formation le plus élevé									
Pas (encore) de formation achevée / école obligatoire	3566 (13,3 %)	11 (5,2 %)	6 (6,0 %)	68 (11,3 %)	11 (1,7 %)	24 (4,8 %)	32 (8,5 %)	38 (13,9 %)	33 (14,0 %)
Degré secondaire II (formation professionnelle, écoles de culture générale)	15 287 (51,3 %)	70 (41,6 %)	29 (39,7 %)	309 (51,1 %)	163 (25,1 %)	124 (25,1 %)	141 (37,4 %)	113 (41,4 %)	95 (40,4 %)
Degré tertiaire (au minimum formation professionnelle sup.)	10 027 (35,4 %)	84 (53,2 %)	36 (54,2 %)	245 (37,6 %)	475 (73,2 %)	347 (70,1 %)	204 (54,1 %)	122 (44,7 %)	107 (45,5 %)
Grande région									
Région lémanique	5196 (18,8 %)	37 (22,7 %)	16 (21,0 %)	131 (20,2 %)	149 (22,7 %)	84 (16,8 %)	75 (19,4 %)	39 (14,0 %)	44 (18,3 %)
Espace Mittelland	5785 (22,3 %)	17 (12,4 %)	15 (28,4 %)	115 (21,6 %)	124 (18,9 %)	124 (24,8 %)	105 (27,2 %)	69 (24,7 %)	62 (25,7 %)
Suisse du Nord-Ouest	3450 (13,4 %)	27 (15,9 %)	6 (7,4 %)	95 (14,5 %)	76 (11,6 %)	62 (12,4 %)	57 (14,8 %)	68 (24,4 %)	38 (15,8 %)
Zurich	2984 (17,0 %)	48 (34,8 %)	14 (27,2 %)	86 (21,3 %)	182 (27,8 %)	122 (24,4 %)	77 (19,9 %)	47 (16,8 %)	58 (24,1 %)
Suisse orientale	4850 (14,4 %)	13 (7,3 %)	8 (7,4 %)	78 (11,8 %)	45 (6,9 %)	28 (5,6 %)	27 (7,0 %)	21 (7,5 %)	15 (6,2 %)
Suisse centrale	4577 (9,8 %)	17 (5,6 %)	8 (6,2 %)	87 (7,9 %)	62 (9,5 %)	61 (12,2 %)	30 (7,8 %)	25 (9,0 %)	15 (6,2 %)
Tessin	2087 (4,4 %)	6 (1,3 %)	4 (2,5 %)	30 (2,7 %)	17 (2,6 %)	20 (4,0 %)	15 (3,9 %)	10 (3,6 %)	9 (3,7 %)

L'enquête « LGBT Health » brosse un tableau similaire (voir fig. 2). Là aussi, la majorité des personnes interrogées disposaient de leur propre médecin de famille (81,1 %) ³⁴ sans qu'il y ait d'écart significatif entre les sous-groupes (L, G, B, T) ³⁵, même une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation, le revenu net personnel et l'état de santé autoévalué des personnes interrogées pris en considération (« contrôlés »). L'âge jouait cependant clairement un rôle considérable, puisque la probabilité d'avoir leur propre médecin de famille était plus forte chez les personnes de 50 ans et plus (OR = 2,46) (voir fig. 2). Lors de l'interprétation des résultats, il convient toutefois de tenir compte du fait que les appels à participer à « LGBT Health » avaient été diffusés de manière ciblée dans des établissements de santé et sur les sites Internet de ces derniers, même si le nombre de personnes interrogées ayant déclaré avoir eu vent de l'enquête par des personnels de santé ³⁶ ou des établissements de santé est faible (voir point 3.2.1). On ne peut donc exclure le fait que les personnes LGBT ayant participé à l'étude soient surtout celles qui consultent régulièrement des personnels de santé (par ex. dans le cadre d'une transition). Cela étant, aucun lien significatif entre l'identité sexuelle ou l'identité de genre et le recours à un médecin de famille personnel n'a pu être établi non plus en tenant compte des traitements hormonaux effectués dans le cadre d'une transition ou d'une infection par le VIH.

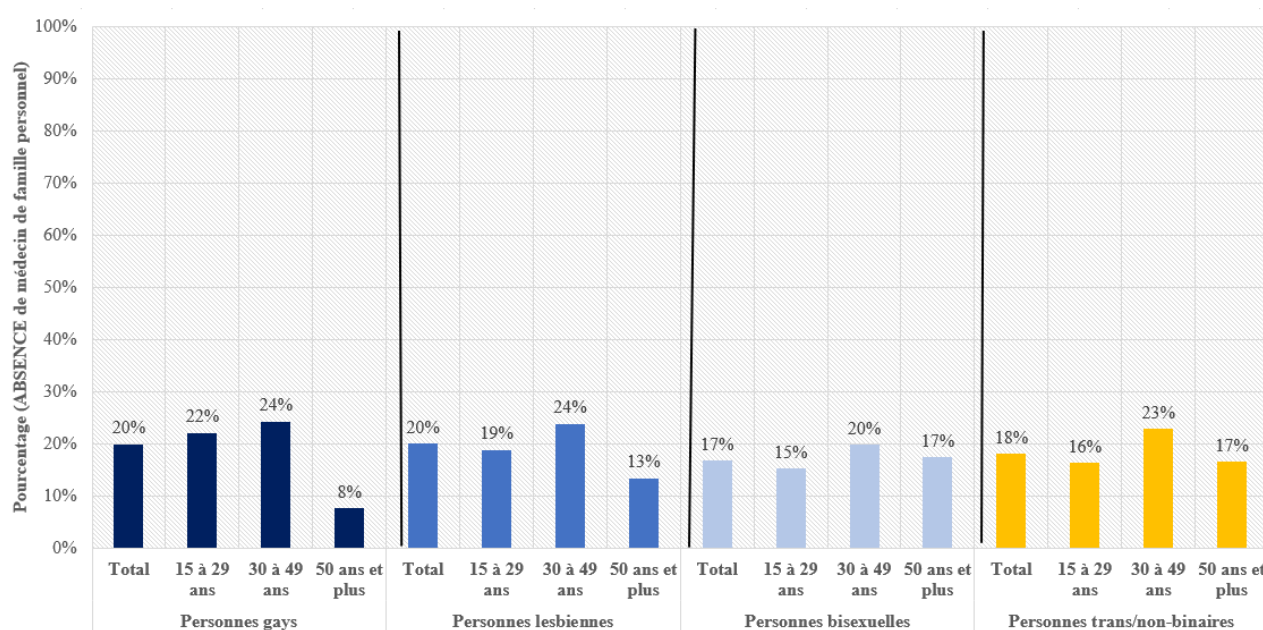


Figure 2 : (Absence de) médecin de famille personnel ; données ventilées par groupe de comparaison et par âge ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

Certes, la grande majorité avait son propre médecin de famille, mais cela n'implique pas forcément que cette personne soit sensibilisée aux questions LGTB ou aux thèmes de santé liés à la transidentité. Les études nationales et internationales font le même constat (voir chap. 2). Alors que plus de la moitié des personnes interrogées (57,2 %) ont indiqué ne pas avoir de médecin de référence sensible aux questions LGTB ³⁷, un bon tiers a déclaré en bénéficier et 7 % ont affirmé ne pas en avoir besoin. On constate cependant des différences significatives entre les groupes de comparaison, puisque ce sont avant tout les personnes trans/non-binaïres (49,9 %) et les hommes cis gays (47,2 %) qui disposaient d'un médecin sensible à ces questions ; les femmes cis lesbiennes (30,5 %) et les personnes cis bisexuelles (16,9 %) étaient nettement

³⁴ 2048 personnes ont répondu à cette question.

³⁵ $p = ,537$

³⁶ Par personnels de santé, on entend les spécialistes travaillant dans un établissement de santé (personnel médical et personnel soignant).

³⁷ 1830 personnes ont répondu à cette question.

moins nombreuses^{38,39}. Même en tenant compte de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation et du revenu net des personnes interrogées, la probabilité pour les personnes cis LGB d'avoir un médecin de référence sensible aux questions LGB était beaucoup plus faible que pour les personnes trans/non-binaires⁴⁰. À noter que pour la plupart des personnes cis LGB, il s'agissait de leur médecin de famille (généraliste) (65,3 à 74,5 %), et pour un peu moins de la moitié des personnes trans, de leur endocrinologue (47,2 %). Parmi les autres spécialités mentionnées plus fréquemment figuraient la gynécologie et, en particulier pour les personnes trans/non-binaires, la psychiatrie/psychologie (27,6 %). Enfin, certaines personnes interrogées, surtout des hommes gays (10,0 %), ont évoqué le personnel de santé des checkpoints. Les principales raisons avancées par les personnes ne voyant pas la nécessité d'avoir de médecin de référence étaient que la situation leur convenait (40,2 %), et/ou que leurs problèmes de santé n'avaient rien à voir avec leur identité sexuelle et qu'elles voulaient mener une « vie normale » (22,7 %)⁴¹.

S'agissant des personnes trans et non-binaires interrogées, plus de la moitié (54,6 %) comptaient une personne de référence sensible aux questions de santé liées la transidentité, 40 % d'entre elles n'en avaient pas et 6 % n'en voyaient pas la nécessité⁴². Leurs réponses ont toutefois révélé une différence significative entre les personnes trans et les personnes non-binaires, puisque plus des trois quarts des premières disposaient d'une personne de référence, contre seulement un bon quart des secondes⁴³. Parmi les spécialistes sensibles à ces thèmes figuraient principalement des endocrinologues (59,7 %) et des gynécologues (14,3 %) ainsi que des psychiatres/psychologues (28,1 %) et des généralistes/médecins de famille (24,2 %)⁴⁴. La forte proportion de personnes consultant des spécialistes sensibles aux thèmes LGB/trans s'explique probablement par la nécessité de bénéficier d'un accompagnement médical lors d'une transition, comme en témoignent les spécialisations des médecins de référence et leur désignation par des personnes qui, très souvent, suivaient un traitement hormonal dans le cadre d'une transition au moment de l'enquête⁴⁵. C'est également ce qui ressort des raisons invoquées par les personnes interrogées qui n'éprouvaient pas le besoin d'avoir quelqu'un de référence sensible à ces sujets et motivaient leur réponse par le fait qu'elles ne prévoyaient pas de transition, ne nécessitaient pas d'aide (supplémentaire), n'avaient pas de problèmes de santé dus à leur identité de genre, voulaient mener une « vie normale » et/ou par d'autres raisons⁴⁶.

La question relative aux raisons motivant le **renoncement à des prestations de santé** révèle un autre élément intéressant concernant l'accès aux soins. Si 80 % des personnes interrogées ont déclaré avoir déjà renoncé à des soins de santé parce qu'elles avaient attendu de voir si le problème de santé disparaissait de lui-même, les autres raisons suivantes ont aussi fréquemment été invoquées :

- absence de nécessité d'un traitement médical (43,0 %) ;
- coût de l'examen ou du traitement trop élevé (30,1 %) ;
- peur de ce que pourrait dire le personnel de santé (27,6 %) ;
- absence de temps pour des raisons professionnelles (24,8 %) ;
- manque de connaissance d'un ou d'une médecin valable (21,0 %)⁴⁷.

³⁸ Parallèlement aux personnes ayant déclaré ne pas avoir besoin d'un médecin de référence sensible à ces sujets, 413 femmes cis lesbiennes, 579 hommes cis gays, 301 personnes cis bisexuelles et 407 personnes trans/non-binaires ont répondu à cette question. Statistiquement, la différence entre les groupes était significative : $\chi^2(3) = 110,850$; $p < ,001$.

³⁹ On constate en particulier un lien significatif entre l'identité de genre et le recours ou non à un médecin de référence sensible aux questions LGBT. Les personnes trans (61,8 %) disposaient particulièrement souvent d'une personne de référence, alors que chez les personnes non-binaires (31,9 %) et LGB cis (32,8 %) c'était moins souvent le cas ($\chi^2(4) = 71,119$; $p < ,001$).

⁴⁰ Hommes cis gays : $OR = 0,55$; $p = ,001$; femmes cis lesbiennes : $OR = 0,38$; $p = ,001$; personnes cis bisexuelles : $OR = 0,22$; $p < ,001$

⁴¹ Au total, 126 personnes ont déclaré ne pas en voir la nécessité, dont 97 ont expliqué pourquoi.

⁴² 447 personnes ont donné des précisions à ce sujet.

⁴³ $\chi^2(2) = 110,057$; $p < ,001$

⁴⁴ 231 personnes ont donné des précisions à ce sujet.

⁴⁵ Sur ces 139 personnes, 57,6 % ont désigné à cet égard leur endocrinologue, 32,4 % leur médecin de famille, 27,3 % leur psychologue ou psychiatre et 15,1 % leur gynécologue.

⁴⁶ Parmi les 26 personnes ayant affirmé ne pas avoir besoin de médecin de référence sensible aux sujets liés à la transidentité, 17 n'ont pas indiqué pourquoi.

⁴⁷ Les pourcentages se rapportent à l'ensemble des 2064 personnes ayant participé. Entre 1662 et 2015 personnes ont précisé les raisons pour lesquelles elles avaient renoncé.

Quelque 15 % ont déclaré ne pas avoir confiance dans les médecins, hôpitaux, examens ou dans les traitements en général ; près de 15 % également ont affirmé craindre de faire l'objet de discriminations en raison de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre (15,5 %). On constate cependant de nettes différences entre les groupes de comparaison, puisqu'au regard des hommes cis gays (24,0 %) et des femmes cis lesbiennes (28,8 %), le nombre de personnes cis bisexuelles (39,3 %) et trans/non-binaires (36,6 %) ayant déjà renoncé à une prestation de santé pour des raisons de coût était plus élevé⁴⁸. Compte tenu de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation et de l'état de santé subjectif des personnes interrogées, la probabilité que les hommes cis gays renoncent à des soins médicaux pour des raisons de coût était nettement plus faible que pour les personnes trans/non-binaires ($OR = 0,67$)⁴⁹. Cet écart disparaissait néanmoins lorsque l'on intégrait le facteur du revenu à l'équation. Quoi qu'il en soit, la proportion des personnes ayant renoncé à des prestations de santé pour des raisons financières est nettement plus élevée chez les personnes LGBT interrogées, qui totalisent 30 %, que dans le reste de la population, dans laquelle cette part est de 16 % (Pahud, 2020). Même s'il est impossible d'établir une comparaison directe avec la population vivant en Suisse, cet écart paraît considérable. Le constat selon lequel le revenu estimé – compte tenu du niveau de formation plus élevé des personnes interrogées – joue un rôle important sur la décision d'une personne de renoncer à des soins pour des raisons de coût, semble contredire les résultats de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), qui révélaient en effet que le renoncement pour des raisons financières n'était pas forcément lié à une différence de revenu. Le nombre de titulaires d'un diplôme du degré tertiaire ayant renoncé à des soins a ainsi connu une hausse particulière entre 2010 et 2020. Les autrices et auteurs en concluent que les réponses à cette question reflètent davantage un état d'esprit à l'égard des coûts que de véritables problèmes financiers (Pahud, 2020, p. 40).

Les autres raisons invoquées pour justifier le renoncement révèlent elles aussi des différences entre les personnes LGBT interrogées et la population vivant en Suisse (Pahud, 2020). Ainsi, la part de la population résidente de la Suisse ayant renoncé à des soins médicaux parce qu'elle ne connaissait pas de médecin valable ou craignait ce que le personnel de santé pourrait dire s'élevait dans les deux cas à 8 %. Or, parmi les personnes LGBT qui ont donné des précisions à ce sujet, ces proportions atteignaient respectivement 22 % et 29 %. De plus, le pourcentage des personnes répondant à l'enquête « LGBT Health » qui avaient renoncé à des prestations de santé par manque de confiance envers le corps médical, les hôpitaux, etc. correspondait à un peu plus du double de celui de la population résidente de la Suisse (16,2 % contre 6,9 %). À ce stade, il n'est pas possible de déterminer clairement dans quelle mesure ces écarts sont dus à la particularité des expériences vécues par les personnes LGBT dans le système de santé suisse et au manque de confiance qui en découle ou à un simple effet d'échantillonnage, autrement dit à la seule composition de l'échantillon obtenu. Les résultats relatifs aux expériences de discrimination et de violence vécues par les personnes LGBT dans le système de santé suisse indiquent cependant qu'elles en ont déjà souvent été la cible. Or, comme le montrent certaines études, ces épreuves peuvent conduire à éviter les services de santé (voir point 4.2.2).

Alors qu'en ce qui concerne le renoncement lié aux coûts, les groupes de comparaison ne présentaient pas d'écarts significatifs, la situation est différente pour les autres raisons invoquées. Les personnes trans/non-binaires étaient ainsi plus nombreuses que les personnes cis LGB à avoir renoncé à des soins pour les raisons ci-dessous :

- peur de ce que pourrait dire le personnel de santé (41,1 % contre 18,6 à 33,6 %)⁵⁰ ;
- manque de confiance envers les personnels de santé, les hôpitaux etc. (26,7 % contre 7,6 % à 20,8 %)⁵¹ ;
- manque de connaissance d'un ou d'une médecin valable (33,1 % contre 15,4 % à 21,7 %)⁵² ; ou
- crainte d'être la cible de discrimination en raison de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre (35,6 % contre 7,8 à 10,1 %)⁵³.

⁴⁸ $\chi^2(3) = 34,865; p < ,001$

⁴⁹ $p = ,024$

⁵⁰ $\chi^2(3) = 76,589; p < ,001$

⁵¹ $\chi^2(3) = 82,743; p < ,001$

⁵² $\chi^2(3) = 52,276; p < ,001$

⁵³ $\chi^2(3) = 184,686; p < ,001$

Les résultats étaient les mêmes compte tenu de l'âge, du sexe (assigné à la naissance) et de l'état de santé autoévalué des personnes interrogées.

Bilan intermédiaire : accès aux prestations de santé

Les résultats révèlent que la proportion des personnes LGB en Suisse ayant leur propre médecin de famille est aussi élevée que dans le reste de la population, ce qui ne signifie pas pour autant qu'elles aient accès à quelqu'un de référence sensible aux thèmes LGBT. Chez les personnes trans/non-binaires, les médecins de référence semblent dans la plupart des cas être les spécialistes qui accompagnent la transition et doivent donc obligatoirement avoir des connaissances dans ce domaine. Si l'on y ajoute le fait qu'au moins 15 % des personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health » ont déjà renoncé à des prestations de santé par peur d'être victimes de discrimination, les résultats attestent du besoin accru d'information et de sensibilisation dans le système de santé. L'étude de Wahlen et al. (2020) démontre certes qu'en Suisse les élèves des facultés de médecine disposent déjà de certaines connaissances sur les questions de santé LGBT, mais elle constate aussi un potentiel d'amélioration. Sans compter que sensibiliser aux enjeux de santé LGBT n'entraînera pas automatiquement la suppression de tout comportement discriminatoire de la part des personnels de santé (médical et soignant) ou la disparition du sentiment de discrimination que peuvent éprouver les personnes LGBT dans le domaine des soins (voir point 4.2.2). S'agissant des raisons invoquées par les personnes LGBT pour justifier le renoncement à des soins médicaux, on observe de nettes différences par rapport à la population résidente de la Suisse (Pahud, 2020). Des études complémentaires seraient toutefois nécessaires pour établir s'il s'agit d'un effet d'échantillonnage ou si d'autres facteurs sont responsables de ce phénomène, et le cas échéant lesquels. Les résultats dévoilent aussi de nettes différences entre les personnes trans/non-binaires et les personnes cis LGB. En l'espèce, ils semblent surtout refléter un manque de confiance envers le système de santé plus aigu de la part des personnes trans et non-binaires que des personnes cis LGB. Dans un esprit similaire, 14 % des personnes trans interrogées dans le cadre d'une étude européenne ont affirmé avoir renoncé à une prestation de santé par peur de la discrimination (FRA, 2014), ce qui peut s'expliquer par les expériences répétées de discrimination et de violence vécues par des personnes trans dans le système de santé. C'est à ce type d'expériences que le sous-chapitre suivant est consacré (voir point 4.2.2).

4.2.2 Niveau individuel : expériences de discrimination et de violence

Selon le modèle HEP (Fredriksen-Goldsen et al., 2014), les expériences de discrimination et de violence se situent au niveau individuel du contexte multi-niveaux. En l'espèce, on entend – comme pour la violence sexospécifique – toute forme de violence interpersonnelle (physique, psychique, sexuelle, financière ou économique) exercée à l'encontre d'une personne en raison de son orientation sexuelle et/ou de son identité de genre comme une forme de discrimination des personnes LGBT. Dans le cadre de « LGBT Health », les expériences de discrimination et de violence ont d'abord été recueillies d'une manière générale, puis dans la perspective du système de santé suisse⁵⁴. Les questions à cet égard portaient toujours sur les expériences faites d'un côté au cours de la vie (prévalence-vie-entière) et de l'autre durant les 12 mois précédant l'enquête (prévalence sur un an). Une fois posée la question de savoir si la personne interrogée avait connu ce type de situations, il s'agissait de déterminer à quelle fréquence, puis – par rapport à la dernière expérience vécue dans le domaine de la santé – par qui et sous quelle forme la discrimination ou la violence avait été exercée, et enfin comment la victime avait réagi.

⁵⁴ En introduction, les personnes interrogées étaient informées comme suit de ce qu'il fallait entendre par discrimination et violence dans le cadre de l'enquête : « Certaines personnes ont vécu des expériences dont elles se souviennent comme étant négatives ou stressantes, ou au cours desquelles elles ont été la cible de discrimination. Nous souhaitons savoir si vous avez vécu de telles expériences. Par **discrimination**, nous entendons le fait que des personnes sont automatiquement classées dans un groupe en raison de certaines caractéristiques (par ex., les femmes, les homosexuels) et sont en conséquence défavorisées : elles sont par exemple insultées, offensées, exclues ou harcelées sexuellement (par ex., remarques ou blagues sexistes, regards indiscrets, attouchements non désirés). La discrimination peut également prendre la forme de **violences** physiques ou sexuelles. Il s'agit également de discrimination lorsque certaines personnes n'obtiennent pas quelque chose que d'autres obtiennent (respect, égalité de salaire, etc.) en raison de leur appartenance (perçue) à un groupe. Les règles et les conditions cadres peuvent également conduire à ce que certaines personnes soient désavantagées. » (Questionnaire « LGBT Health » ; d'après Blawert et Dennert [2020]).

Si la majorité des personnes interrogées (73,4 %) n'avaient encore jamais connu de discrimination ou de violence due à leur orientation sexuelle et/ou à leur identité de genre dans le domaine des soins de santé en Suisse⁵⁵, un quart (26,6 %) a déclaré en avoir déjà fait l'objet, dont 13 % une seule fois et 13 % à plusieurs reprises. Il en va différemment des expériences de discrimination et de violence en raison de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre vécues dans d'autres situations en Suisse, dans lesquelles près des deux tiers des personnes interrogées (65,0 %) ont affirmé avoir vécu ce type d'expériences au moins une fois dans leur vie⁵⁶. Il est intéressant de noter que plus des deux tiers des personnes interrogées (67,6 %) ont été victimes au moins une fois dans leur vie, indépendamment du contexte, d'une forme de discrimination ou de violence en Suisse en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre⁵⁷.

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 14 % avaient vécu une expérience de discrimination ou de violence dans le système de santé et 53 % (supplémentaires) dans d'autres situations⁵⁸. Tous domaines confondus, 55 % ont indiqué avoir fait l'expérience de discrimination ou de violence en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre durant l'année précédant l'enquête⁵⁹.

Les différences observées entre les groupes de comparaison étaient significatives, tant pour la prévalence-vie-entière que sur un an. Par rapport aux personnes cis LGB (18,8 à 22,7 %), les personnes trans/non-binaires étaient ainsi nettement plus nombreuses (44,4 %) à avoir vécu ce type d'expériences dans le domaine des soins (voir fig. 3)⁶⁰. Il en allait de même pour la prévalence sur un an, puisque 6 à 10 % des personnes cis LGB et 31 % des personnes trans/non-binaires avaient indiqué avoir été la cible de discrimination ou de violence dans le domaine de la santé au cours de l'année précédant l'enquête⁶¹. Ce lien entre l'identité sexuelle ou de genre et les expériences de discrimination ou de violence restait significatif même en tenant compte de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation et du revenu net des personnes interrogées, avec une probabilité d'avoir déjà connu au moins une fois une forme de discrimination ou de violence dans le domaine des soins en Suisse en raison de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre 4 fois plus élevée chez les personnes trans/non-binaires que chez les femmes cis lesbiennes ($OR = 3,72$) et les personnes cis bisexuelles ($OR = 3,97$) et 2 fois plus élevée que chez les hommes cis gays ($OR = 2,11$)⁶². Le sexe et l'âge apparaissaient eux aussi comme des facteurs importants, puisque la probabilité d'avoir fait ce type d'expériences était plus haute chez les femmes que chez les hommes (sexe assigné à la naissance) ($OR = 2,02$)⁶³ et chez les personnes plus âgées (30 à 49 ans [$OR = 1,84$]; 50 ans et plus [$OR = 1,55$])⁶⁴ que chez les jeunes (15 à 29 ans). Les réponses n'ont en revanche révélé aucune différence significative en ce qui concerne l'orientation sexuelle des personnes interrogées (FSF*, HSH*, personnes bi/pansexuelles ; voir annexe 3)⁶⁵. En d'autres termes, l'identité sexuelle ou l'orientation sexuelle était moins déterminante que l'identité de genre des personnes interrogées. Il est intéressant de relever que les personnes qui avaient divulgué leur situation à au moins quelques membres du personnel de santé (médical et soignant) ont plus souvent été victimes de discrimination dans le domaine des soins que celles qui n'en avaient pas parlé dans ce cadre⁶⁶. Il en allait de même pour les personnes trans/non-binaires qui avaient évoqué leur identité de genre avec au moins une personne spécialisée dans le domaine de la santé⁶⁷.

⁵⁵ 1966 personnes ont donné des précisions concernant cette question.

⁵⁶ 1944 personnes ont donné des précisions à ce sujet.

⁵⁷ Les réponses de 1888 personnes ont pu être incluses à cet égard.

⁵⁸ S'agissant de la prévalence sur un an, 1321 réponses concernaient le système de santé et 1294 réponses d'autres situations en Suisse.

⁵⁹ Les précisions de 1271 personnes ont pu être incluses à cet égard.

⁶⁰ $\chi^2(3) = 110,396$; $p < ,001$

⁶¹ $\chi^2(3) = 117,183$; $p < ,001$

⁶² $p < ,001$ dans chaque cas

⁶³ $p < ,001$

⁶⁴ Respectivement $p < ,001$ et $p = ,020$

⁶⁵ On n'observe par conséquent pas de lien entre l'« orientation sexuelle » (identité sexuelle, attirance sexuelle, comportement sexuel) des personnes interrogées et les expériences de discrimination/violence liées à l'orientation sexuelle et/ou à l'identité de genre lorsque l'on tient compte de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation et du revenu net de ces personnes.

⁶⁶ $\chi^2(3) = 33,452$; $p < ,001$

⁶⁷ $\chi^2(3) = 16,390$; $p < ,001$

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, les personnes trans/non-binaires interrogées présentaient même une probabilité environ 6 fois plus élevée d'avoir fait ce type d'expérience dans le domaine des soins que les femmes cis lesbiennes ($OR = 5,99$) et les hommes cis gays ($OR = 5,75$) et 5 fois plus élevée que les personnes cis bisexuelles interrogées ($OR = 4,93$)⁶⁸.

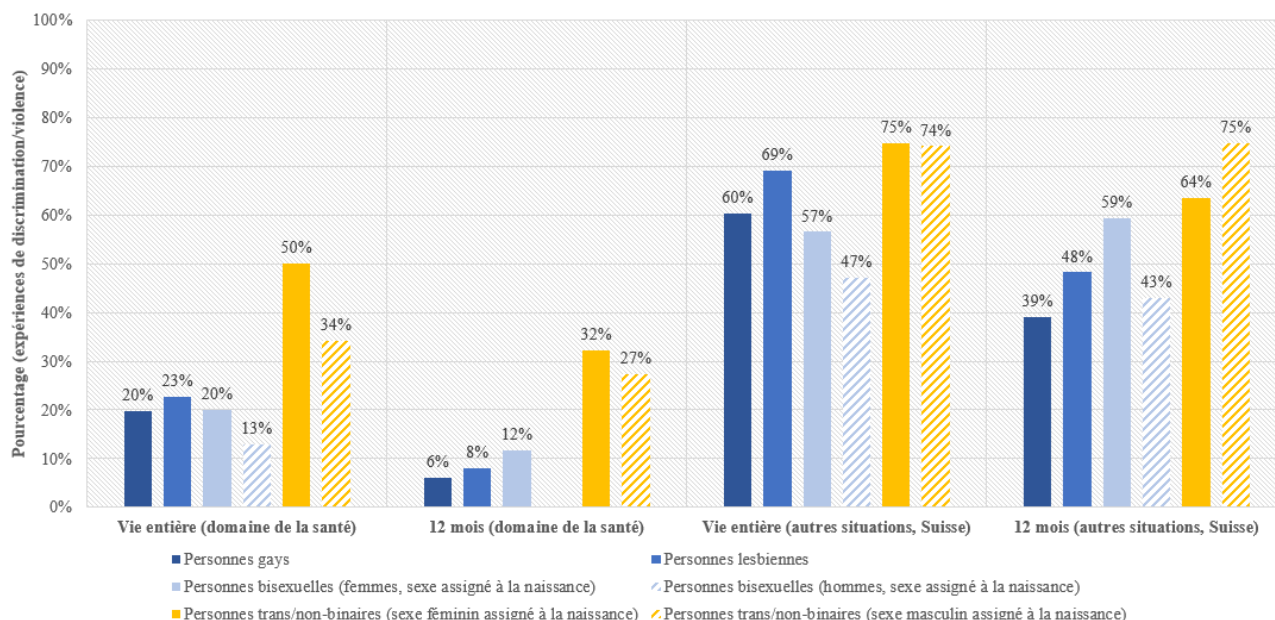


Figure 3 : Expériences de discrimination et de violence dans le système de santé et dans d'autres situations en Suisse (vie entière, 12 mois précédents) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

Étant donné que le seuil à partir duquel un comportement est ressenti comme une forme de discrimination ou de violence varie d'une personne à l'autre, une deuxième partie de la question concernant les expériences négatives faites dans le domaine des soins en Suisse était consacrée aux actes concrets vécus par les personnes interrogées en raison de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre au cours des 12 mois précédant l'enquête et considérés comme discriminatoires ou violents dans le discours scientifique actuel. Les personnes interrogées ont alors le plus souvent répondu que leur véritable problème avait été pris à la légère ou ignoré (29,6 %), qu'elles s'étaient vu poser des questions inappropriées sur leur vie privée (26,0 %) et/ou que les personnes comme elles avaient été dépeintes de manière dévalorisante (25,1 %). Parmi les autres expériences fréquemment évoquées comme ayant fait souffrir les personnes concernées et miné leur confiance dans le système de santé suisse figuraient le manque d'informations sur l'examen ou le traitement envisagé et ses conséquences, l'exécution de traitements ou d'examens considérés par le patient ou la patiente comme inutiles ainsi que les examens ou traitements perçus comme inutilement brutaux ou douloureux (voir fig. 4). Il y a lieu de relever qu'environ 1 % des personnes interrogées a fait état de violences physiques ou sexuelles dans le cadre des soins de santé et environ 8 % de harcèlement sexuel verbal (voir fig. 4).

À cela s'ajoutent 45 personnes ayant vécu d'autres actes à caractère discriminatoire ou violent. Parmi elles, la plus fréquemment citée était le « mégenrage » par du personnel de santé malgré la clarification de ce point ($n = 25$), c'est-à-dire le fait de s'adresser à la personne en utilisant le mauvais pronom ou d'autres termes sexospécifiques ne correspondant pas à l'identité de genre déclarée (par ex. monsieur, madame). Certains témoignages mentionnaient aussi le refus d'un traitement ou d'un examen ($n = 9$) ou le refus de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie ($n = 7$). Trois personnes ont en outre dénoncé des actes de harcèlement sexuel ou d'agression sexuelle lors du traitement, comme le « tripotage » par un médecin ou un « déshabillage inutile et dégradant ». De nombreuses

⁶⁸ $p < ,001$ dans chaque cas

personnes interrogées ont dépeint des situations dans lesquelles elles s'étaient senties prises à la légère voire infantilisées ou dans lesquelles leur identité sexuelle ou de genre avait été qualifiée de pathologique. D'autres récits laissent entendre que les personnes interrogées sont souvent confrontées à des stéréotypes liés à leur identité sexuelle ou à leur identité de genre. L'assimilation entre homosexualité et légèreté de mœurs⁶⁹ par ex., a entraîné chez certaines personnes interrogées des examens inutiles (notamment des tests VIH), tout comme, d'ailleurs, le refus de tenir compte de l'identité sexuelle exprimée. Une femme cis lesbienne interrogée a ainsi été soumise à un test de grossesse, alors qu'elle n'avait pas de rapports sexuels avec des hommes (et ne désirait apparemment pas d'enfant).

Il est frappant de constater en comparant les personnes cis LGB et les personnes trans/non-binaires que, pour ces dernières, les actes de discrimination et de violence énumérés dans le questionnaire en lien avec le système de santé étaient nettement plus fréquents au cours de l'année précédant l'enquête (voir fig. 4), sauf pour la question relative à la différence de traitement entre les partenaires d'un partenariat enregistré et les couples mariés. En l'espèce, 5 des 18 personnes trans/non-binaires vivant en partenariat enregistré ou dont le partenariat avait été dissous ont répondu ne pas avoir subi ce type d'expériences.

Dans le cadre de « LGBT Health », les personnes interrogées ont en outre été priées de préciser par qui et sous quelle forme les actes de discrimination et/ou de violence vécus lors de la dernière expérience négative dans le domaine des soins avaient été commis. Dans la majorité absolue des cas, ces actes étaient le fait d'une (59,6 %) ou de plusieurs personnes (20,8 %)⁷⁰, la plupart du temps des médecins (57,9 %) ou des psychothérapeutes et des psychiatres (15,5 %)⁷¹. Dans 10 % des cas, il s'agissait (aussi) d'un membre de l'équipe soignante et dans 6 % supplémentaires d'une personne employée par le cabinet. Près de la moitié des personnes interrogées n'ont rien entrepris (de plus) après cette dernière expérience négative dans le domaine des soins de santé (46,0 %)⁷². Par ailleurs, 29 % ont changé de thérapeute et un cinquième a (également) cherché du soutien auprès de son cercle amical, de proches ou de connaissances. Peu de personnes ont par contre sollicité des conseils professionnels (7,4 %) et encore moins ont déposé une plainte auprès d'un service officiel (par ex. un bureau de médiation) (4,1 %) ou même déposé plainte auprès de la police (0,5 %), sachant que dans ce dernier cas, les incidents relatés ne sont pas tous passibles de poursuites. Sur les 29 personnes qui ont mentionné d'autres démarches consécutives à la dernière expérience négative, 12 ont indiqué avoir cherché le dialogue avec la personne concernée, l'avoir mise face à ses paroles ou à ses actes.

⁶⁹ C'est ce qu'ont également déclaré 28 % des personnes interrogées dans le cadre d'une étude allemande sur la discrimination au travail (Frohn, Meinhold et Schmidt, 2017).

⁷⁰ 361 personnes ont donné des précisions concernant cette question. Les 20 % restants ont déclaré que la discrimination n'était pas le fait d'une personne.

⁷¹ Sur les 290 personnes ayant indiqué qu'au moins une personne était impliquée dans la situation, 278 ont précisé de qui il s'agissait.

⁷² Au total, 367 personnes ont donné des précisions à ce sujet. La plupart de celles qui avaient déclaré ne rien avoir entrepris (de plus) n'avait effectué aucune démarche.

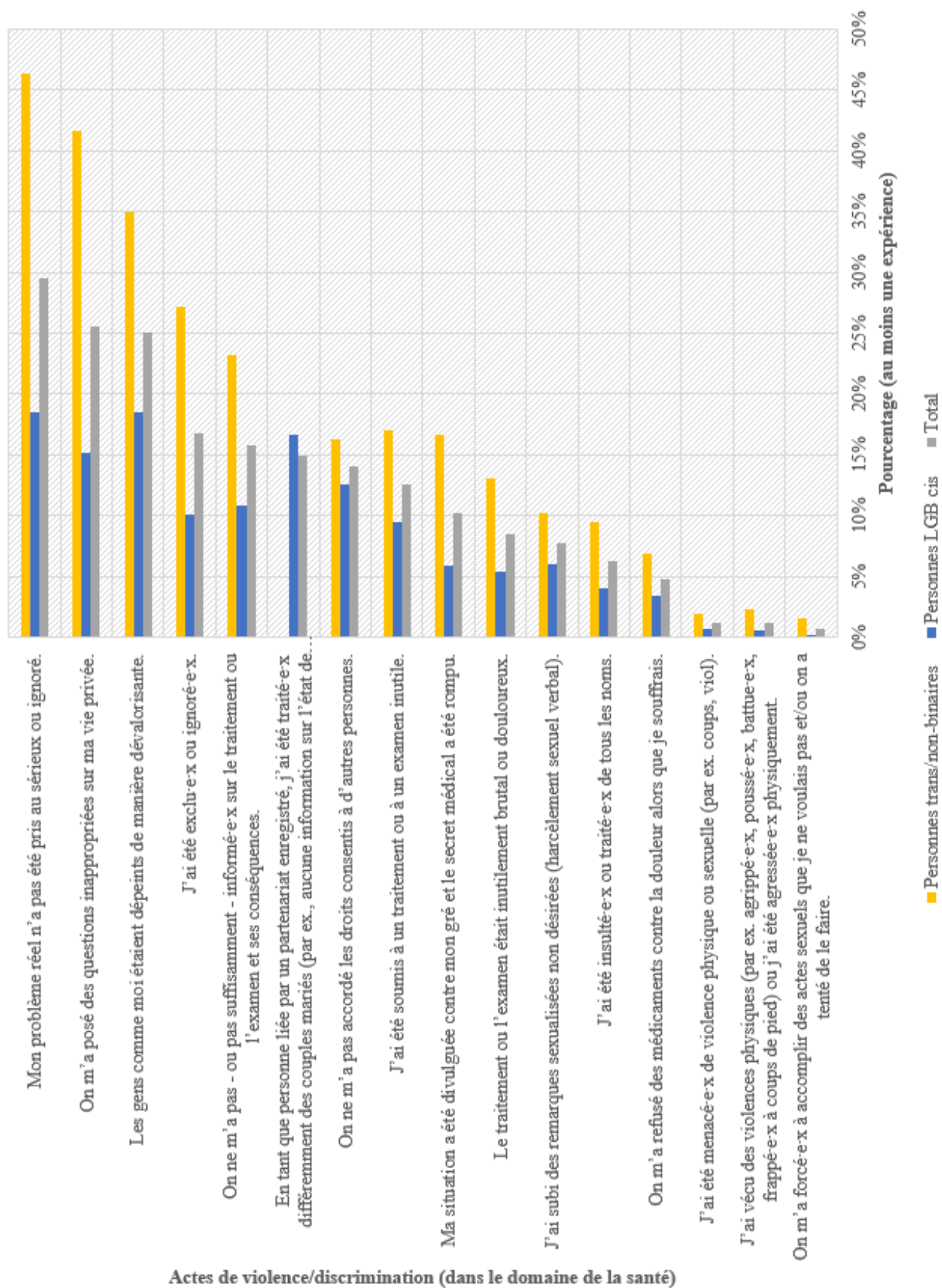


Figure 4 : Nature des dernières expériences de discrimination et de violence dans le domaine de la santé en Suisse (données : « LGBT Health »)⁷³

Bilan intermédiaire : expériences de discrimination et de violence des personnes LGBT en Suisse

Conformément à d'autres études (Hässler et Eisner, 2020), les personnes LGBT interrogées dans le cadre de « LGBT Health » ont dans leur majorité déjà subi au cours de leur vie, et pour beaucoup d'entre elles durant les 12 mois précédant l'enquête, au moins une expérience de discrimination et/ou de violence due à leur orientation sexuelle et/ou à leur identité de genre. Pour plus d'un quart d'entre elles, ce type d'expériences a été vécu dans le domaine des soins. Les personnes trans/non-binaires étaient nettement plus souvent concernées à cet égard que les personnes cis LGB, une prédominance qui ressort aussi au niveau international : 26 % des personnes trans interrogées dans le cadre d'une étude européenne avaient ainsi témoigné de discriminations dans le système de santé en Allemagne et 30 % en France (FRA, 2014 ; récapitulatif : Bartig, Kalkum, Le et Lewicki, 2021). Les résultats de cette étude sont également corroborés par le fait que les principales victimes de la discrimination dans le domaine des soins étaient les personnes trans/non-binaires – mais aussi certaines personnes cis LGB – qui avaient divulgué leur situation aux personnels de santé.

Sur l'ensemble des réponses, les expériences négatives les plus souvent citées étaient le manque de considération et le sentiment d'exclusion ou de dénigrement. Plus d'un quart s'était vu poser des questions inappropriées sur sa vie privée et près d'un dixième avait dû divulguer sa situation contre son gré. De nombreux témoignages indiquent que dans le cadre des soins de santé, les personnes LGBT sont confrontées à des stéréotypes négatifs qui ont un effet délétère sur leur traitement (par ex. sous la forme d'examens inutiles ou du refus d'examens ou de traitements). De plus, environ 1 % des personnes interrogées a dit avoir été la cible respectivement d'actes de violence physique et de violence sexuelle dans le système de santé. Ce taux est très élevé si l'on considère que 11 % des personnes LGBTQI interrogées ont déclaré avoir fait l'objet de violences physiques et/ou sexuelles, *indépendamment du contexte, au cours des cinq dernières années* précédant l'enquête dans l'étude européenne susmentionnée (FRA, 2020), et que 8 à 16 % ont mentionné de la violence physique (indépendamment du contexte) dans l'étude suisse de Hässler et Eisner (2020). La violence et la discrimination vécues par les personnes LGBT interrogées dans le cadre de « LGBT Health » étaient principalement le fait d'une ou de plusieurs personnes (professionnelles de la santé), dont les actes étaient la plupart du temps restés sans suite. Beaucoup de personnes concernées n'ont entrepris aucune démarche, et celles qui se sont adressées à un service officiel ou à une autorité publique étaient rares. Ces résultats correspondent eux aussi à ceux d'autres études (FRA, 2014). Certes, de manière générale, peu de victimes d'actes de violence et de discrimination se tournent vers des spécialistes, des services spécialisés voire vers la police, mais des études montrent qu'au-delà de la honte et de la peur, les personnes LGBT ont des raisons qui leur sont propres de ne pas solliciter un soutien professionnel (par ex. crainte de la discrimination) (FRA, 2014 ; FRA, 2020).

Pour les personnes LGBT, toutes ces expériences négatives sont synonymes de souffrances et risquent d'avoir des effets délétères sur leur santé psychique (voir point 2.5)⁷⁴. En matière de soins, les discriminations relatives se traduisent non seulement par une baisse de la qualité des traitements assurés par les personnels de santé, mais potentiellement aussi par une perte de confiance dans le système de santé suisse susceptible de dissuader les personnes concernées de recourir à des examens ou traitements dont elles auraient pourtant besoin. Les récits de discrimination et de violence dans le domaine des soins émanant principalement de personnes trans/non-binaires, il n'est pas surprenant que celles-ci semblent avoir une confiance particulièrement limitée dans le système de santé et aient déjà renoncé, soit pour cette raison soit par crainte d'être victimes de discrimination, à des prestations de santé (voir point 4.2.1). Ces observations coïncident elles aussi avec les résultats d'autres études. Ainsi, 14 % des personnes trans interrogées dans le cadre de l'étude européenne susmentionnée avaient renoncé à un traitement par peur de subir de la discrimination (FRA, 2014). L'incidence des expériences de discrimination et de violence vécues dans le domaine des soins sur la santé psychique des personnes LGBT en Suisse est abordée au point 4.4.2.

⁷³ La question portant sur les différences de traitement concernant les partenariats enregistrés n'incluait que les personnes vivant en partenariat enregistré ou dont le partenariat avait été dissout.

⁷⁴ Les observations relatives à l'incidence des expériences de discrimination et de violence sur la santé psychique des personnes LGBT en Suisse sont examinées plus en détail au point 4.4.2.

4.3 Trajectoires favorables et défavorables à la santé

Les trajectoires favorables et défavorables à la santé se trouvent au cœur du modèle HEP (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) et correspondent aux quatre niveaux suivants :

- niveau comportemental (par ex. consommation de substances, activité physique, recours aux examens préventifs) ;
- niveau social/communautaire (par ex. soutien social) et niveau psychologique (p. ex. homonégativité intériorisée) ;
- niveau biologique.

Si les deux enquêtes ont inclus des indicateurs permettant de formuler des observations sur les modes de comportement favorables et défavorables à la santé, sur l'environnement social et sur le niveau psychologique des personnes interrogées, elles n'ont pas retenu de marqueurs biologiques comme les valeurs de cortisol. Voici un résumé des résultats obtenus pour les indicateurs pertinents aux différents niveaux.

4.3.1 Niveau comportemental

Au niveau du comportement, les deux enquêtes (ESS, « LGBT Health ») ont recueilli des informations sur

- l'activité physique ;
- la consommation de tabac, d'alcool et de drogues ;
- le comportement sexuel et les stratégies de protection ; ainsi que
- le recours aux prestations de santé.

Les résultats concernant les différents indicateurs analysés sont récapitulés ci-après.

4.3.1.1 *Activité physique*

Dans le cadre de l'ESS (2012, 2017), 72 % des personnes interrogées ont indiqué pratiquer au moins une fois par semaine une activité physique les faisant transpirer (par ex. course à pied, vélo, activité sportive) pendant leurs loisirs⁷⁵. En 2017, 56 % parcouraient (également) au quotidien des trajets à vélo ou à pied^{76,77}. À noter que les résultats relatifs à la pratique d'une activité physique intensive révèlent des différences significatives entre les personnes LGB et le reste de la population. Les personnes lesbiennes (76,8 %), bissexuelles (72,2 %) et hétérosexuelles (71,8 %) étaient ainsi plus nombreuses à déclarer s'adonner à une activité physique intensive que les hommes gays (68,5 %) (voir fig. 5), sans que les écarts soient statistiquement significatifs⁷⁸. Un lien notable apparaissait toutefois entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et l'activité physique lorsque l'on prenait en considération l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées. La probabilité que des hommes gays ($OR = 0,63$) pratiquent une activité physique intensive durant leurs loisirs était notamment plus faible que pour le reste de la population⁷⁹. De plus, les personnes jouissant d'un meilleur niveau de formation (dès le degré secondaire II) montraient une probabilité plus élevée ($OR = 1,52$ à $2,02$) de se dépenser physiquement que les personnes qui n'avaient pas (encore) terminé de formation ou uniquement l'école obligatoire⁸⁰. S'agissant des trajets quotidiens à pied ou à vélo, il n'y avait par contre pas de différences significatives entre les groupes de comparaison⁸¹. Par rapport aux autres groupes (55,9 à 59,2 %), les personnes bissexuelles étaient proportionnellement légèrement plus nombreuses (61,7 %) à se

⁷⁵ Au total, 29 849 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

⁷⁶ Étant donné que les questions relatives aux trajets parcourus à pied et/ou à vélo sont différentes dans les deux séries d'enquête (ESS 2012, 2017), les données n'ont pas pu être regroupées. Pour cette question, l'analyse porte par conséquent uniquement sur les données de la dernière ESS.

⁷⁷ En 2017, 16 548 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

⁷⁸ $p = ,512$

⁷⁹ $p = ,002$

⁸⁰ $p < ,001$ dans chaque cas

⁸¹ $p = ,267$

déplacer à pied ou à vélo, mais ce lien n'est pas statistiquement significatif, y compris au vu de l'année du relevé, ainsi que de l'âge, du sexe (selon les registres), du niveau de formation et du revenu net personnel des personnes interrogées. La probabilité de se déplacer à pied ou à vélo était toutefois plus forte chez les femmes ($OR = 1,27$)⁸² que chez les hommes (sexe selon les registres) et plus élevée chez les personnes âgées de 30 à 49 ans ($OR = 1,09$)⁸³ et de 50 ans et plus ($OR = 1,35$)⁸⁴ que chez les plus jeunes (16 à 29 ans).

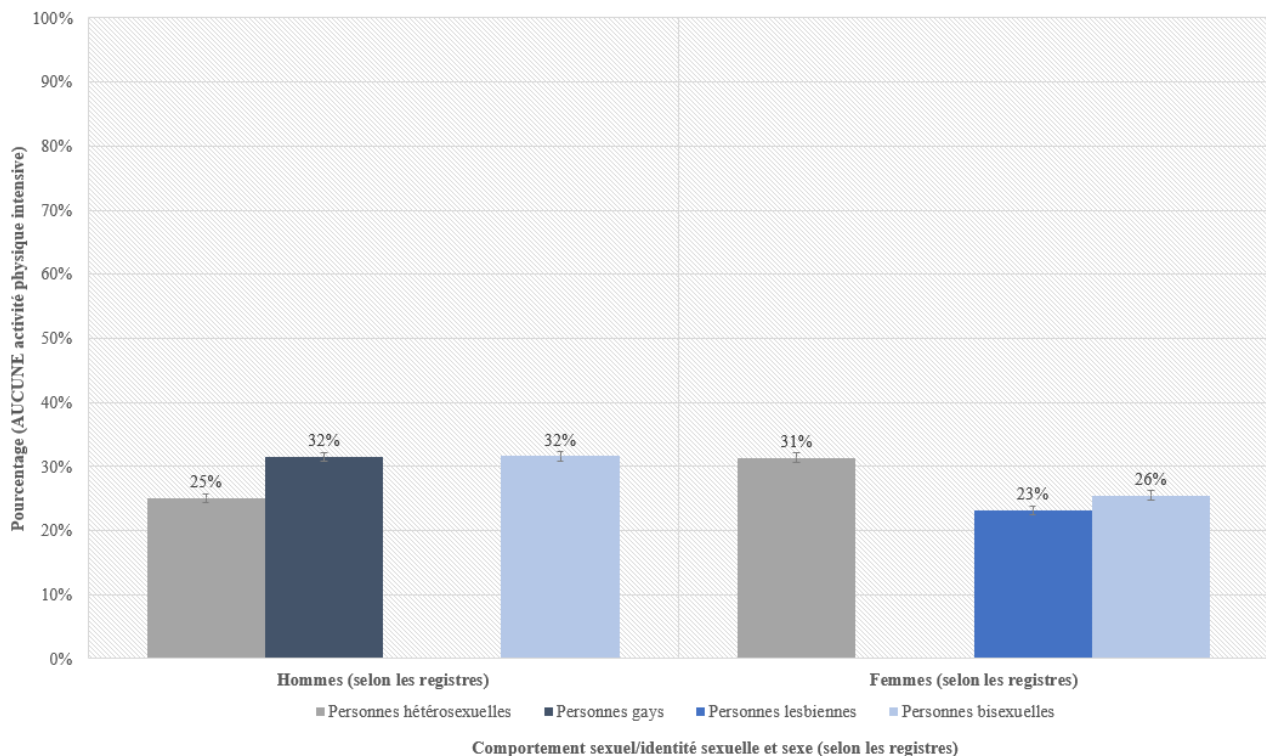


Figure 5 : Activité physique intensive (aucune) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

L'intérêt de ce résultat réside dans le fait que plusieurs études démontrent que les femmes lesbiennes et bisexuelles sont moins actives physiquement que les femmes hétérosexuelles, alors que les hommes gays et bisexuels se dépensent davantage que les hommes hétérosexuels (voir point 2.2). Or, dans l'ESS (2012, 2017), les femmes lesbiennes (76,8 %) et les femmes bisexuelles (74,5 %) étaient plus nombreuses que les femmes hétérosexuelles (68,6 %) à déclarer pratiquer une activité physique intensive au moins une fois par semaine⁸⁵. Une fois l'âge, le niveau de formation et le revenu net personnel pris en considération, la signification statistique de ces différences n'était toutefois plus que tendancielle (femmes bisexuelles) ou disparaissait⁸⁶. Avec les hommes gays, c'était tout le contraire, puisque par rapport aux hommes hétérosexuels, ils avaient tendance à moins se dépenser physiquement (68,5 % contre 74,9 %). La fréquence des activités physiques intensives des hommes bisexuels était quant à elle comparable (68,4 %) à celle des hommes gays⁸⁷. Une fois la date du relevé ainsi que l'âge, le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées pris en compte, la probabilité pour les hommes gays ($OR = 0,62$)⁸⁸ et bisexuels ($OR = 0,66$)⁸⁹ de pratiquer une activité physique intensive au moins 1 à 2 fois par semaine était significativement plus faible que pour les hommes hétérosexuels. Seules des enquêtes complémentaires

⁸² $p < ,001$

⁸³ $p = ,056$

⁸⁴ $p < ,001$

⁸⁵ $\chi^2(2) = 8,882$; $p = ,012$

⁸⁶ Femmes lesbiennes : $p = ,404$, femmes bisexuelles : $p = ,077$

⁸⁷ $\chi^2(2) = 10,170$; $p = ,006$

⁸⁸ $p = ,001$

⁸⁹ $p = ,006$

incluant davantage de femmes lesbiennes, d'hommes gays et de personnes bisexuelles permettraient de déterminer si la situation de la Suisse concernant leur activité physique se distingue vraiment des résultats obtenus dans les études internationales.

Dans le cadre de « LGBT Health », près de deux tiers également des personnes interrogées (65,6 %) ont indiqué pratiquer au moins une fois par semaine durant leurs loisirs une activité physique les faisant transpirer⁹⁰. Pratiquement toutes les personnes interrogées parcouraient (aussi) des trajets à vélo et/ou à pied (95,3 %)⁹¹. Avant la pandémie de COVID-19, la majorité des personnes interrogées pratiquaient une activité physique aussi fréquemment voire plus (76,2 %) ; à partir de mars 2020, un peu moins d'un quart a réduit ses activités physiques (23,8 %)^{92,93}. Par rapport aux personnes trans/non-binaires interrogées (59,8 %), les personnes cis LGB (65,6 à 68,5 %) ont nettement plus souvent déclaré pratiquer une activité physique intensive⁹⁴. Une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées ainsi que les variations de fréquence depuis la pandémie pris en compte, ce lien entre l'identité sexuelle ou l'identité de genre et la fréquence d'une activité physique intensive n'était statistiquement pas significatif⁹⁵. Les résultats de « LGBT Health » confirment ainsi la tendance esquissée par d'autres études montrant que les personnes trans/non-binaires pratiquent moins souvent une activité physique intensive que les personnes cis (voir point 2.2.). Il convient toutefois de souligner que « LGBT Health » portait uniquement sur des personnes cis LGB, ce qui empêche toute comparaison avec les personnes cis hétérosexuelles.

Bilan intermédiaire : activité physique

Par rapport aux femmes hétérosexuelles, les femmes lesbiennes et bisexuelles pratiquaient un peu plus souvent des activités physiques intensives durant leurs loisirs, contrairement aux hommes gays et bisexuels, dont les activités physiques intensives étaient moins fréquentes que pour les hommes hétérosexuels. Ces deux constats sont surprenants dans la mesure où d'autres études concluent que les hommes gays sont plus actifs physiquement que les hommes hétérosexuels et que les femmes lesbiennes s'adonnent moins souvent à des activités physiques intensives que les femmes hétérosexuelles (voir point 2.2.). La présente étude ne permet pas d'établir de manière définitive si cette différence est due à un effet d'échantillonnage ou si la Suisse est réellement un « cas particulier » dans ce domaine. Les résultats concernant l'indice de masse corporelle pointent toutefois dans la même direction (voir point 4.4.17). S'agissant des personnes trans/non-binaires, les résultats tendent à étayer les autres études (voir point 2.2.) démontrant qu'elles pratiquent moins d'activités physiques intensives durant leurs loisirs que les personnes cis LGB.

⁹⁰ Au total, 1925 personnes ont donné des précisions à ce sujet.

⁹¹ 2023 personnes ont donné des précisions à ce sujet.

⁹² 2003 personnes ont donné des précisions univoques à ce sujet.

⁹³ Le « Social Monitor » montre que la fréquence des activités physiques a baissé au cours de la pandémie. Si, avec la hausse des températures et la possibilité d'être en plein air, les activités physiques intensives ont augmenté, elles ont diminué à l'automne à la suite du nouveau renforcement des restrictions (voir <https://covid19.ctu.unibe.ch/>).

⁹⁴ $\chi^2(3) = 10,411$; $p = ,001$

⁹⁵ Femmes cis lesbiennes : $p = ,335$; hommes cis gays : $p = ,078$; personnes cis bisexuelles : $p = ,576$

4.3.1.2 Consommation de tabac

Au total, 30 % des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) fumaient au moins occasionnellement du tabac⁹⁶, dont environ une moitié jusqu'à 10 cigarettes par jour (14,7 %) et l'autre moitié (15,1 %) plus de 10⁹⁷. Dans la majorité des cas, les produits consommés étaient exclusivement des cigarettes (80,1 % des personnes fumeuses)⁹⁸. À noter qu'il y avait de nettes différences entre les groupes de comparaison, les personnes LGB (36,1 à 46,9 %) fumant nettement plus souvent que le reste de la population (29,6 %) (voir fig. 6)⁹⁹. Ce lien entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et le tabagisme demeurerait statistiquement significatif lorsque l'on tenait compte de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du sexe (selon les registres), du niveau de formation et du revenu net personnel des personnes interrogées. Par rapport aux personnes hétérosexuelles, les femmes lesbiennes ($OR = 2,01$)¹⁰⁰ et les personnes bisexuelles ($OR = 2,23$)¹⁰¹ présentaient notamment une probabilité significativement accrue de fumer au moins occasionnellement du tabac. Les personnes LGB interrogées (20,7 à 23,4 %) fumaient en outre plus souvent un minimum de 10 cigarettes par jour que le reste de la population (14,9 %). Là encore, le lien restait statistiquement significatif compte tenu de l'année du relevé, de l'âge et du sexe (selon les registres)¹⁰². Les hommes gays étaient particulièrement représentés parmi les fumeurs les plus assidus, alors même qu'ils avaient plus souvent essayé d'arrêter de fumer au cours des 12 mois précédant l'enquête que le reste de la population (36,1 % contre 27,9 %). À l'inverse, les efforts déployés par les femmes lesbiennes (15,6 %) et les personnes bisexuelles (27,1 %) pour arrêter de fumer étaient moindres ou comparables à ceux des personnes hétérosexuelles. Statistiquement, l'écart observé n'était cependant pas significatif¹⁰³. S'agissant du désir d'arrêter de fumer à l'avenir, aucune différence significative n'a été remarquée entre les groupes de comparaison, même si le pourcentage de personnes hétérosexuelles (46,9 %) et d'hommes gays (41,5 %) ayant exprimé ce souhait était légèrement inférieur à celui des femmes lesbiennes (55,6 %) et des personnes bisexuelles (49,6 %)¹⁰⁴.

Les constats correspondent ainsi aux résultats d'autres études, selon lesquelles les personnes LGB en Suisse et dans d'autres pays sont davantage adeptes du tabac que le reste de la population. Des études ont en outre révélé que les hommes gays fument plus souvent que les hommes hétérosexuels (voir point 2.4), ce qui est également le cas en Suisse. Ici, le pourcentage d'hommes gays (36,1 %) et bisexuels (41,8 %) consommant du tabac était nettement supérieur à celui des hommes hétérosexuels (33,5 %)^{105,106}. Si l'on tient compte de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du niveau de formation et du revenu net personnel des personnes interrogées, seuls les hommes bisexuels présentaient toutefois une probabilité significativement plus forte de fumer au moins occasionnellement que les hommes hétérosexuels ($OR = 1,53$)¹⁰⁷. Les femmes lesbiennes (39,0 %) et bisexuelles (49,9 %) fumaient elles aussi nettement plus souvent que les femmes hétérosexuelles (25,4 %)^{108,109}. Compte tenu des caractéristiques énumérées, on constate un lien statistiquement significatif entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle des femmes et le tabagisme, les femmes lesbiennes ($OR = 2,00$)¹¹⁰ et bisexuelles ($OR = 2,73$)¹¹¹ montrant une probabilité nettement plus élevée de fumer au moins occasionnellement que les femmes hétérosexuelles.

⁹⁶ Au total, 29 914 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

⁹⁷ Les données de 29 843 personnes (données pondérées) étaient disponibles sur ce sujet.

⁹⁸ Les données de 8722 personnes fumeuses (données pondérées) étaient disponibles quant au produit du tabac consommé.

⁹⁹ $\chi^2(3) = 100,024$; $p < ,001$

¹⁰⁰ $p = ,003$

¹⁰¹ $p < ,001$

¹⁰² Hommes gays : $OR = 1,36$; $p = ,058$ (tendance statistiquement significative) ; femmes lesbiennes : $OR = 2,18$; $p = ,006$; personnes bisexuelles : $OR = 1,96$; $p < ,001$. Lors de l'interprétation de ces résultats, il faut toutefois garder à l'esprit que le nombre de données de femmes lesbiennes ayant pu être pris en compte dans les analyses est relativement faible, de sorte que ces groupes sont petits.

¹⁰³ $p = ,152$

¹⁰⁴ $p = ,564$

¹⁰⁵ 15 363 hommes (sexe selon les registres) (données pondérées) ont répondu à cette question.

¹⁰⁶ $\chi^2(2) = 8,096$; $p = ,017$

¹⁰⁷ $p = ,003$

¹⁰⁸ Au total, 14 552 femmes (sexe selon les registres) (données pondérées) ont répondu à cette question.

¹⁰⁹ $\chi^2(2) = 131,422$; $p < ,001$

¹¹⁰ $p = ,003$

¹¹¹ $p < ,001$

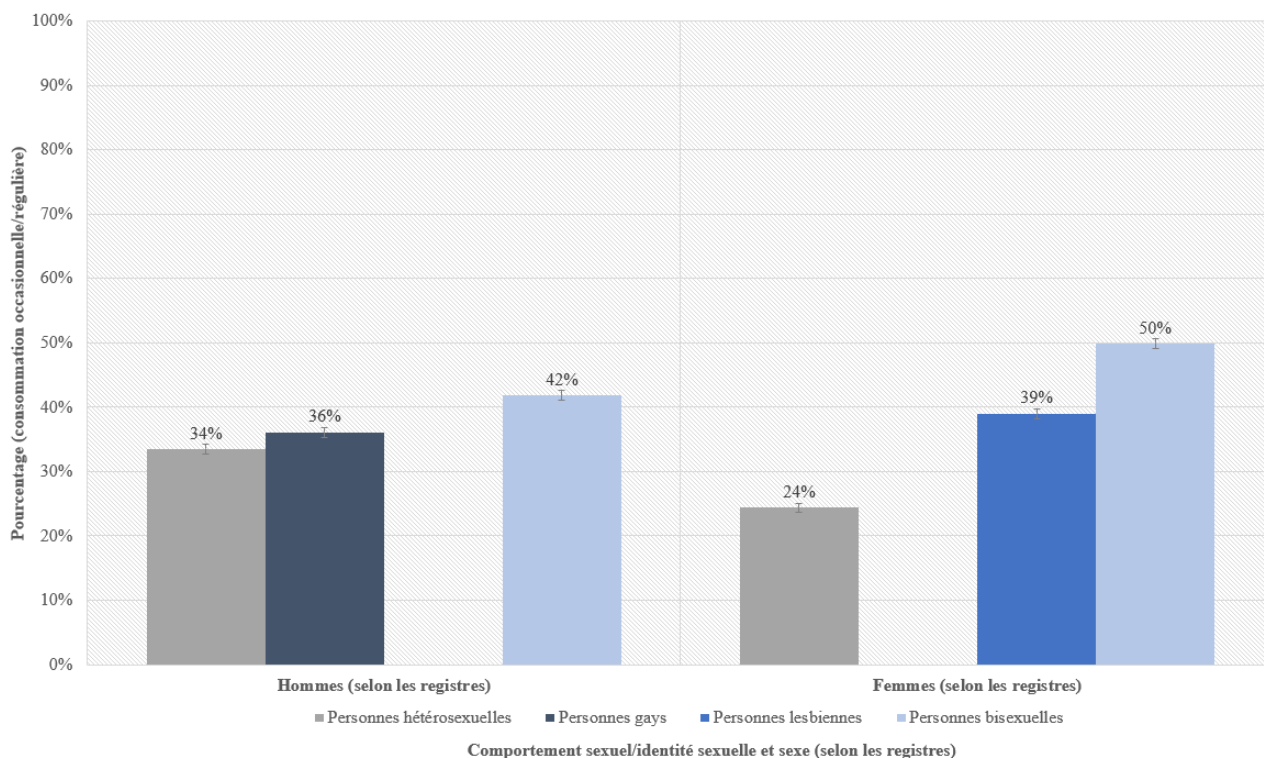


Figure 6 : Consommation de tabac (au moins occasionnelle) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

L'image qui ressort de « LGBT Health » est comparable. Là aussi, une large majorité (68,3 %) a indiqué ne pas (ou ne plus) consommer de tabac¹¹². Sur l'ensemble des personnes fumeuses interrogées dans « LGBT Health », 63 % fumaient tous les jours¹¹³, dont la majeure partie exclusivement des cigarettes¹¹⁴. Quelque 8 % fumaient *plus* de 10 cigarettes par jour et un cinquième en fumait *jusqu'à* 10 quotidiennement¹¹⁵. À noter que plus de la moitié des personnes fumeuses interrogées ont indiqué consommer autant de tabac au moment de l'enquête qu'avant la pandémie de COVID-19 ; 30 % ont même déclaré fumer moins, tandis que 16 % fumaient davantage qu'avant la pandémie¹¹⁶. Parmi toutes les personnes interrogées, celles fumant le moins étaient les femmes lesbiennes cis (28,5 %). Chaque autre groupe comptait environ un tiers de personnes consommant du tabac (30,3 à 34,7 %), le pourcentage le plus élevé étant imputable aux personnes trans/non-binaires. Lorsque l'on tenait compte de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation et du revenu net personnel, il n'était cependant pas possible d'établir un lien statistiquement significatif entre l'identité sexuelle ou de genre et le tabagisme. De même, l'enquête « LGBT Health » n'a pas permis de dégager un lien significatif entre l'identité sexuelle ou de genre des personnes interrogées et le nombre de cigarettes consommées par jour (aucune, jusqu'à 10, plus de 10). Par rapport aux personnes cis LGB (28,4 %), les personnes trans/non-binaires (39,3 %) étaient plus nombreuses à avoir déjà essayé d'arrêter de fumer. C'étaient par contre principalement des hommes cis gays (45,6 %) et des femmes cis lesbiennes (39,3 %) qui en avaient exprimé le souhait, le pourcentage enregistré pour les personnes cis bisexuelles et les personnes trans/non-binaires étant d'environ 30 % (respectivement 30,7 % et 27,8 %).

¹¹² 2060 personnes ont donné des précisions à ce sujet.

¹¹³ Au total, 2060 personnes ont répondu à cette question, dont 655 fumeuses.

¹¹⁴ Y compris les cigarettes roulées. Au total, 2045 personnes ont répondu à cette question, dont 633 fumeuses.

¹¹⁵ Au total, 1979 personnes ont répondu à cette question, dont 571 fumeuses.

¹¹⁶ 611 personnes fumeuses ont répondu à cette question.

4.3.1.3 Consommation d'alcool

Selon l'ESS (2012, 2017), seuls 14 % de la population étaient abstinentes¹¹⁷, 81 % consommaient régulièrement de l'alcool en prenant de faibles risques et les 5 % restants avaient un comportement de consommation chronique à risque dans ce domaine. La qualification du risque dépend de la quantité moyenne d'alcool ingérée par jour. Chez les hommes, un risque moyen correspond à une consommation de 40 à 60 g d'alcool par jour, contre 20 à 40 g pour les femmes. Il convient d'établir une distinction entre cette consommation chronique à risque et la consommation excessive ponctuelle, qui devient à risque lorsqu'une personne boit au moins une fois par mois quatre (pour les femmes) ou cinq (pour les hommes) verres d'alcool en une seule occasion (« ivresse ponctuelle ») (Gmel, Kuendig, Notari et Gmel, 2017). La majorité des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2017) ont indiqué ne jamais avoir une consommation épisodique à risque ou moins d'une fois par mois (83,1 %) ¹¹⁸, tandis que 17 % disaient en faire l'expérience au moins une fois par mois. En ce qui concerne ces deux formes de consommation à risque, les différences entre les groupes de comparaison sont significatives (voir fig. 8). Ainsi, les femmes lesbiennes et les personnes bisexuelles interrogées (ESS 2012, 2017) étaient nettement plus nombreuses (respectivement 11,0 % et 9,2 %) à adopter un comportement à risque (moyen à élevé) en consommant de l'alcool de manière chronique que le reste de la population (4,5 %), alors que pour les hommes gays, la fréquence de ce type de consommation était comparable (4,7 %) ¹¹⁹. Par rapport au reste de la population (16,7 %), ces derniers étaient par contre plus nombreux à avoir au moins une fois par mois un comportement de consommation épisodique à risque (« ivresse ponctuelle » ; ESS 2017) (25,2 %) (voir fig. 8). Pour les personnes bisexuelles (23,5 %) et les femmes lesbiennes (19,7 %) interrogées, il était également plus fréquent que pour le reste de la population, mais légèrement moins que pour les hommes gays interrogés, de boire au moins une fois par mois respectivement quatre et cinq verres d'alcool en une occasion ¹²⁰.

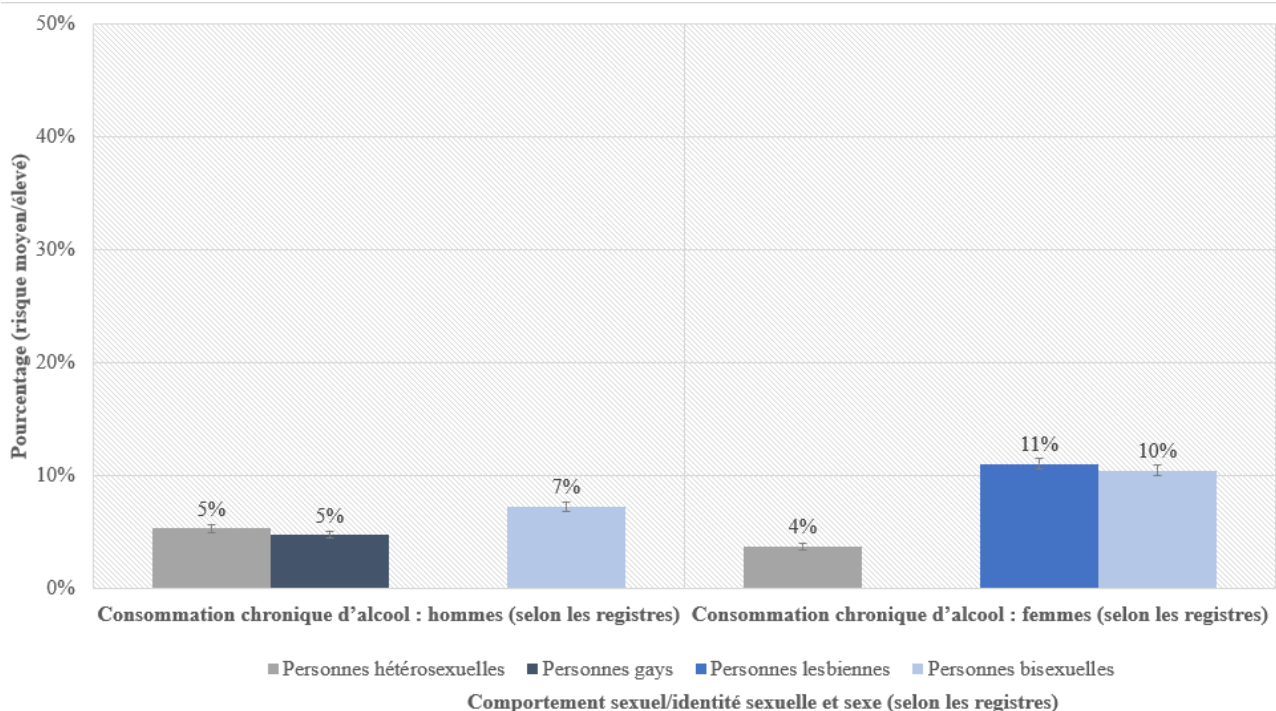


Figure 7 : Consommation chronique à risque (moyen à élevé) d'alcool ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

¹¹⁷ Pour ce qui est de la consommation chronique d'alcool, les données de 29 916 personnes (données pondérées) étaient disponibles.

¹¹⁸ Au total, 16 571 personnes ont répondu à cette question dans le cadre de l'ESS 2017 (données pondérées).

¹¹⁹ $\chi^2(3) = 39,587$; $p < ,001$; il convient de relever à cet égard qu'une cellule contenant des fréquences attendues inférieures à 5, il est possible que les résultats soient erronés.

¹²⁰ $\chi^2(3) = 15,881$; $p < ,001$

Chez les personnes bisexuelles, ce lien entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et la consommation chronique d'alcool restait significatif lorsque l'on tenait compte de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du sexe (selon les registres), du niveau de formation et du revenu net personnel des personnes interrogées. La probabilité d'avoir une consommation d'alcool chronique ($OR = 2,29$) ou épisodique ($OR = 1,57$) à risque était alors plus élevée chez les personnes bisexuelles que chez les personnes hétérosexuelles¹²¹. Ce lien n'apparaissait cependant pas chez les personnes homosexuelles¹²². Le sexe (selon les registres) des personnes interrogées jouait par ailleurs un rôle dans ce domaine, comme le confirment les résultats du Monitoring suisse des addictions (Gmel et al., 2017) : par rapport aux femmes, la probabilité des hommes à la fois de consommer de l'alcool de manière chronique en prenant des risques (ESS 2012, 2017) et d'avoir une consommation épisodique à risque d'alcool (ESS 2017) ($OR = 1,96$)¹²³ était nettement plus forte que de ne pas le faire ($OR = 1,44$)¹²⁴. Si l'on considère la consommation d'alcool des hommes et des femmes (sexe selon les registres) séparément, on observe que les hommes bisexuels avaient un peu plus souvent une consommation chronique à risque (7,2 %) que les hommes hétérosexuels (5,3 %) et gays (4,7 %) (voir fig. 7). Cet écart n'était cependant pas significatif statistiquement¹²⁵. S'il en va de même pour la consommation épisodique à risque d'alcool (ESS 2017), les hommes gays (25,2 %) et bisexuels (25,0 %) interrogés étaient légèrement plus nombreux que les hommes hétérosexuels (21,6 %) à indiquer boire en quantité excessive au moins une fois par mois (voir fig. 8)¹²⁶. Le lien observé n'était toutefois pas statistiquement significatif, y compris au vu de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du niveau de formation et du revenu net personnel des personnes interrogées. Il en ressort cependant que la probabilité d'une consommation épisodique à risque était plus élevée chez les hommes âgés de 15 à 29 ans que chez les hommes plus âgés (30 à 49 ans et 50 ans et plus) ($OR = 1,90$ et $2,70$, respectivement)¹²⁷. Cette incidence de l'âge a également pu être démontrée dans d'autres études (Gmel et al., 2017).

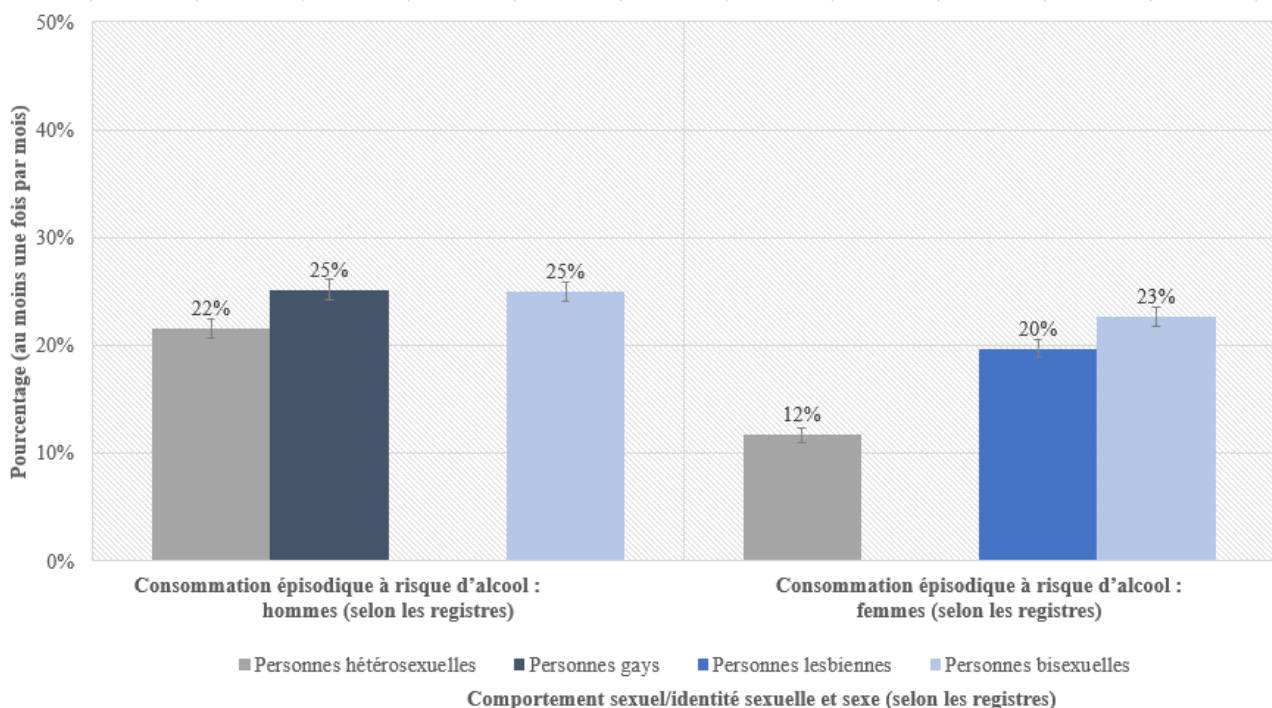


Figure 8 : Consommation épisodique à risque d'alcool (au moins une fois par mois) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2017)

¹²¹ Respectivement $p < ,001$ et $p = ,006$

¹²² Vu le faible nombre de cas, les hommes gays et les femmes lesbiennes ont été regroupés en une seule catégorie aux fins des présentes analyses.

¹²³ $p < ,001$

¹²⁴ $p < ,001$

¹²⁵ $p = ,360$

¹²⁶ $p = ,436$

¹²⁷ $p < ,001$ dans chaque cas

Chez les femmes (sexe selon les registres), la situation était différente, puisque les femmes lesbiennes (11,0 %) et bisexuelles (10,4 %) étaient plus nombreuses à déclarer avoir une consommation chronique à risque que les femmes hétérosexuelles (3,7 %) (voir fig. 7)¹²⁸. Vu le peu de femmes lesbiennes, celles-ci et les femmes bisexuelles ont été regroupées dans une seule catégorie aux fins du calcul des différences entre les groupes puis comparées aux femmes hétérosexuelles. Si l'on tient compte de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du niveau de formation et du revenu net personnel des personnes interrogées, la probabilité d'avoir une consommation chronique à risque était 3 fois plus forte chez les femmes lesbiennes et bisexuelles que chez les hétérosexuelles ($OR = 2,95$)¹²⁹. Ce lien apparaît également avec la consommation épisodique à risque d'alcool (ESS 2017), puisque près d'un cinquième des femmes lesbiennes et bisexuelles (respectivement 19,7 % et 22,7 %) avait indiqué boire ponctuellement de l'alcool en quantité excessive au moins une fois par mois, contre seulement 12 % des femmes hétérosexuelles (voir fig. 8)¹³⁰. Une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées pris en compte, la probabilité d'avoir une consommation épisodique à risque était près de 2 fois plus forte chez les femmes lesbiennes et bisexuelles que chez les femmes hétérosexuelles ($OR = 1,65$)¹³¹. Comme chez les hommes, les femmes entre 15 et 29 ans montraient une probabilité nettement plus forte de boire ponctuellement de l'alcool en quantité excessive que celles âgées de 30 à 49 ans ($OR = 2,49$) et de 50 ans et plus ($OR = 2,65$)¹³².

Dans le cadre de « LGBT Health », 11 % des personnes interrogées ne buvaient *pas* d'alcool¹³³, tandis que près de 5 % (4,8 %) en consommaient quotidiennement. Par ailleurs, 53 % buvaient (plutôt) rarement quatre ou cinq (respectivement pour les femmes et les hommes) verres d'alcool en une occasion (« ivresse ponctuelle »)¹³⁴, et 8 % le faisaient (plutôt) souvent. Alors qu'environ la moitié des personnes interrogées ont indiqué consommer autant qu'avant la pandémie de COVID-19 (53,4 %), 28 % ont dit boire davantage¹³⁵, surtout des personnes cis bisexuelles (35,3 % contre 24,8 à 27,9 %). À noter que, par rapport aux personnes cis LGB (7,9 %), les personnes trans/non-binaires interrogées (19,3 %) étaient dans l'ensemble nettement plus nombreuses à ne pas boire d'alcool¹³⁶ et faisaient plus rarement état d'une consommation épisodique à risque¹³⁷ (voir fig. 9). S'agissant des personnes cis LGB, les hommes cis gays (7,5 %) consommaient plus souvent de l'alcool tous les jours que les personnes cis bisexuelles (2,6 %) et les femmes cis lesbiennes (3,6 %). Il en allait de même pour la consommation épisodique à risque d'alcool (voir fig. 9). Si l'on tient compte de l'âge et du sexe (assigné à la naissance) ainsi que de l'évolution de la consommation d'alcool depuis la pandémie, le lien entre l'identité sexuelle et/ou l'identité de genre et la consommation d'alcool perd sa signification statistique. Ce constat s'applique également lorsque l'on considère séparément les femmes et les hommes (sexe assigné à la naissance).

¹²⁸ $\chi^2(2) = 57,390$; $p < ,001$; il convient de relever à cet égard qu'une cellule contenant des fréquences attendues inférieures à 5, il est possible que les résultats soient erronés.

¹²⁹ $p < ,001$; vu le faible nombre de cas, les femmes lesbiennes et bisexuelles interrogées ont été regroupées en une seule catégorie aux fins des présentes analyses.

¹³⁰ $\chi^2(2) = 20,885$; $p < ,001$

¹³¹ $p < ,001$

¹³² $p < ,001$ dans chaque cas

¹³³ Au total, 2063 personnes ont donné des précisions à ce sujet.

¹³⁴ Au total, 1758 personnes ont donné des précisions à ce sujet. Quant à la question de l'ivresse ponctuelle, deux éléments ont été pris en compte, à savoir le sexe assigné à la naissance et le fait de savoir si la personne interrogée prenait un traitement hormonal dans le cadre d'une transition.

¹³⁵ 1783 personnes ont répondu à cette question.

¹³⁶ $\chi^2(2) = 51,857$; $p < ,001$

¹³⁷ $\chi^2(2) = 57,292$; $p < ,001$

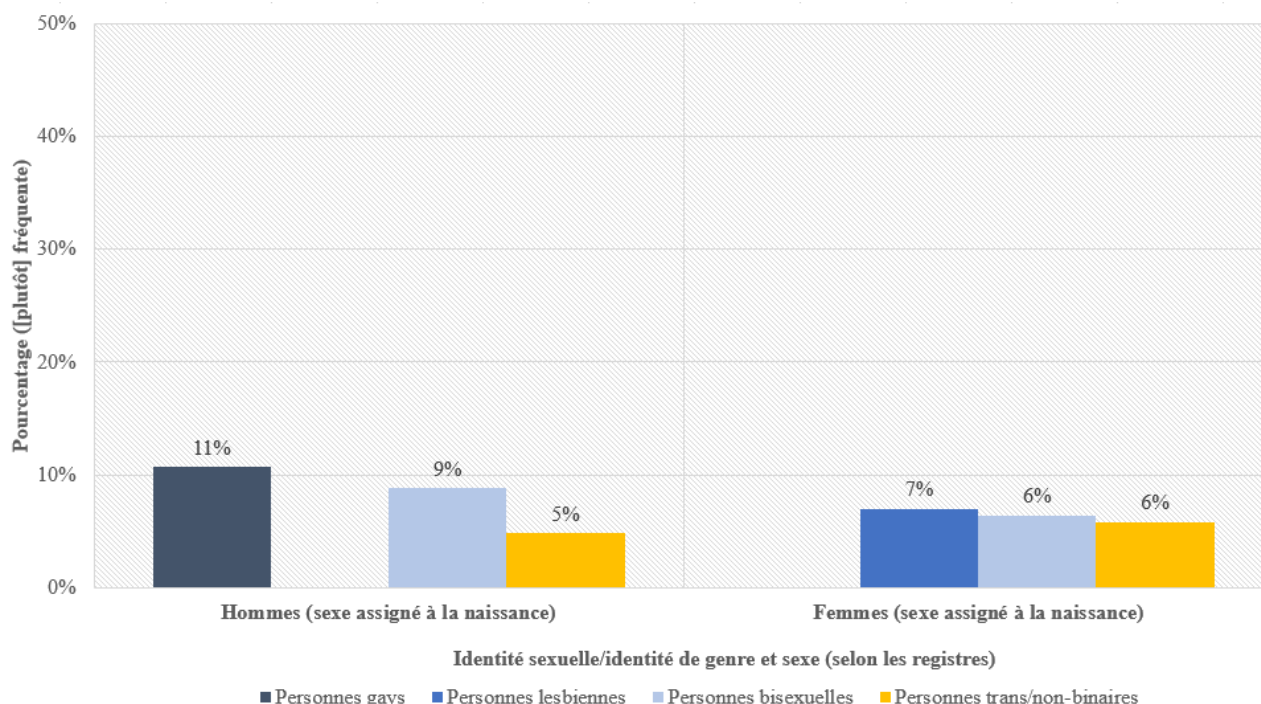


Figure 9 : Consommation épisodique à risque ([plutôt] fréquente) d'alcool ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

4.3.1.4 Consommation de substances psychotropes (consommation de drogues)

Sur l'ensemble de la population âgée de 16 à 74 ans, 71 % n'avaient encore *jamaïs* consommé de substances psychotropes (drogues)¹³⁸. Pour 22 %, la consommation remontait à plus de 12 mois, et les 7 % restants avaient pris des substances psychotropes durant l'année précédant l'enquête. La répartition était la même pour la consommation de cannabis. S'agissant de ce que l'on appelle les « drogues dures »¹³⁹ (par ex. cocaïne, héroïne), 6 % en avaient déjà consommé au moins une fois dans leur vie¹⁴⁰. Dans ce contexte, la consommation de drogues des personnes LGB était significativement plus fréquente que celle du reste de la population (voir fig. 10). Il en allait de même pour le cannabis et pour les autres drogues illégales. Parmi les personnes ayant déjà consommé de la drogue, les hommes gays et les personnes bisexuelles étaient particulièrement présents, puisque 62 % des personnes bisexuelles et 45 % des hommes gays interrogés avaient déclaré avoir consommé de la drogue au moins une fois dans leur vie ; à l'inverse, les personnes hétérosexuelles (28,0 %) et les femmes lesbiennes (37,8 %) étaient moins nombreuses (voir fig. 10)¹⁴¹. Ce lien entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et la consommation de drogues demeurerait statistiquement significatif quand on tenait compte de l'année du relevé, de l'âge, du sexe (selon les registres), du niveau de formation et du revenu net personnel. Si la probabilité d'avoir déjà consommé de la drogue était légèrement plus forte pour les hommes gays ($OR = 1,38$)¹⁴² que pour le reste de la population, elle était nettement plus élevée pour les personnes bisexuelles ($OR = 4,36$)¹⁴³. Par rapport aux personnes hétérosexuelles, les femmes lesbiennes tendaient à montrer une probabilité accrue dans ce domaine ($OR = 1,53$)¹⁴⁴. S'agissant du cannabis, la probabilité pour les personnes bisexuelles d'en avoir déjà consommé une fois était significativement plus forte ($OR = 4,29$) – compte tenu des caractéristiques susmentionnées – que pour les personnes hétérosexuelles.

¹³⁸ 29 877 personnes ont donné des précisions à ce sujet.

¹³⁹ Le terme « drogues dures » était employé dans l'ESS.

¹⁴⁰ 29 881 personnes ont donné des précisions à ce sujet.

¹⁴¹ $\chi^2(3) = 359,071$; $p < ,001$

¹⁴² $p = ,023$

¹⁴³ $p < ,001$

¹⁴⁴ $p = ,077$

Ce constat s'appliquait aussi, tout du moins dans les grandes lignes, aux femmes lesbiennes et aux hommes gays¹⁴⁵. Quant aux autres drogues illégales (hors cannabis), les hommes gays ($OR = 2,38$)¹⁴⁶, les femmes lesbiennes ($OR = 3,24$) et les personnes bisexuelles ($OR = 5,54$) présentaient aussi une probabilité plus élevée d'en avoir consommé que le reste de la population ($OR = 2,52$)¹⁴⁷. Lors de l'interprétation de ces résultats, il faut toutefois garder à l'esprit le nombre comparativement faible de personnes LGB interrogées.

L'âge et le genre jouaient également un rôle significatif dans ce domaine, puisque la probabilité d'avoir consommé de la drogue était nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (sexe selon les registres) et chez les 16 à 29 ans que chez les personnes de 30 ans et plus¹⁴⁸. Si l'on considère la consommation de substances psychotropes illégales (cannabis inclus) en distinguant les hommes des femmes, il apparaît que – compte tenu de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du niveau de formation et du revenu net personnel des personnes interrogées – les hommes gays ($OR = 1,39$)¹⁴⁹ et bisexuels ($OR = 2,57$)¹⁵⁰ montraient une probabilité plus forte d'en avoir déjà consommé que les hommes hétérosexuels. Cette probabilité accrue des hommes gays ($OR = 1,31$)¹⁵¹ et bisexuels ($OR = 2,48$)¹⁵² se retrouve aussi pour la consommation du cannabis. Le lien entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et la consommation de drogues est encore plus évident lorsque l'on examine la consommation de substances illégales à l'exclusion du cannabis : par rapport aux hommes hétérosexuels, la hausse de la probabilité des hommes gays ($OR = 2,43$) et bisexuels ($OR = 4,58$) d'avoir consommé ces substances est alors très nette – une fois les caractéristiques susmentionnées prises en compte¹⁵³.

Chez les femmes (sexe selon les registres) interrogées, la situation était similaire, les femmes bisexuelles montrant une probabilité significativement plus élevée d'avoir consommé des drogues illégales (cannabis inclus) que les femmes hétérosexuelles – compte tenu de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du niveau de formation et du revenu net personnel des personnes interrogées¹⁵⁴. Une fois ces caractéristiques prises en considération, la différence entre les femmes hétérosexuelles et les lesbiennes n'était néanmoins statistiquement plus significative¹⁵⁵. L'image qui ressort concernant la consommation de cannabis est comparable : tandis que les femmes bisexuelles présentaient une probabilité significative et nettement plus forte ($OR = 5,93$)¹⁵⁶ que les femmes hétérosexuelles d'en avoir déjà consommé au moins une fois, la différence entre les femmes lesbiennes et les femmes hétérosexuelles perdait toute signification statistique¹⁵⁷ une fois les caractéristiques susmentionnées prises en compte. La situation était par contre différente pour la consommation des autres substances psychotropes (hors cannabis), où les résultats révélaient que la probabilité tant des femmes bisexuelles ($OR = 6,13$) que des femmes lesbiennes ($OR = 3,01$) d'avoir déjà consommé ces substances était nettement plus élevée que pour les femmes hétérosexuelles¹⁵⁸. Il convient cependant de garder à l'esprit que le nombre de femmes lesbiennes et bisexuelles interrogées était relativement faible.

¹⁴⁵ Hommes gays : $OR = 1,30$; $p = ,064$; personnes bisexuelles : $OR = 4,29$; $p < ,001$; femmes lesbiennes : $OR = 1,54$; $p = ,072$

¹⁴⁶ $p < ,001$

¹⁴⁷ $p < ,001$ dans chaque cas

¹⁴⁸ Hommes : $OR = 1,66$; $p < ,001$; 16 à 29 ans par rapport aux 30 à 49 ans : $OR = 1,44$; $p < ,001$ et par rapport aux 50 ans et plus : $OR = 4,18$; $p = ,000$

¹⁴⁹ $p = ,011$

¹⁵⁰ $p < ,001$

¹⁵¹ $p = ,057$ (tendance statistiquement significative)

¹⁵² $p < ,001$

¹⁵³ $p < ,001$ dans chaque cas

¹⁵⁴ $p < ,001$

¹⁵⁵ $p = ,139$

¹⁵⁶ $p < ,001$

¹⁵⁷ $p = ,131$

¹⁵⁸ $p < ,001$ dans chaque cas

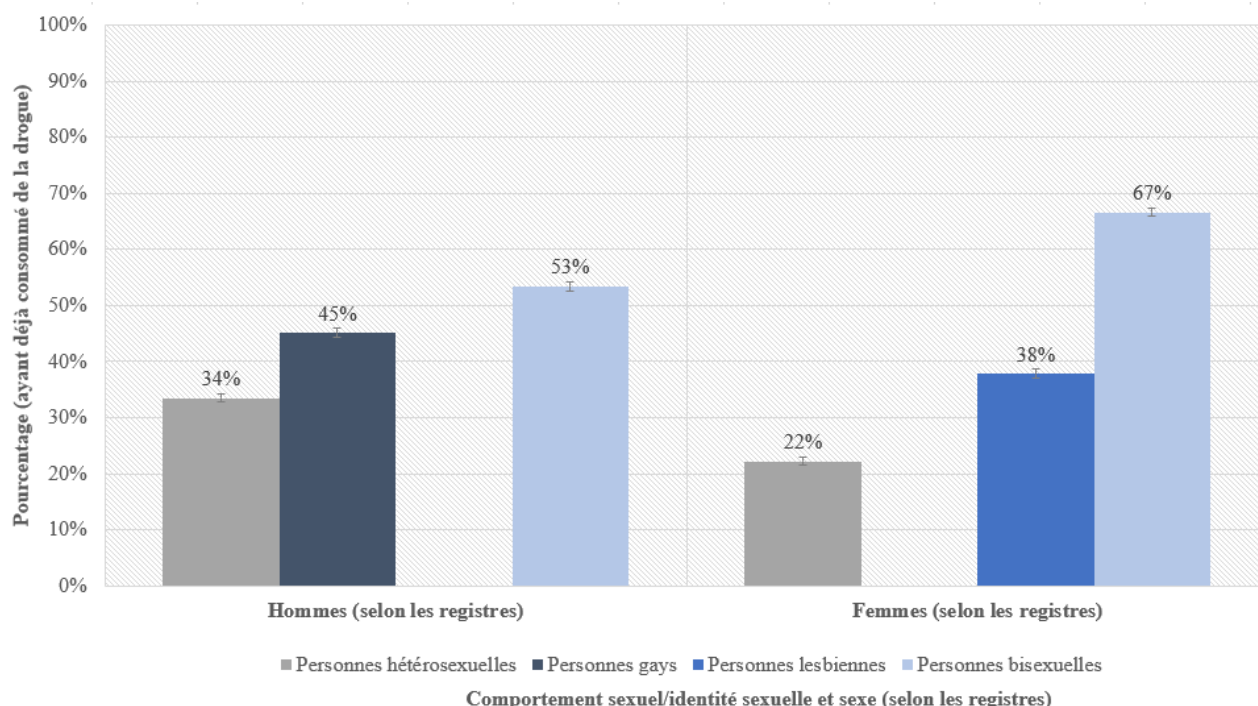


Figure 10 : Consommation de drogues (au cours de la vie) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

Plus de la moitié des personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health » avaient déjà consommé de la drogue au moins une fois dans sa vie (57,0 %)¹⁵⁹ ; 56 % avaient déjà pris du cannabis¹⁶⁰ et 27 % d'autres drogues illégales¹⁶¹. À noter que si une bonne moitié des personnes interrogées ont indiqué que leur consommation de drogues n'avait pas changé depuis la pandémie de COVID-19 (56,5 %), 29 % ont déclaré qu'elle avait augmenté¹⁶². S'agissant de la consommation de drogues, on observe des différences significatives entre les groupes de comparaison, les hommes cis gays étant les plus nombreux à indiquer avoir déjà pris une fois de la drogue en général (63,6 %)¹⁶³, du cannabis (61,4 %)¹⁶⁴ ou des « drogues dures » (45,1 %)¹⁶⁵ (voir fig. 11). Les personnes trans/non-binaires étaient quant à elles celles qui avaient le plus rarement répondu avoir déjà consommé de la drogue (en général) (51,0 %) ou du cannabis (50,4 %). Le plus faible taux de consommation de drogues illégales (hors cannabis) était imputable aux femmes cis lesbiennes interrogées (10,4 %). Une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées pris en compte, le lien entre l'identité sexuelle ou l'identité de genre et la consommation de drogues demeurait statistiquement significatif pour les hommes cis gays et les personnes cis bisexuelles. Par rapport aux personnes trans/non-binaires, les hommes cis gays ($OR = 1,66$)¹⁶⁶ et les personnes cis bisexuelles ($OR = 1,41$)¹⁶⁷ présentaient en effet une probabilité nettement plus élevée d'avoir déjà consommé une fois de la drogue. En outre, par rapport aux personnes trans/non-binaires, la probabilité d'avoir consommé des « drogues dures » était plus faible chez les femmes cis lesbiennes ($OR = 0,47$)¹⁶⁸ et nettement plus forte chez les hommes cis gays ($OR = 2,59$)¹⁶⁹.

¹⁵⁹ 2057 personnes ont donné des précisions à ce sujet.

¹⁶⁰ 2003 personnes ont donné des précisions à ce sujet.

¹⁶¹ 1818 personnes ont donné des précisions à ce sujet.

¹⁶² 834 personnes ont répondu à cette question.

¹⁶³ $\chi^2(3) = 22,754$; $p < ,001$

¹⁶⁴ $\chi^2(3) = 16,672$; $p < ,001$

¹⁶⁵ $\chi^2(3) = 162,237$; $p < ,001$

¹⁶⁶ $p = ,002$

¹⁶⁷ $p = ,025$

¹⁶⁸ $p < ,001$

¹⁶⁹ $p < ,001$

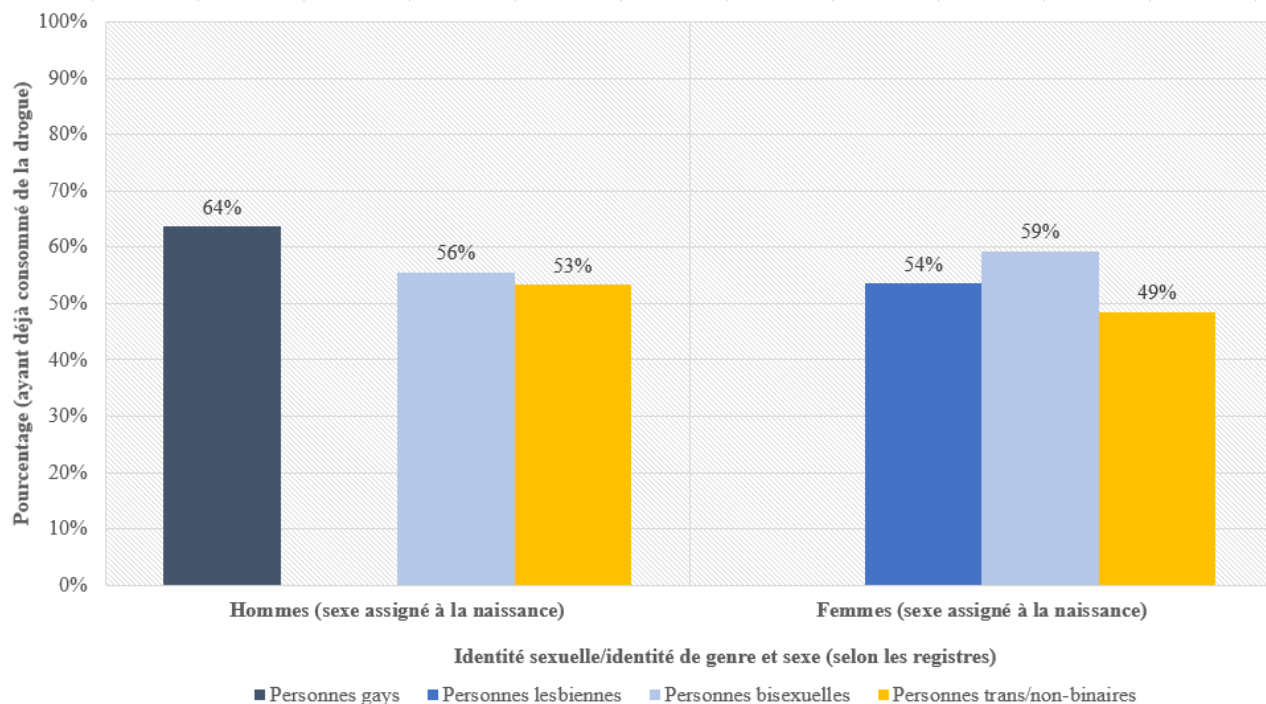


Figure 11 : Consommation de drogues (au cours de la vie) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

Bilan intermédiaire : consommation de substances

Nos constats confirment les résultats des recherches menées au niveau international (voir point 2.4) : le pourcentage de femmes lesbiennes et de personnes bisexuelles déclarant fumer du tabac est significativement plus élevé que dans le reste de la population. Cette proportion, qui représente entre un bon tiers et près de la moitié des personnes LB, était nettement supérieure à celle du reste de la population. Les données ESS indiquent également qu'il était beaucoup plus fréquent pour les personnes LGB de fumer plus de 10 cigarettes par jour que pour le reste de la population. Par rapport aux personnes hétérosexuelles, les hommes gays présentaient ainsi une probabilité significativement plus forte de faire partie des gros fumeurs (plus de 10 cigarettes par jour) alors même qu'ils avaient plus souvent essayé d'arrêter de fumer au cours de l'année précédant l'enquête. Les données de « LGBT Health » révèlent que les personnes trans/non-binaires interrogées sont celles qui ont le plus déclaré fumer du tabac, à l'inverse des femmes cis lesbiennes interrogées. Aucun lien significatif n'a cependant pu être établi entre l'identité sexuelle ou l'identité de genre et le tabagisme ou le nombre des cigarettes consommées au quotidien. Il convient de relever qu'un bon quart à environ 40 % des personnes LGBT avaient déjà tenté un sevrage tabagique. Au moment de l'enquête, plus d'un quart à près de la moitié d'entre elles en avaient également exprimé le souhait. De manière générale, on peut donc partir du principe que les minorités sexuelles et de genre sont tout aussi motivées que le reste de la population à cesser de fumer et devraient bénéficier d'offres appropriées.

S'agissant de la consommation d'alcool chronique à risque (boire régulièrement de façon excessive) et de la consommation d'alcool épisodique à risque (boire occasionnellement de façon excessive), il existe peu de différences significatives entre les personnes LGB et le reste de la population. Les écarts semblent être occultés par le lien entre le sexe (selon les registres) et la consommation d'alcool. Si l'on considère les hommes et les femmes séparément, on observe ainsi que les femmes lesbiennes et bisexuelles présentaient par rapport aux femmes hétérosexuelles une probabilité nettement supérieure d'avoir une consommation tant *chronique* qu'*épisodique* à risque. En comparaison, les hommes gays et bisexuels ont légèrement plus souvent indiqué boire au moins une quantité excessive d'alcool de manière *épisodique*. Il est en outre apparu que les hommes plus jeunes montraient un risque accru d'avoir une consommation épisodique à risque au regard des hommes plus âgés. Cet effet de l'âge sur la consommation épisodique à risque – également identifié dans d'autres études (Gmel et al., 2017) – se retrouvait

aussi chez les femmes. Les données de « LGBT Health » révèlent que, par rapport aux personnes cis LGB, les personnes trans/non-binaires tendaient à boire moins souvent de l'alcool et à avoir plus rarement une consommation épisodique à risque. Selon nous, ce résultat n'est toutefois pas en contradiction avec l'état de la littérature internationale, qui postule que les personnes trans/non-binaires boivent plus souvent et davantage que la population cis, car dans l'étude « LGBT Health », les personnes trans/non-binaires n'ont pu être comparées qu'avec les personnes cis LGB.

Pour ce qui est de la consommation de substances psychotropes illégales (cannabis, cocaïne, héroïne, LSD, etc.), il ressortait que la fréquence à laquelle les personnes LGB consommaient ce type de drogues était significativement plus élevée que dans le reste de la population, un fait déjà mis en évidence dans la revue de la littérature (voir point 2.4). Comme pour l'alcool, un effet significatif de l'âge et du genre a cependant été identifié à cet égard. La probabilité pour les hommes gays et bisexuels d'avoir déjà consommé des substances psychotropes était plus élevée que pour les hommes hétérosexuels et il en allait de même pour les femmes bisexuelles et lesbiennes par rapport aux femmes hétérosexuelles. Les données de « LGBT Health » dressent un tableau similaire en ce qui concerne les hommes gays. Ainsi, les hommes cis gays sont ceux qui ont le plus souvent déclaré avoir déjà consommé une fois de la drogue, à l'inverse des personnes trans/non-binaires. Là encore, ce constat ne doit pas être vu comme contredisant les résultats internationaux, selon lesquels les personnes trans/non-binaires consomment plus souvent de la drogue que la population cis, car le groupe de comparaison de l'étude « LGBT Health » ne comprend « que » des personnes cis LGB.

S'agissant des conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la consommation de substances des personnes interrogées, l'étude « LGBT Health » révèle qu'en ce qui concerne la consommation de tabac, d'alcool et de substances psychotropes illégales, la moitié au moins des personnes interrogées consommaient autant qu'avant la pandémie, que dans 16 à 29 % des cas la consommation avait augmenté et que chez quelques personnes elle avait diminué. L'inégalité des chances en matière de santé à laquelle les personnes LGB sont confrontées dans le domaine de la consommation de substances par rapport au reste de la population n'est donc probablement pas une conséquence de la pandémie de COVID-19, ce d'autant moins que le questionnaire portait aussi sur la prévalence-vie-entière et que les résultats des études internationales pointent dans la même direction (voir point 2.4).

4.3.1.5 Comportement sexuel et stratégies de protection

S'agissant du comportement sexuel et du recours à différentes stratégies de protection contre un certain nombre d'infections sexuellement transmissibles (IST), les indicateurs retenus pour les analyses sont les suivants :

- **Comportement sexuel :**
 - expérience préalable d'un rapport sexuel au moins une fois dans sa vie (ESS, « LGBT Health ») ;
 - nombre de partenaires sexuels avec qui la personne sondée a eu des rapports sexuels (ESS, « LGBT Health ») ;
 - dernier rapport sexuel dans le cadre d'une relation stable, d'une relation sexuelle occasionnelle ou avec un prostitué ou une prostituée (travailleur ou travailleuse du sexe [TdS]) (ESS, « LGBT Health ») ;
 - nombre de partenaires dans le cadre de relations sexuelles occasionnelles au cours des 12 mois précédant l'enquête (« LGBT Health »).
- **Stratégies de protection :**
 - utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel (ESS) ;
 - utilisation d'un préservatif externe ou interne (Femidom) – toujours en lien avec le dernier rapport vaginal, anal ou oral entre des partenaires stables (« LGBT Health ») ;
 - autres stratégies de protection (lors du dernier rapport entre partenaires stables (oui/non) (« LGBT Health ») ;
 - fréquence d'utilisation des différentes stratégies de protection lors de relations sexuelles occasionnelles au cours des 12 derniers mois (« LGBT Health ») ;

- utilisation d’une prophylaxie pré-exposition (PrEP) jusque-là (« LGBT Health »).
- **Dépistage du VIH** : fréquence des tests VIH à ce jour (ESS, « LGBT Health »), résultat positif au test (« LGBT Health »).
- **Dépistage d’autres IST** : tests de dépistage de la chlamydie, de la syphilis et/ou de la gonorrhée et résultats des tests, résultats positifs à des tests (« LGBT Health »).

Contrairement au procédé employé dans les autres domaines étudiés, les analyses de « LGBT Health » portant sur le volet « comportement sexuel et stratégies de protection » incluent une comparaison entre les personnes de différentes identités sexuelles (indépendamment de leur identité de genre)¹⁷⁰.

Comportement sexuel

Parmi les personnes interrogées dans le cadre de l’ESS (2012, 2017), pratiquement toutes avaient déjà eu un rapport sexuel une fois dans leur vie (97,2 %)¹⁷¹, dont 93 % au cours de l’année précédant l’enquête¹⁷². Durant ce laps de temps, la grande majorité avait eu des rapports sexuels avec une personne (89,8 %), 8 % avec 2 à 4 personnes et 2 % avec plus de 4 personnes. La moyenne enregistrée concernant le **nombre de partenaires** avec qui les personnes sondées avaient eu des **rapports sexuels** au cours de l’année précédant l’enquête s’élevait donc à 1, pour un nombre minimal estimé à 1 et un nombre maximal à 200 par an¹⁷³. S’agissant de ce paramètre, les différences entre les groupes de comparaison étaient significatives¹⁷⁴. Les hommes gays (44,9 %) et les personnes bisexuelles (28,7 %) avaient ainsi plus souvent indiqué avoir eu des rapports sexuels avec au moins 2 partenaires au cours des 12 mois précédant l’enquête que les personnes hétérosexuelles (9,5 %). Avec un taux de 15 %, la proportion des femmes lesbiennes était légèrement plus élevée (voir fig. 12). Cela s’appliquait aussi une fois l’âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées ainsi que l’année du relevé contrôlés. Par rapport aux personnes hétérosexuelles, la probabilité d’avoir eu des rapports sexuels avec plus d’une personne au cours des 12 mois précédents était 7 fois plus élevée pour les hommes gays ($OR = 6,99$), 5 fois plus élevée pour les personnes bisexuelles ($OR = 4,83$)¹⁷⁵ et 3 fois plus élevée pour les femmes lesbiennes ($OR = 3,13$)¹⁷⁶. Outre le comportement sexuel ou l’identité sexuelle, il est apparu que l’âge, le sexe (selon les registres) et la nationalité des personnes interrogées avaient une influence significative sur le fait qu’une personne ait eu ou non des rapports sexuels avec plusieurs personnes au cours de l’année précédant l’enquête. La probabilité d’en avoir eu était ainsi significativement plus faible pour les femmes que pour les hommes ($OR = 0,36$) (voir fig. 12), et pour les personnes d’au moins 30 ans que pour les plus jeunes (16 à 29 ans) (30 à 49 ans : $OR = 0,22$; 50 ans et plus : $OR = 0,12$)¹⁷⁷. De même, par rapport aux citoyens et citoyennes suisses, la probabilité pour les personnes étrangères d’avoir eu des rapports sexuels avec plus d’une personne durant l’année précédant l’enquête était moindre ($OR = 0,89$)¹⁷⁸.

¹⁷⁰ « LGBT Health » : s’agissant du comportement sexuel des personnes interrogées et des stratégies de protection appliquées, une comparaison a été effectuée sur la base de l’identité sexuelle des personnes interrogées, indépendamment de leur identité de genre. Vu leur nombre relativement petit, les personnes hétérosexuelles trans/non-binaires ($n = 52$) n’ont pas été incluses dans les analyses ci-après.

¹⁷¹ Au total, 29 905 personnes (16 à 74 ans) (données pondérées) ont répondu à cette question.

¹⁷² Au total, 29 045 personnes (16 à 74 ans) (données pondérées) ont répondu à cette question.

¹⁷³ $M = 1,29$; $Md = 1,00$; $SD = 1,71$

¹⁷⁴ $\chi^2(3) = 516,120$; $p < ,001$

¹⁷⁵ $p < ,001$ dans chaque cas

¹⁷⁶ $p = ,001$

¹⁷⁷ $p < ,001$ dans chaque cas

¹⁷⁸ $p = ,023$

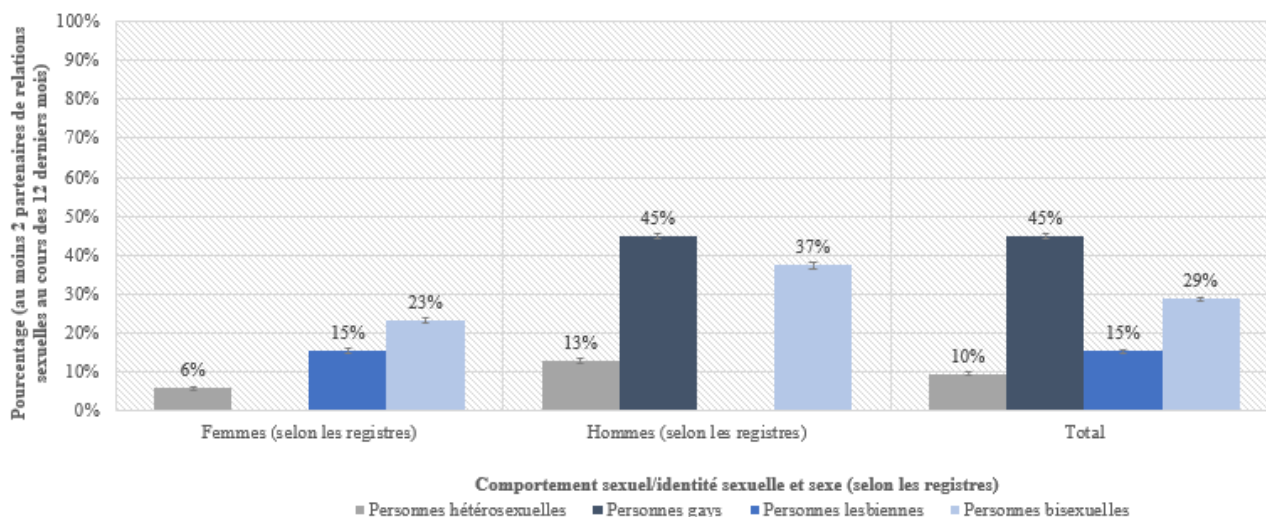


Figure 12 : Nombre de partenaires de relations sexuelles (au moins 2) au cours des 12 derniers mois, ventilé par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)¹⁷⁹

Sur l'ensemble des personnes LGB (cis, trans/non-binaires) interrogées dans le cadre de « LGBT Health » qui avaient eu au moins un rapport sexuel dans leur vie au moment de l'enquête¹⁸⁰, 16 % avaient déclaré n'avoir eu *aucun* rapport sexuel avec une autre personne au cours des 12 mois précédents. Selon leurs propres estimations, les autres personnes interrogées avaient eu des rapports sexuels avec une à 888 personnes¹⁸¹. Cela étant, durant les 12 mois précédant l'enquête, la moitié des personnes interrogées avaient eu des rapports sexuels avec 1 personne (50,9 %), 21 % avec 2 à 4 personnes et un bon quart avec plus de 4 personnes (27,8 %)¹⁸². De nettes différences entre les groupes de comparaison ont cependant été constatées : alors que les personnes lesbiennes interrogées avaient pour la plupart eu des rapports sexuels avec une personne pendant l'année précédant l'enquête (55,4 %), la majorité des personnes gays avaient eu des rapports sexuels avec au moins 2 personnes durant cette même période (56,9 %). Parmi les personnes bi-/pansexuelles interrogées, environ deux cinquièmes avaient eu des rapports sexuels avec une personne (43,5 %) et presque autant avec plusieurs personnes (41,0 %) au cours de l'année précédant l'enquête (voir fig. 13)¹⁸³. Si l'on tient compte de l'âge et du sexe (assigné à la naissance) des personnes interrogées, les personnes gays présentaient une probabilité plus élevée que les personnes bi-/pansexuelles d'avoir eu des rapports sexuels avec une personne ($OR = 2,03$)¹⁸⁴ voire plus ($OR = 2,32$)¹⁸⁵ durant les 12 mois précédents. Par rapport aux personnes bi-/pansexuelles, les lesbiennes montraient quant à elles une probabilité plus faible d'avoir eu des rapports sexuels avec plus d'une personne au cours de l'année précédant l'enquête que de ne pas avoir eu de rapport du tout ($OR = 0,47$)¹⁸⁶. La figure 13 ci-après, ventilée par identité sexuelle des personnes interrogées, illustre la part d'hommes et de femmes (sexe assigné à la naissance) ayant eu des rapports sexuels avec plus d'une personne durant les 12 mois précédant l'enquête. Il convient de relever à cet égard que l'identité de genre des personnes interrogées n'a pas été prise en compte, de sorte que les résultats incluent aussi les réponses des personnes lesbiennes ou gays trans et non-binaires qui se sont vu assigner un sexe masculin ou féminin à la naissance.

¹⁷⁹ ESS : seules les personnes ayant eu au moins un rapport sexuel au cours des 12 mois précédents ont été prises en compte.

¹⁸⁰ « LGBT Health » : vu leur nombre relativement faible, les personnes hétérosexuelles trans/non-binaires ($n = 52$) n'ont pas été incluses dans les analyses ci-après. Sur les 1935 personnes LGB interrogées, 170 ont déclaré ne pas encore avoir eu de rapport sexuel au moment de l'enquête ou n'ont pas répondu à cette question. Les analyses portent donc sur les réponses de 1765 personnes.

¹⁸¹ 1450 personnes ayant eu des rapports sexuels l'année précédant l'enquête ont donné des précisions sur le nombre de leurs partenaires.

¹⁸² Les données de 1450 personnes étaient disponibles sur ce sujet.

¹⁸³ $\chi^2(4) = 142,523$; $p < ,001$

¹⁸⁴ $p = ,004$

¹⁸⁵ $p < ,001$

¹⁸⁶ $p < ,001$

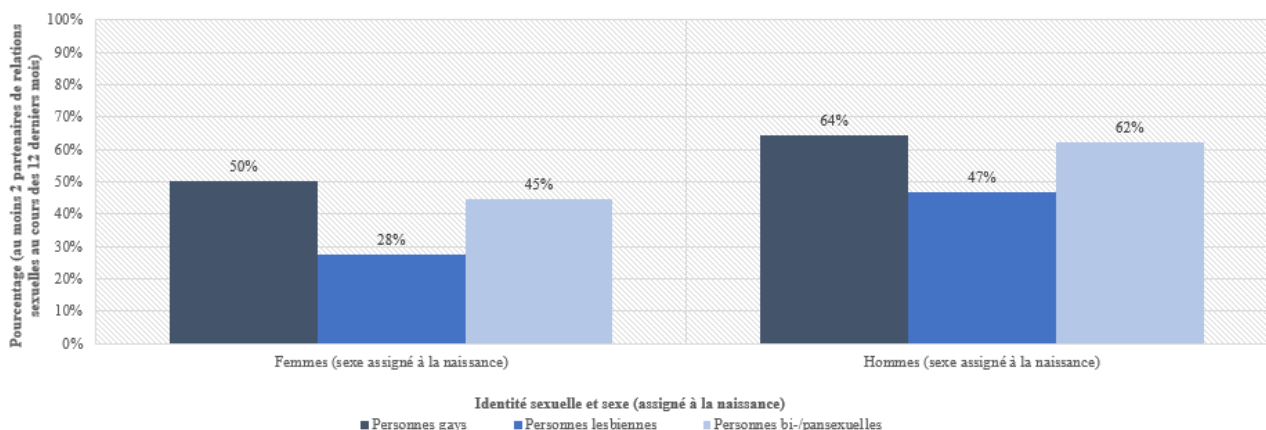


Figure 13 : Nombre de partenaires sexuels (au moins 2) au cours des 12 derniers mois, ventilé par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)¹⁸⁷

À la question de savoir **avec qui elles avaient eu leur dernier rapport sexuel**, les personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) ont pour la plupart répondu qu'il s'agissait de leur partenaire stable (91,7 %)¹⁸⁸. Si l'on compare les données des personnes LGB interrogées à celles du reste de la population, il apparaît que seuls des hommes gays (0,9 %), des personnes hétérosexuelles (0,3 %) et des personnes bisexuelles (1,1 %) ont déclaré avoir eu leur dernier rapport sexuel avec un prostitué ou une prostituée (TdS)¹⁸⁹. Même en cumulant les rapports sexuels avec des partenaires non stables et ceux avec des personnes se livrant à la prostitution, les différences entre les groupes de comparaison étaient significatives (voir fig. 14)¹⁹⁰. Les hommes gays (33,2 %) et les personnes bisexuelles (19,5 %) ont en effet indiqué beaucoup plus souvent que les femmes lesbiennes (6,9 %) et les personnes hétérosexuelles (7,2 %) avoir eu leur dernier rapport sexuel dans le cadre d'une relation sexuelle occasionnelle ou avec une personne se livrant à la prostitution. Le lien entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et la personne avec laquelle le dernier rapport sexuel avait eu lieu demeurait significatif une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées pris en compte. Par rapport aux personnes hétérosexuelles, la probabilité que le dernier rapport sexuel ait eu lieu dans le cadre d'une relation sexuelle occasionnelle ou avec une personne se livrant à la prostitution était ainsi 5 fois plus élevée pour les hommes gays ($OR = 5,34$) et près de 4 fois plus élevée pour les personnes bisexuelles ($OR = 3,81$)¹⁹¹. Outre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle, l'âge et le sexe (selon les registres) des personnes interrogées jouaient à nouveau un rôle significatif à cet égard, puisque la probabilité dans ce domaine était significativement plus faible pour les femmes que pour les hommes ($OR = 0,38$) (voir fig. 14), et pour les personnes d'au moins 30 ans que pour les plus jeunes (16 à 29 ans) (30 à 49 ans : $OR = 0,28$; 50 ans et plus : $OR = 0,18$)¹⁹². Lors de l'interprétation de ces résultats, il convient toutefois de garder à l'esprit qu'il est difficile de déterminer dans quelle mesure le dernier rapport sexuel est représentatif de la vie sexuelle des personnes interrogées.

¹⁸⁷ « LGBT Health » : seules les personnes ayant eu au moins un rapport sexuel au cours des 12 mois précédents ont été prises en compte.

¹⁸⁸ 29 035 personnes ayant eu des rapports sexuels dans les 12 mois précédant l'enquête ont donné des précisions concernant cette question.

¹⁸⁹ L'ESS emploie les termes « prostitué ou prostituée ».

¹⁹⁰ $\chi^2(3) = 323,627$; $p < ,001$

¹⁹¹ $p < ,001$ dans chaque cas

¹⁹² $p < ,001$ dans chaque cas

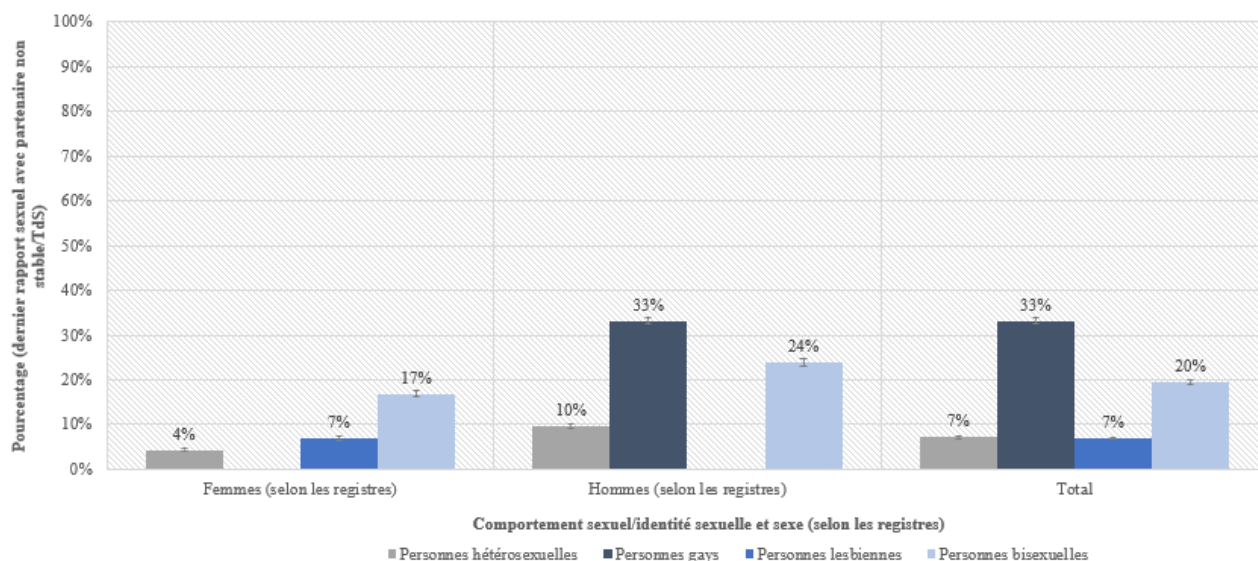


Figure 14 : Type de partenaire avec qui le dernier rapport sexuel a eu lieu (partenaire non stable/TdS) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

Les personnes ayant eu leur dernier rapport sexuel (notamment) avec une personne exerçant le travail du sexe étaient également rares dans « LGBT Health » (1,2 %) ¹⁹³. Contrairement à l'ESS (2012, 2017), au moins une personne de chaque groupe a cependant indiqué que c'était le cas, la proportion la plus forte à cet égard étant celle des hommes gays (2,4 %). De manière générale, les différences entre les groupes de comparaison étaient d'ailleurs significatives ¹⁹⁴ : les femmes lesbiennes interrogées (83,9 %) étaient significativement plus nombreuses que les personnes bi-/pansexuelles (73,0 %) à déclarer que leur dernier rapport sexuel avait eu lieu (notamment) avec leur partenaire stable. Pour les personnes gays, par contre, il était nettement plus rare d'avoir eu leur dernier rapport sexuel avant l'enquête (notamment) avec leur partenaire stable (54,6 %). Rien d'étonnant donc, à ce que seule une petite partie des personnes lesbiennes (15,5 %) et quelque 30 % des personnes bi-/pansexuelles (28,9 %) mais près de la moitié des hommes gays (46,2 %) aient eu leur dernier rapport sexuel (notamment) dans le cadre d'une relation occasionnelle (voir fig. 15) ¹⁹⁵. Ce lien entre l'identité sexuelle des personnes interrogées et les partenaires du dernier rapport sexuel (partenaires stables ou d'une relation sexuelle occasionnelle) demeure une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées contrôlés. Par rapport aux personnes bi-/pansexuelles, les femmes lesbiennes présentaient ainsi une probabilité significativement plus forte (OR = 1,76) d'avoir eu leur dernier rapport sexuel (notamment) avec leur partenaire stable et une probabilité significativement plus faible de l'avoir eu (notamment) avec une partenaire occasionnelle (OR = 0,52) ¹⁹⁶. Chez les hommes gays, c'était exactement l'inverse : par rapport aux personnes bi-/pansexuelles, ils montraient une probabilité moindre d'avoir eu leur dernier rapport sexuel (notamment) avec leur partenaire stable (OR = 0,63) ¹⁹⁷ et une probabilité plus élevée de l'avoir eu (notamment) avec un partenaire occasionnel (OR = 1,46) ¹⁹⁸. On a par ailleurs constaté dans les deux cas un effet significatif du sexe, puisque les personnes auxquelles le sexe assigné à la naissance était masculin avaient une probabilité inférieure à celle des personnes qui s'étaient vu assigner un sexe

¹⁹³ 1765 personnes ont donné des précisions à ce sujet. Contrairement à l'ESS (2012, 2017), « LGBT Health » autorisait les réponses multiples. 52 personnes ont indiqué avoir eu leur dernier rapport sexuel dans le cadre d'une relation stable, d'une relation sexuelle occasionnelle et/ou avec un travailleur ou une travailleuse du sexe.

¹⁹⁴ $\chi^2(2) = 128,407$; $p < ,001$

¹⁹⁵ $\chi^2(2) = 135,161$; $p < ,001$

¹⁹⁶ $p < ,001$ dans chaque cas

¹⁹⁷ $p = ,006$

¹⁹⁸ $p = ,027$

féminin d'avoir eu leur dernier rapport sexuel (notamment) avec leur partenaire stable ($OR = 0,56$) et une probabilité accrue de l'avoir eu dans le cadre d'une relation sexuelle occasionnelle ($OR = 1,95$) (voir fig. 15)¹⁹⁹.

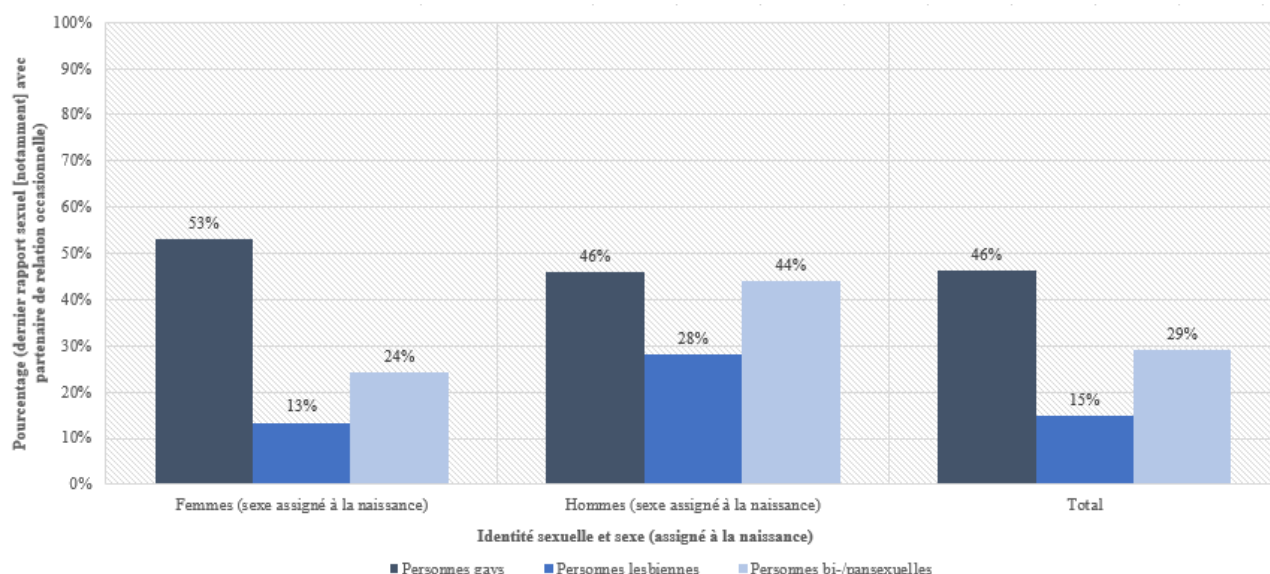


Figure 15 : Type de partenaire avec qui le dernier rapport sexuel a eu lieu (relation sexuelle occasionnelle) ; données ventilées par identité sexuelle et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health ») (plusieurs réponses possibles)

L'une des questions posées dans le cadre de « LGBT Health » visait en outre à déterminer si les personnes interrogées avaient eu des rapports sexuels avec une ou plusieurs personnes dans le cadre de relations sexuelles occasionnelles au cours des 12 mois précédents. Près de la moitié des personnes interrogées (49,0 %) ont alors indiqué ne pas avoir eu de relations sexuelles occasionnelles durant l'année écoulée, 20 % en avoir eu avec une personne et 31 % avec plusieurs²⁰⁰. Des différences significatives entre les groupes de comparaison ont cependant été constatées²⁰¹, puisque plus de la moitié des personnes gays (51,3 %) avaient déclaré avoir eu des rapports sexuels avec au moins 2 partenaires dans le cadre de relations sexuelles occasionnelles l'année précédente, soit beaucoup plus que les personnes lesbiennes (10,0 %) et bi-/pansexuelles (25,8 %). Le lien entre l'identité sexuelle des personnes interrogées et le nombre de partenaires de relations sexuelles occasionnelles indiqué pour les 12 mois précédents demeurait statistiquement significatif une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées pris en compte. Par rapport aux personnes bi-/pansexuelles, les personnes lesbiennes montraient ainsi une probabilité nettement moindre ($OR = 0,52$) d'avoir eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires dans le cadre de relations sexuelles occasionnelles au cours des 12 mois précédents, contrairement aux personnes gays dont la probabilité était nettement plus forte ($OR = 1,84$)²⁰².

Il y a lieu de relever que, s'agissant du risque lié aux infections sexuellement transmissibles, les résultats concernant le nombre et le type de partenaires de relations sexuelles ne peuvent être interprétés sans les données sur les stratégies de protection des personnes interrogées.

¹⁹⁹ $p < ,001$ dans chaque cas

²⁰⁰ Au total, 1758 personnes ont répondu à cette question, dont 896 avaient eu des rapports sexuels dans le cadre d'au moins une relation sexuelle occasionnelle au cours des 12 mois précédant l'enquête.

²⁰¹ $\chi^2(2) = 155,165$; $p < ,001$

²⁰² $p < ,001$ dans chaque cas

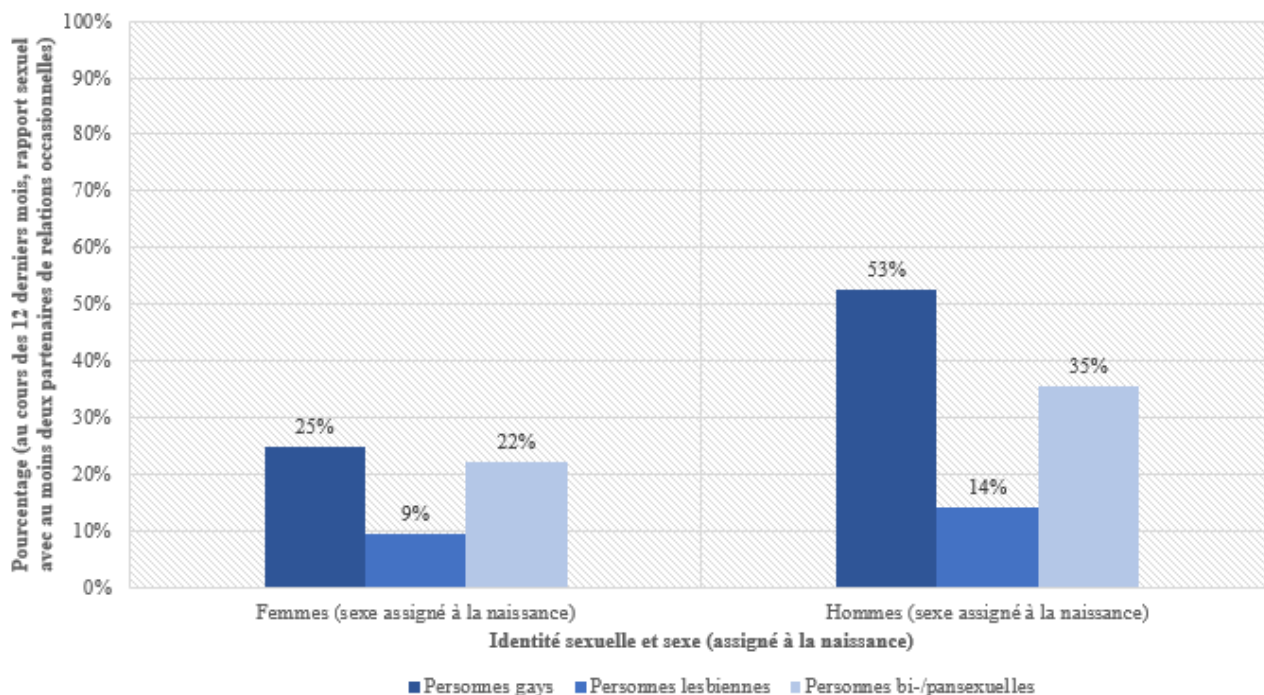


Figure 16 : Nombre de partenaires de relations occasionnelles (au moins 2) au cours des 12 mois précédant l'enquête, ventilé par identité sexuelle et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

S'agissant des **stratégies de protection**, la seule question posée par l'ESS (2012, 2017) en lien avec le dernier rapport sexuel concernait l'utilisation d'un préservatif. Plus d'un cinquième des personnes interrogées a alors répondu en avoir utilisé un (22,4 %) ²⁰³. Cette proportion reste valable lorsque l'on exclut des analyses les femmes lesbiennes interrogées qui, conformément aux attentes, n'ont pas utilisé de préservatif externe lors de leur dernier rapport sexuel ²⁰⁴. Il n'est pas surprenant de constater que les personnes qui ont utilisé un préservatif sont surtout celles ayant eu leur dernier rapport sexuel dans le cadre de relations sexuelles occasionnelles ou une personne exerçant le travail du sexe (77,2 %) et que les personnes dont le dernier rapport sexuel a eu lieu avec leur partenaire stable ont moins souvent recouru à cette protection (17,4 %). Au-delà de ces constats, des différences significatives sont apparues entre les divers groupes de comparaison : près de la moitié des hommes gays (49,3 %) ont ainsi indiqué avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel, contre environ 32 % des personnes bisexuelles et 22 % des personnes hétérosexuelles (voir fig. 17) ²⁰⁵. Même une fois l'année du relevé, l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées ainsi que la question visant à déterminer avec qui elles avaient eu leur dernier rapport sexuel (partenaire stable ou partenaire non stable/TdS) contrôlés, le lien identifié entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et l'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport demeure statistiquement significatif. Par rapport au reste de la population, la probabilité que les hommes gays aient utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel était ainsi 2 fois plus élevée ($OR = 2,00$) ²⁰⁶. On constate par ailleurs un effet significatif du sexe et de l'âge, puisque, par rapport aux hommes (sexe selon les registres), la probabilité pour les femmes d'avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel était nettement moindre ($OR = 0,78$) ²⁰⁷. De même, la probabilité était plus faible pour les personnes de 30 ans et plus que pour les plus jeunes (16 à 29 ans) (30 à 49 ans : $OR = 0,38$; 50 ans et plus : $OR = 0,10$). ²⁰⁸ L'élément le plus influent

²⁰³ 26 910 personnes (données pondérées) ayant eu un rapport sexuel dans les 12 mois précédant l'enquête ont répondu à cette question.

²⁰⁴ Une fois les femmes lesbiennes interrogées exclues des analyses, les réponses de 26 838 personnes (données pondérées) ayant eu un rapport sexuel dans les 12 mois précédant l'enquête ont pu être examinées.

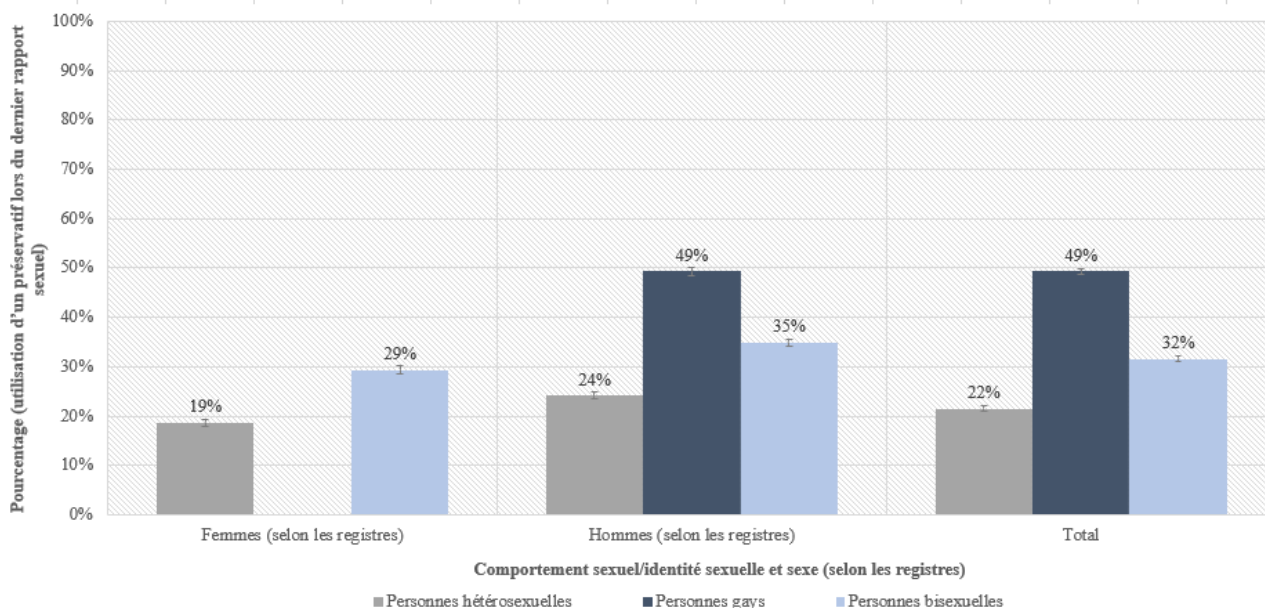
²⁰⁵ $\chi^2(3) = 140,581$; $p < ,001$

²⁰⁶ $p < ,001$

²⁰⁷ $p < ,001$

²⁰⁸ Respectivement $p < ,001$ et $p = ,000$

concernant l'utilisation d'un préservatif était cependant le type de partenaire : pour les personnes qui avaient eu leur dernier rapport sexuel lors d'une relation sexuelle occasionnelle/avec une personne exerçant le travail du sexe, la



probabilité d'avoir utilisé un préservatif était 13 fois plus élevée que pour les autres ($OR = 13,14$)²⁰⁹.

Figure 17 : Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées ($IC = 95\%$) (données : ESS 2012, 2017)

Dans « LGBT Health », les propositions de réponse à la question relative aux stratégies de protection utilisées lors du dernier rapport sexuel ont été développées. Les personnes interrogées pouvaient ainsi indiquer si elles avaient

- utilisé un préservatif externe/interne lors du dernier rapport vaginal, anal et/ou oral ;
- utilisé une digue dentaire (*dental dam*) lors d'un rapport oral ;
- pris soin d'empêcher le sang menstruel et/ou le sperme de pénétrer dans les orifices du corps ;
- utilisé des gants pour une pénétration avec la main ;
- eu recours à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) ; et/ou
- utilisé un sex-toy pour la première fois, désinfecté le sex-toy ou protégé le sex-toy par un préservatif avant la pénétration.

La question concernant l'utilisation des stratégies de protection susmentionnées portait d'une part sur les rapports sexuels entre des partenaires stables et de l'autre sur sa fréquence lors de relations sexuelles occasionnelles. Les paragraphes ci-après s'arrêtent donc d'abord sur l'utilisation des stratégies de protection choisies dans le cadre d'un partenariat stable, puis lors de relations sexuelles occasionnelles.

La stratégie de protection la plus souvent utilisée avec **les partenaires stables** lors du dernier rapport sexuel consistait en des mesures de précaution lors de l'utilisation de sex-toys par l'usage d'un sex-toy désinfecté, protégé par un préservatif ou neuf (27,7 %) ; près de la moitié des personnes interrogées ont cependant indiqué ne pas avoir eu ce type de pratique sexuelle (48,5 %) ²¹⁰. Quelque 18 % ont pris soin d'empêcher le sang menstruel et/ou le sperme de pénétrer dans les orifices du corps et 32 % ont indiqué ne pas avoir eu ce type de pratique sexuelle ²¹¹. Enfin, 15 % avaient utilisé un préservatif externe ou interne lors d'un rapport sexuel vaginal, anal et/ou oral et 12 %

²⁰⁹ $p = ,000$

²¹⁰ Au total, 1218 personnes ont donné des précisions à ce sujet ; 347 n'avaient pas eu ce type de pratique sexuelle.

²¹¹ Au total, 1216 personnes ont donné des précisions à ce sujet ; 385 n'avaient pas eu ce type de pratique sexuelle.

n'avaient pas eu ce type de pratique sexuelle²¹². Les stratégies de protection les moins utilisées par les partenaires étaient :

- la prophylaxie pré-exposition (PrEP) (2,5 %) ²¹³ ;
- le port de gants pour une pénétration avec la main (1,7 %) ²¹⁴ ;
- l'utilisation d'une digue dentaire (*dental dam*) pour la stimulation orale de la vulve ou de l'anus (0,7 %) ²¹⁵.

Les analyses ont révélé de nettes différences entre les groupes de comparaison, aussi bien lorsque les personnes interrogées ayant indiqué ne pas avoir eu ce type de pratique sexuelle lors de leur dernier rapport sexuel avec leur partenaire étaient prises en compte que lorsqu'elles étaient exclues. Parmi les personnes s'étant livrées aux pratiques sexuelles correspondantes, les personnes lesbiennes (41,3 %) étaient significativement plus nombreuses que les personnes gays (10,6 %) et les personnes bi-/pansexuelles (28,7 %) à déclarer avoir pris soin d'empêcher le sang menstruel ou le sperme de pénétrer dans les orifices du corps (voir fig. 18) ²¹⁶. Les personnes bi-/pansexuelles (60,4 %) ont en revanche plus souvent indiqué avoir utilisé un sex-toy neuf, désinfecté ou protégé par un préservatif que les personnes lesbiennes (55,5 %) ou gays (42,6 %) ²¹⁷. Conformément aux attentes, il était moins courant pour les personnes lesbiennes ou leurs partenaires d'utiliser un préservatif externe ou interne pour un rapport vaginal, oral et/ou anal que pour les personnes gays et bi-/pansexuelles (voir fig. 18) ²¹⁸. Ces liens entre l'identité sexuelle des personnes interrogées et les stratégies de protection appliquées demeuraient une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées pris en compte. ²¹⁹

²¹² Au total, 1223 personnes ont donné des précisions à ce sujet ; 148 n'avaient pas eu ce type de pratique sexuelle.

²¹³ Au total, 1217 personnes ont donné des précisions à ce sujet ; 425 n'avaient pas eu ce type de pratique sexuelle.

²¹⁴ Au total, 1217 personnes ont donné des précisions à ce sujet ; 347 n'avaient pas eu ce type de pratique sexuelle.

²¹⁵ Au total, 1215 personnes ont donné des précisions à ce sujet ; 396 n'avaient pas eu ce type de pratique sexuelle.

²¹⁶ $\chi^2(2) = 65,626$; $p < ,001$

²¹⁷ $\chi^2(2) = 12,642$; $p = ,002$

²¹⁸ $\chi^2(2) = 75,123$; $p < ,001$

²¹⁹ Les personnes gays présentaient ainsi une probabilité plus faible que les personnes bi-/pansexuelles d'avoir pris soin d'empêcher le sang menstruel ou le sperme de pénétrer dans les orifices du corps lors de leur dernier rapport sexuel avec leur partenaire ($OR = 0,39$; $p = ,004$), à l'inverse des personnes lesbiennes, dont la probabilité d'avoir recouru à cette stratégie était significativement plus forte ($OR = 1,66$; $p = ,009$). À noter qu'aucun lien significatif n'a pu être observé ici entre le sexe (assigné à la naissance) des personnes interrogées et le recours à la stratégie de protection susmentionnée. De même, les personnes gays montraient une probabilité plus faible que les personnes bi-/pansexuelles d'avoir utilisé un sex-toy neuf, désinfecté ou protégé par un préservatif ($OR = 0,33$; $p < ,001$). Par rapport aux hommes, les femmes (sexe assigné à la naissance) présentaient une probabilité accrue d'avoir recouru à cette stratégie de protection lors de leur dernier rapport sexuel avec leur partenaire ($OR = 1,88$; $p = ,030$). En comparaison avec les personnes bi-/pansexuelles, la probabilité pour les personnes gays ($OR = 0,32$; $p < ,001$) et lesbiennes ($OR = 0,18$; $p < ,001$) d'avoir utilisé un préservatif externe ou interne lors de leur dernier rapport vaginal, oral et/ou anal avec leur partenaire était en outre significativement moindre. Là aussi, les personnes qui s'étaient vu assigner un sexe masculin à la naissance montraient une probabilité significativement accrue d'avoir utilisé cette stratégie de protection que les personnes auxquelles un sexe féminin avait été attribué ($OR = 1,84$; $p = ,017$).

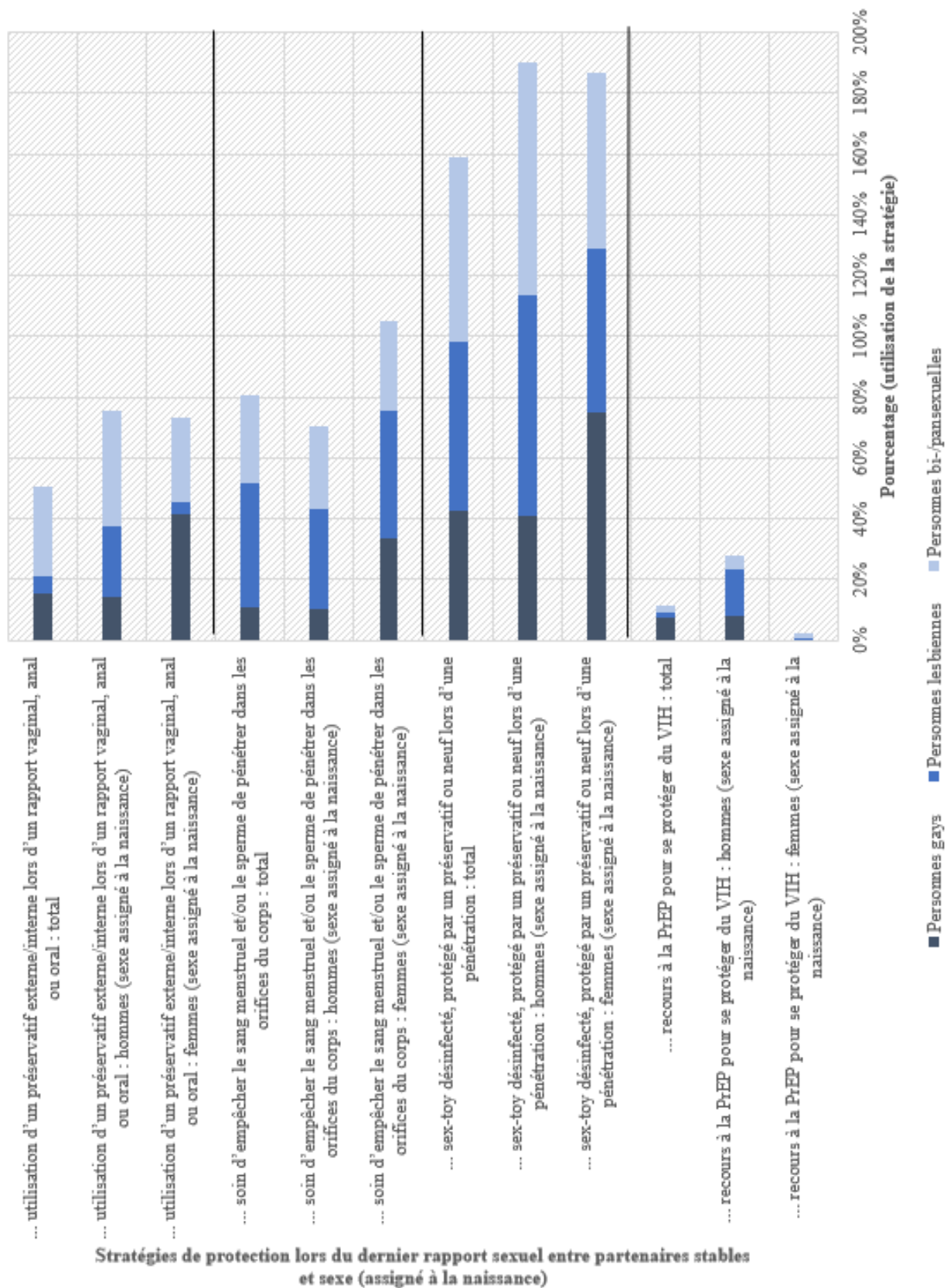


Figure 18 : Utilisation des stratégies de protection les plus fréquemment citées lors du dernier rapport sexuel entre partenaires stables ; données ventilées par identité sexuelle et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

L'analyse de l'utilisation ou non des stratégies de protection mentionnées par des partenaires stables ne suffit cependant pas à elle seule pour déterminer le risque d'infection par une IST. Il faut également tenir compte de la fréquence de cette utilisation avec les **partenaires non stables** ainsi que du degré de sécurité des différentes stratégies. Au cours des 12 mois précédant l'enquête, bon nombre des stratégies de protection énumérées avaient ainsi été beaucoup plus souvent appliquées lors de relations sexuelles avec des partenaires non stables qu'avec des partenaires stables. Avec les partenaires de relations sexuelles occasionnelles, plus de la moitié des personnes interrogées avaient utilisé au moins de temps en temps un préservatif externe ou interne pour les rapports vaginaux, anaux et/ou oraux (61,2 %) ²²⁰. Il en allait de même pour l'utilisation d'un sex-toy désinfecté, protégé par un préservatif ou neuf lors d'une pénétration (68,2 %) ²²¹ ainsi que pour la stratégie consistant à prendre soin d'empêcher le sang menstruel ou le sperme de pénétrer dans les orifices du corps (60,5 %) ²²². Plus d'un cinquième a recouru à une PrEP pour se protéger du VIH (21,2 %) ²²³, quelque 11 % ont utilisé des gants pour une pénétration avec les doigts, la main ou le poing ²²⁴ et 2 % ont utilisé une digue dentaire pour la stimulation orale de la vulve ou de l'anus ²²⁵. Là encore, les différences entre les groupes de comparaison étaient significatives. Comme on pouvait s'y attendre, les personnes lesbiennes (18,1 %) ont aussi moins souvent utilisé un préservatif externe ou interne pour les rapports vaginaux, anaux et/ou oraux avec des partenaires non stables que les autres groupes de comparaison (respectivement 70,9 % et 68,7 %) ²²⁶. Il en allait de même pour la stratégie consistant à prendre soin d'empêcher le sang menstruel ou le sperme de pénétrer dans les orifices du corps lors de rapports sexuels avec des partenaires non stables (voir fig. 19) ²²⁷. La PrEP était surtout employée par les personnes gays interrogées (25,5 %) pour se protéger du VIH lors de relations sexuelles occasionnelles. Parmi les personnes lesbiennes et bi-/pansexuelles, elles étaient moins de 5 % à avoir utilisé cette méthode (respectivement 2,1 % et 3,6 %) ²²⁸. Le recours accru des personnes gays à une PrEP s'explique cependant par le fait que cette stratégie de protection est surtout recommandée à ce groupe. S'agissant du recours à des sex-toys désinfectés, protégés par un préservatif ou neufs, aucun écart significatif n'a en revanche été observé entre les groupes de comparaison ²²⁹. L'identité sexuelle des personnes interrogées semble jouer un rôle moins important que l'identité de genre à cet égard puisqu'en proportion les personnes LGB trans (85,3 %) et non-binaires (79,5 %) étaient significativement plus nombreuses que les personnes cis LGB (65,3 %) à s'être protégées de cette manière lors des relations sexuelles occasionnelles qu'elles avaient eues durant l'année précédant l'enquête ²³⁰.

Le lien entre l'identité sexuelle des personnes interrogées et l'utilisation des stratégies de protection énumérées dans le cadre de relations sexuelles occasionnelles au cours de l'année précédant l'enquête apparaissait également une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées pris en considération. Les personnes lesbiennes présentaient ainsi une probabilité significativement plus faible que les personnes bi-/pansexuelles d'utiliser un préservatif externe ou interne ($OR = 0,12$) ²³¹ ou de prendre soin d'empêcher le sang menstruel ou le sperme de pénétrer dans les orifices du corps avec les partenaires de leurs relations sexuelles

²²⁰ Au total, 1038 personnes avaient eu ce type de pratique et donné des précisions sur l'utilisation de la stratégie de protection ; 60 autres n'avaient pas eu ce type de pratique sexuelle avec des partenaires non stables au cours des 12 mois précédents.

²²¹ Au total, 471 personnes avaient eu ce type de pratique et donné des précisions sur l'utilisation de la stratégie de protection ; 423 autres n'avaient pas eu ce type de pratique sexuelle avec des partenaires non stables au cours des 12 mois précédents.

²²² Au total, 666 personnes avaient eu ce type de pratique et donné des précisions sur l'utilisation de la stratégie de protection ; 230 autres n'avaient pas eu ce type de pratique sexuelle avec des partenaires non stables au cours des 12 mois précédents.

²²³ Au total, 613 personnes avaient eu ce type de pratique et donné des précisions sur l'utilisation de la stratégie de protection ; 282 autres n'avaient pas eu ce type de pratique sexuelle avec des partenaires non stables au cours des 12 mois précédents.

²²⁴ Au total, 581 personnes avaient eu ce type de pratique et donné des précisions sur l'utilisation de la stratégie de protection ; 312 autres n'avaient pas eu ce type de pratique sexuelle avec des partenaires non stables au cours des 12 mois précédents.

²²⁵ Au total, 560 personnes avaient eu ce type de pratique et donné des précisions sur l'utilisation de la stratégie de protection ; 333 autres n'avaient pas eu ce type de pratique sexuelle avec des partenaires non stables au cours des 12 mois précédents.

²²⁶ $\chi^2(2) = 136,446$; $p < ,001$

²²⁷ $\chi^2(2) = 6,076$; $p = ,048$

²²⁸ $\chi^2(2) = 66,022$; $p = ,044$

²²⁹ $p = ,856$

²³⁰ $\chi^2(2) = 8,691$, $p = ,013$; les données de 458 personnes LGB ont pu être prises en compte à cet égard.

²³¹ $p < ,001$

occasionnelles ($OR = 0,60$)²³². Alors que pour l'utilisation de cette dernière stratégie, aucun lien n'avait pu être identifié avec le sexe (assigné à la naissance) des personnes interrogées, il en existe un pour l'utilisation des préservatifs externes ou internes. Par rapport aux femmes (sexe assigné à la naissance), les hommes (idem) tendaient en effet à présenter une probabilité significativement accrue d'avoir utilisé cette stratégie dans le cadre de relations sexuelles occasionnelles ($OR = 1,61$)²³³. L'âge joue lui aussi un rôle significatif, puisque par rapport aux personnes interrogées âgées de 15 à 29 ans, tant les 30 à 49 ans ($OR = 0,59$)²³⁴ que les 50 ans et plus ($OR = 0,56$)²³⁵ montraient une probabilité significativement plus faible d'avoir utilisé un préservatif dans le cadre de relations sexuelles occasionnelles.

Indépendamment de la question du recours à une PrEP pour se protéger face au VIH lors de rapports sexuels avec des partenaires de relations sexuelles occasionnelles, toutes les personnes interrogées dans le cadre de l'étude et ayant déjà eu des rapports sexuels étaient invitées à préciser si elles avaient déjà utilisé une PrEP au cours de leur vie. C'était le cas de 12 % d'entre elles²³⁶, mais on observait de nettes différences entre les groupes de comparaison²³⁷. Un cinquième des personnes gays a ainsi indiqué avoir déjà recouru à une PrEP (20,2 %), tandis que seule une des personnes lesbiennes (0,6 %) ayant répondu à cette question a déclaré l'avoir fait. La part des personnes bi-/pansexuelles qui avaient déjà pris une PrEP dans leur vie était elle aussi très faible (4,2 %). Après exclusion des réponses des personnes lesbiennes interrogées et compte tenu de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation et de la nationalité des personnes interrogées ainsi que de leur utilisation d'un préservatif externe ou interne pour des rapports vaginaux, anaux et/ou oraux dans le cadre de relations sexuelles occasionnelles, la probabilité d'avoir déjà pris une PrEP était significativement plus élevée pour les personnes gays que pour les personnes bi-/pansexuelles ($OR = 2,81$)²³⁸. L'âge jouait également un rôle significatif à cet égard, puisque les personnes appartenant aux deux cohortes d'âge les plus élevées (30 à 49 ans ; 50 ans et plus) étaient plus nombreuses à avoir déjà pris une PrEP dans leur vie (respectivement 20,3 % et 19,8 %). Par rapport aux 15 à 29 ans, dont seuls 7 % avaient déjà recouru un jour à une PrEP²³⁹, la probabilité de l'avoir fait était triplée pour les 30 à 49 ans ($OR = 2,76$)²⁴⁰ et doublée pour les 50 ans et plus ($OR = 2,17$)²⁴¹.

²³² $p = ,044$

²³³ $p = ,081$

²³⁴ $p = ,006$

²³⁵ $p = ,022$

²³⁶ 890 personnes ont répondu à cette question.

²³⁷ $\chi^2(2) = 66,976 ; p < ,001$

²³⁸ $p = ,016$

²³⁹ $\chi^2(2) = 27,110 ; p < ,001$

²⁴⁰ $p < ,001$

²⁴¹ $p = ,032$

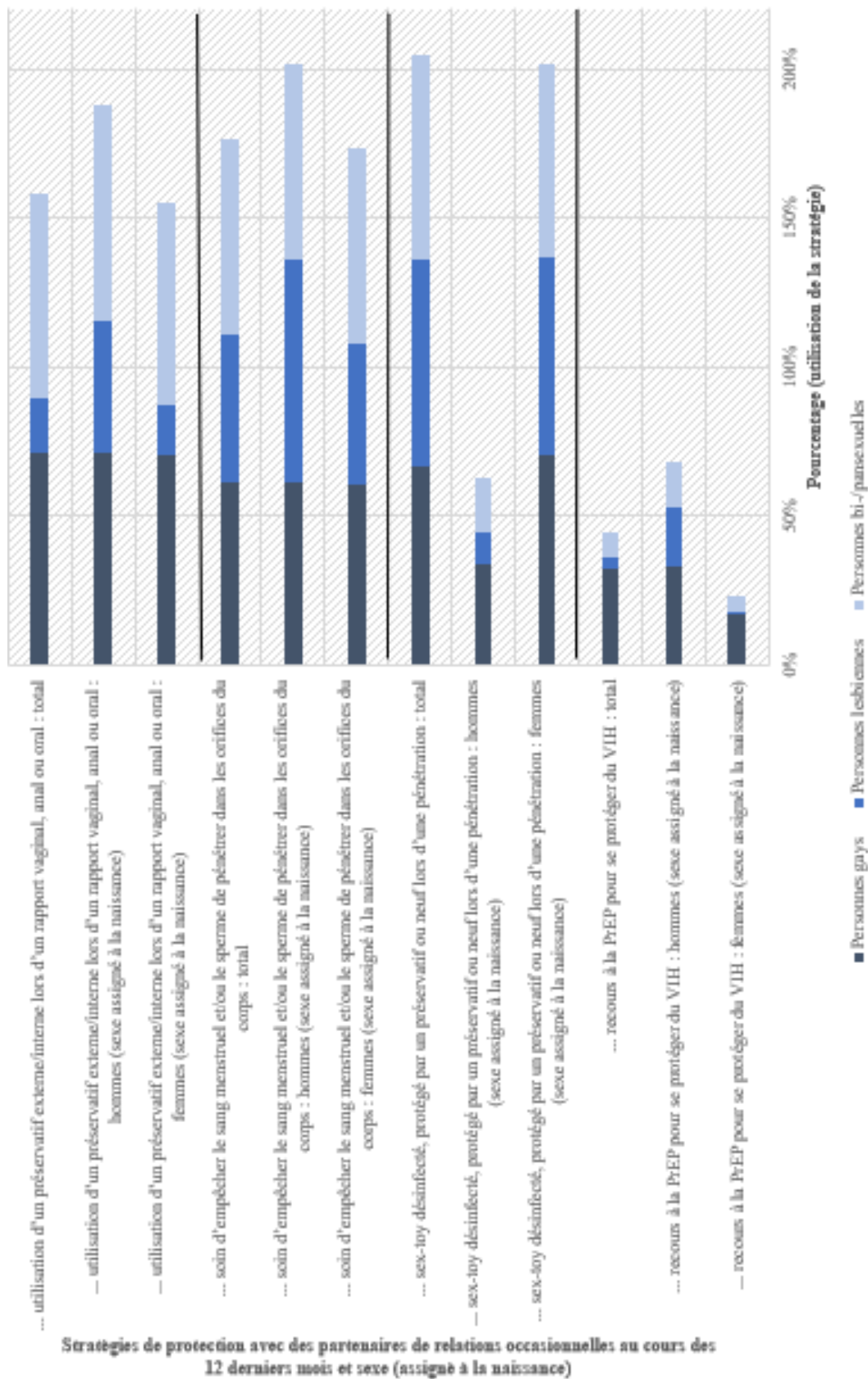


Figure 19 : Utilisation d'une sélection de stratégies de protection lors des rapports sexuels avec des partenaires non stables au cours de l'année précédant l'enquête ; données ventilées par identité sexuelle et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

Infections sexuellement transmissibles (IST)

Si plus de la moitié des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) n'avaient encore jamais effectué de test VIH (54,0 %)²⁴², on observait des différences significatives entre les personnes LGB et le reste de la population²⁴³. Ainsi, la proportion d'hommes gays ayant indiqué avoir fait un test VIH plus de 12 mois auparavant (43,3 %) et dans les 12 derniers mois (42,4 %) était nettement plus élevée que pour les personnes hétérosexuelles (respectivement 38,2 % et 6,8 %). Par rapport au reste de la population, les femmes lesbiennes (respectivement 11,0 % et 48,8 %) et les personnes bisexuelles (respectivement 18,1 % et 52,7 %) interrogées étaient elles aussi plus nombreuses à avoir fait un dépistage du VIH, que ce soit plus de 12 mois auparavant ou dans les 12 derniers mois. Ce lien entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et un test VIH apparaissait également une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées pris en compte. Comparativement au reste de la population, les hommes gays présentaient ainsi une probabilité 7 fois plus forte ($OR = 7,31$)²⁴⁴ de s'être soumis au moins une fois à un test VIH que de ne pas l'avoir fait. Pour les personnes bisexuelles, cette probabilité était presque triplée ($OR = 2,83$)²⁴⁵. De plus, un effet significatif tant du sexe que de l'âge a pu être observé : par rapport aux hommes, les femmes (sexe selon les registres) montraient une probabilité légèrement accrue de s'être déjà fait tester pour le VIH au moins une fois dans leur vie ($OR = 1,24$)²⁴⁶ (voir fig. 20). Alors que ce constat s'appliquait aussi lorsque l'on comparait les 30 à 49 ans avec les 16 à 29 ans ($OR = 2,07$), la probabilité d'avoir effectué un test VIH était plus faible chez les personnes âgées de 50 ans et plus ($OR = 0,78$)²⁴⁷. Les résultats ont par ailleurs mis en exergue l'influence de la formation, les personnes qui avaient suivi une formation supérieure présentant une probabilité accrue d'avoir fait un dépistage du VIH.

Les présents résultats semblent confirmer que la conclusion d'autres études, selon laquelle les femmes lesbiennes se font moins souvent tester pour le VIH que les hommes gays (voir point 2.3), vaut également pour la Suisse. Compte tenu de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du niveau de formation et de la nationalité des personnes interrogées, les hommes gays montraient en effet une probabilité 5 fois plus élevée que les femmes lesbiennes de s'être déjà soumis au moins une fois à un test VIH ($OR = 4,85$)²⁴⁸, ce qui s'explique vraisemblablement par le risque accru des hommes gays d'être infectés par le VIH (voir point 2.3).

²⁴² Au total, 29 591 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

²⁴³ $\chi^2(6) = 689,541$; $p < ,001$

²⁴⁴ $p < ,001$

²⁴⁵ $p < ,001$

²⁴⁶ $p < ,001$

²⁴⁷ $p < ,001$ dans chaque cas

²⁴⁸ $p < ,001$

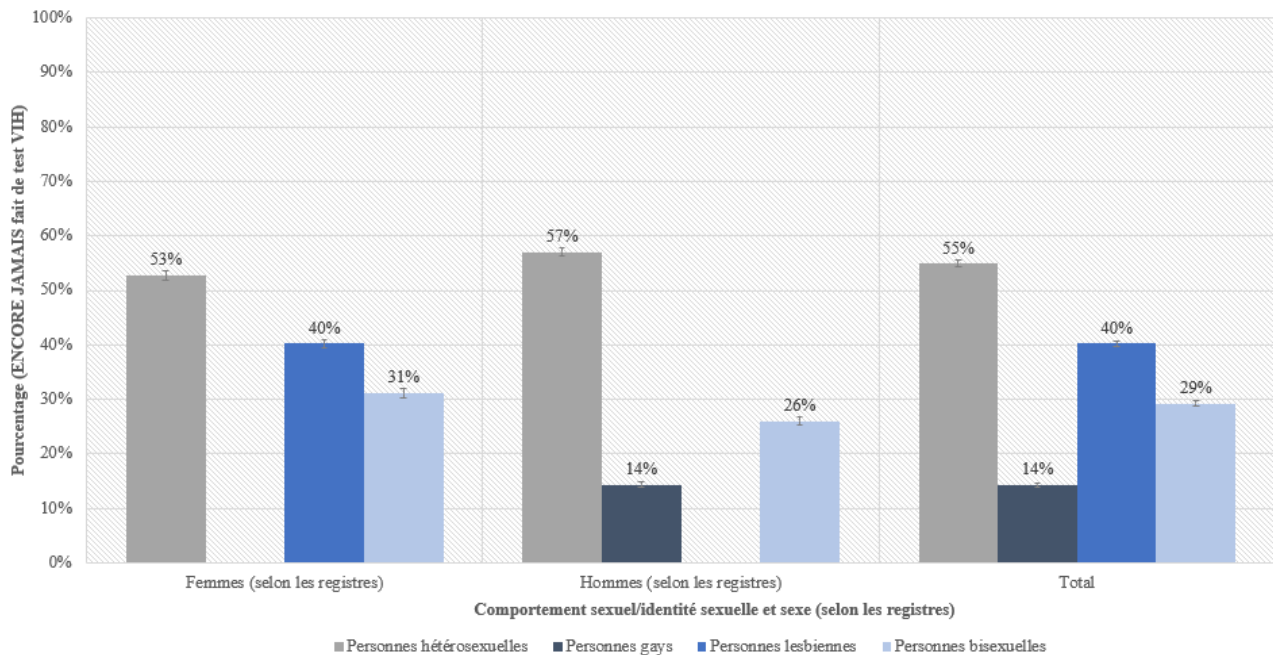


Figure 20 : Test de dépistage du VIH (encore jamais effectué) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

Sur le total des personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health », 59 % ont indiqué avoir déjà fait au moins un test de dépistage du VIH une fois dans leur vie²⁴⁹. Selon leurs propres estimations, le nombre de tests effectués était compris entre 1 et 601²⁵⁰. Dans près d'un tiers des cas (32,5 %), les personnes interrogées s'étaient soumises à plus de 2 tests VIH jusque-là, et parmi celles qui en avaient déjà fait un, 40 % l'avaient effectué dans les 12 mois précédant l'enquête. Là encore, les différences entre les groupes de comparaison étaient significatives²⁵¹. Ainsi, il était nettement plus fréquent pour les personnes gays d'avoir fait au moins un test de dépistage du VIH (86,2 %) que pour les autres groupes de comparaison (respectivement 39,3 % et 48,9 %). Ce lien entre le test VIH et l'identité sexuelle des personnes interrogées ressortait aussi lorsque l'on tenait compte de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation et de la nationalité des personnes interrogées ainsi que de leur utilisation d'un préservatif externe ou interne lors de leurs rapports sexuels avec des partenaires non stables au cours des 12 mois précédant l'enquête. Par rapport aux personnes bi-/pansexuelles, les personnes lesbiennes présentaient ainsi une probabilité nettement moindre d'avoir déjà effectué un dépistage du VIH une fois dans leur vie que de ne jamais s'être fait dépister ($OR = 0,45$)²⁵², alors que pour les personnes gays, cette probabilité était doublée ($OR = 2,25$)²⁵³. Un effet significatif tant de l'âge que du sexe a par ailleurs été identifié à cet égard, les membres de la cohorte d'âge « 30 à 49 ans » ($OR = 1,95$)²⁵⁴ faisant état – comme dans l'ESS – d'une probabilité nettement plus forte que les 15 à 29 ans d'avoir déjà effectué un test VIH. Cela valait aussi pour les personnes qui s'étaient vu attribuer un sexe masculin en comparaison de celles assignées femmes à la naissance ($OR = 4,19$)²⁵⁵. Il est en outre intéressant de relever qu'il existait un lien entre le test VIH et le niveau de formation des personnes interrogées, celles ayant obtenu un diplôme du degré tertiaire montrant une probabilité accrue de s'être soumises à un test VIH au moins une fois dans leur vie ($OR = 1,90$) que les personnes ayant suivi une autre formation²⁵⁶.

²⁴⁹ Ont aussi été incluses les personnes qui n'avaient encore jamais eu de rapports sexuels ($n = 1817$).

²⁵⁰ $M = 9,84$; $Md = 3,00$; $SD = 34,79$

²⁵¹ $\chi^2(2) = 314,775$, $p < ,001$

²⁵² $p = ,004$

²⁵³ $p = ,011$

²⁵⁴ $p = ,006$

²⁵⁵ $p < ,001$

²⁵⁶ $p = ,006$

Outre le fait que les personnes lesbiennes avaient moins souvent effectué un dépistage du VIH que les autres groupes de comparaison, leur dernier test datait aussi plus fréquemment de plus de 12 mois. Ainsi, 17 % des personnes lesbiennes interrogées s'étaient fait dépister durant l'année précédant l'enquête, contre plus d'un tiers des personnes bi-/pansexuelles (37,0 %) et une bonne moitié des personnes gays (51,2 %) ²⁵⁷. Une fois contrôlés l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées ainsi que leur utilisation d'un préservatif externe ou interne lors de rapports sexuels avec des partenaires non stables, ce lien entre l'identité sexuelle et la date du dernier test VIH n'était cependant statistiquement plus significatif. Il est néanmoins apparu que les personnes qui s'étaient servies d'un préservatif externe ou interne lors de rapports sexuels avec des partenaires de relations occasionnelles au cours des 12 mois précédents montraient une probabilité 3 fois plus élevée que les personnes qui n'y avaient pas recouru d'avoir effectué leur dernier test VIH durant l'année précédant l'enquête et pas avant ($OR = 3,09$) ²⁵⁸. Ce groupe semble donc être particulièrement sensibilisé au risque de transmission d'IST encouru lors de rapports sexuels non protégés.

Sur l'ensemble des personnes interrogées qui s'étaient déjà soumises à un test VIH, 4 % ont obtenu un résultat positif (**infection par le VIH**) ²⁵⁹. Alors que la majeure partie des personnes testées positives au VIH appartenaient au groupe des personnes gays (7,2 %), seule 1 des personnes lesbiennes (0,4 %) et 3 des personnes bi-/pansexuelles interrogées (1,0 %) étaient séropositives. Bien que les écarts identifiés soient statistiquement significatifs ²⁶⁰, la petite taille des groupes considérés n'a pas permis de réaliser des analyses différenciées.

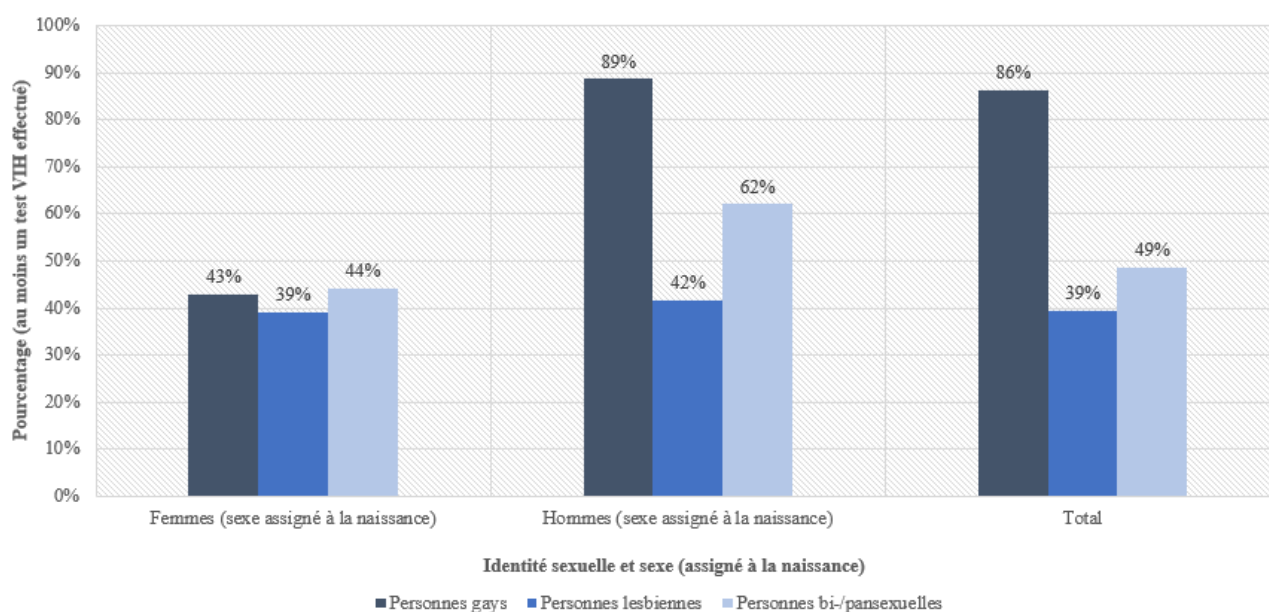


Figure 21 : Test de dépistage du VIH ; données ventilées par identité sexuelle et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

²⁵⁷ $\chi^2(2) = 78,430$, $p < ,001$; ce groupe n'incluait que les personnes ayant déjà effectué un test VIH ($n = 1114$).

²⁵⁸ $p < ,001$

²⁵⁹ En tout, 44 personnes étaient séropositives.

²⁶⁰ $\chi^2(2) = 28,390$, $p < ,001$

Dans le cadre de « LGBT Health », plusieurs questions portaient aussi, en plus du VIH, sur d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), à savoir la chlamydiose, la syphilis et la gonorrhée. Quelque 70 % des personnes interrogées avaient déjà fait un test de dépistage de la chlamydiose au moins une fois dans leur vie (71,0 %) et le pourcentage était similaire pour la syphilis (69,8 %) et/ou la gonorrhée (70,1 %)²⁶¹. Sur l'ensemble des personnes testées, un peu moins d'un cinquième avait obtenu au moins une fois un résultat positif à la chlamydiose (16,6 %) ou à la gonorrhée (16,4 %), alors que la syphilis avait été détectée chez 9 % d'entre elles. S'agissant de l'infection par l'une des trois IST susmentionnées, les différences entre les divers groupes de comparaison étaient significatives, les personnes gays étant nettement plus nombreuses à en avoir contracté une que les autres groupes (voir fig. 22). Dans le cas de l'infection à Chlamydia, ce constat s'appliquait aussi une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées pris en compte. Vu la petite taille des groupes considérés, il n'a pas été possible de mener des analyses complémentaires sur l'infection par la syphilis ou la gonorrhée. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

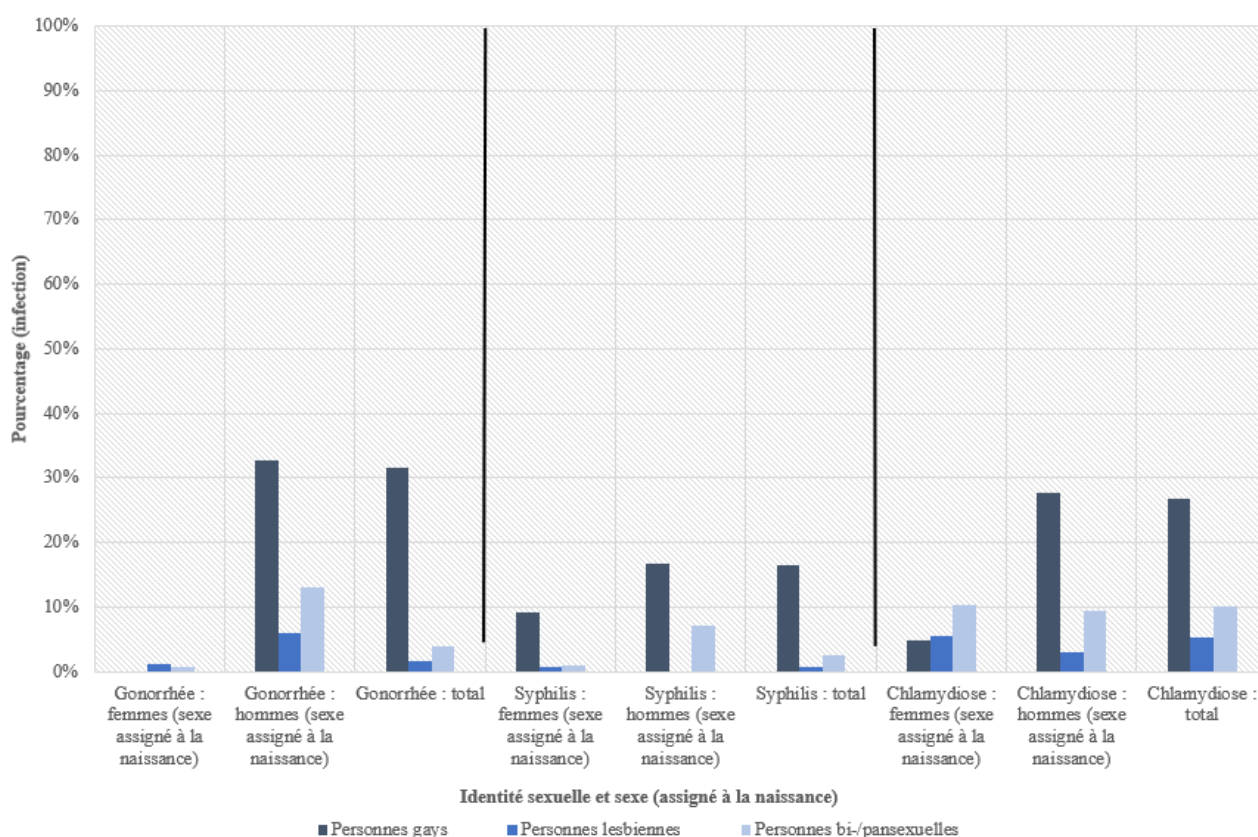


Figure 22 : Sélection de maladies sexuellement transmissibles (infection) ; données ventilées par identité sexuelle et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

²⁶¹ En tout, 1208 personnes LGB s'étaient déjà fait tester une fois dans leur vie pour la chlamydiose, 1190 pour la syphilis et 1200 pour la gonorrhée.

Bilan intermédiaire : comportement sexuel et stratégies de protection

Les résultats corroborent (sauf pour la PrEP) les conclusions des études suisses et internationales disponibles (voir point 2.3). Les personnes LGB, en particulier les hommes gays, ont indiqué significativement plus souvent que le reste de la population avoir eu des rapports sexuels avec plus d'une personne au cours des 12 derniers mois. S'agissant du dernier rapport sexuel avant l'enquête, près de la moitié des hommes gays ont déclaré avoir utilisé un préservatif à cette occasion, contre environ un tiers des personnes bisexuelles et un bon cinquième des personnes hétérosexuelles. L'âge jouait visiblement un rôle dans ce domaine, les jeunes (16 à 29 ans) ayant nettement plus souvent recouru à un préservatif que les cohortes plus âgées (30 à 49 ans ; 50 ans et plus). Les résultats de « LGBT Health » révèlent des différences significatives entre les divers groupes LGB dans l'application des stratégies de protection contre le VIH et les autres IST. Comme on pouvait s'y attendre, les stratégies de protection avaient nettement plus souvent été employées lors de relations sexuelles avec des partenaires non stables que lors d'un dernier rapport sexuel dans le cadre d'une relation stable. Par ailleurs, le recours à des sex-toys désinfectés, protégés par un préservatif ou neufs étaient nettement plus fréquent chez les personnes LGB trans et non-binaires que chez les personnes LGB cis. Parmi les personnes interrogées, ce sont principalement les personnes gays et celles qui s'étaient vu assigner un sexe masculin à la naissance qui ont rapporté avoir pris une prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour se protéger face au VIH lors de rapports sexuels avec des partenaires de relations occasionnelles. Ce sont également les hommes gays qui avaient le plus recouru à la PrEP lorsqu'il s'agissait de la prévalence-vie-entière, avec une proportion de 20 %²⁶². Là encore, l'âge avait manifestement une incidence, puisque les plus jeunes (15 à 29 ans) montraient une probabilité nettement plus faible que les personnes LGB plus âgées d'avoir déjà utilisé la PrEP une fois dans leur vie. À noter que les résultats concernant l'utilisation de la PrEP par les hommes gays s'écartent nettement de ceux des revues nationales et internationales (voir point 2.3). Selon l'EMIS-2017, environ 4 % des HSH séronégatifs avaient indiqué avoir recouru un jour à une PrEP et la même proportion a dit l'utiliser au moment de l'enquête (Weber et al., 2019, p. 62s.). Sur l'ensemble des HSH, 39 % ont répondu être prêts à en prendre une si elle était disponible et abordable (ibid., p. 76). Se pose dès lors la question de savoir si le nombre plus élevé de HSH qui utilisaient cette stratégie de protection en Suisse en 2021 reflétait la forte disposition à adopter la PrEP observée en 2017, notamment sous l'influence du programme « SwissPrEPared²⁶³ », qui comptait dans l'intervalle plus de 4000 HSH (état en novembre 2021) prenant une PrEP dans le cadre d'un suivi médical²⁶⁴.

Tant pour les 12 mois précédents que sur le plus long terme, on observe des différences significatives en ce qui concerne le comportement face au dépistage du VIH : les personnes LGB s'étaient nettement plus fréquemment fait tester pour le VIH que les personnes hétérosexuelles. Par rapport au reste de la population, la probabilité d'avoir déjà effectué au moins une fois un test VIH était multipliée par 7 pour les hommes gays et par 3 pour les personnes bisexuelles. Les données de « LGBT Health » révèlent que, parmi les groupes LGB interrogés, ce sont les personnes gays qui se sont le plus souvent soumises à un test VIH ; à l'autre extrémité de l'échelle se trouvent les personnes lesbiennes. Dans cette même enquête, 4 % des personnes interrogées ont indiqué être séropositives. Le plus haut pourcentage de personnes testées positives a été enregistré chez les hommes gays (7,2 %), ce qui correspond aux résultats d'autres études nationales et internationales. Compte tenu du fait que le pourcentage de la population suisse porteur du virus VIH est de 0,2 %²⁶⁵, on peut supposer que la prévalence du VIH est nettement plus élevée chez les personnes gays et bi-/pansexuelles en Suisse que dans le reste de la population. S'agissant du dépistage et des taux de prévalence-vie-entière des autres IST, il apparaît que plus des deux tiers des personnes LGBT se sont déjà fait tester au moins une fois dans leur vie pour la chlamydie, la syphilis et/ou la gonorrhée : les résultats obtenus avaient déjà été positifs à la chlamydie et à la gonorrhée dans environ 16 % des cas pour chaque infection et à la syphilis

²⁶² Personnes s'étant vu assigner un sexe masculin à la naissance et s'identifiant elles-mêmes comme « gays ».

²⁶³ <https://www.swissPrEPared.ch/>

²⁶⁴ Outre la réduction des contacts sexuels liés à la pandémie de COVID-19, l'OFSP (2021b, p. 22) attribue notamment la baisse particulièrement marquée des diagnostics d'infection par le VIH observée chez les HSH en 2020 à l'action de SwissPrEPared.

²⁶⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen/gesamtbevoelkerung-achse1.html>

dans 9 % des cas. Les diagnostics de l'une de ces trois IST se sont révélés beaucoup plus fréquents chez les personnes gays que dans les autres groupes.

En 2020, le nombre des infections par le VIH (-28 %) ainsi que des cas de chlamydie (-15 %), de gonorrhée (-25 %) et de syphilis (-36 %) a reculé par rapport aux incidences annuelles moyennes enregistrées entre 2015 et 2019 (Office fédéral de la santé publique [OFSP], voir BAG 2021a, p. 9). Cette évolution pourrait s'expliquer soit par la diminution des rapports sexuels due aux possibilités réduites de contacts durant la pandémie de COVID-19 par rapport à la période antérieure, soit par le fait qu'avec une incidence constante des IST, moins de cas ont été déclarés (OFSP, 2021a, p. 12). On ignore dans quelle mesure ce recul s'applique aussi aux personnes LGBT en Suisse. Lors de l'interprétation des résultats, il convient néanmoins de tenir compte des différences de comportement face aux tests.

4.3.1.6 Recours aux prestations de santé

S'agissant du recours aux prestations de santé par les personnes LGBT et le reste de la population en Suisse, les indicateurs pris en considération dans le cadre des deux enquêtes (ESS et « LGBT Health ») sont les suivants :

- nombre de consultations médicales (nombre total, généralistes, spécialistes, psychologues/psychiatres, services d'urgence) ;
- recours à des examens de prévention du cancer ;
- traitement hormonal substitutif en lien avec la ménopause (femmes à partir de 35 ans [sexe selon les registres ou assigné à la naissance]).

Dans l'enquête « LGBT Health », des questions adressées spécifiquement aux personnes trans/non-binaires visaient à déterminer si celles-ci suivaient un traitement hormonal substitutif dans le cadre d'une transition et si elles avaient recouru ou prévoyaient de recourir à d'autres mesures de réassignation sexuelle. Toutes les personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health » ont en outre été priées d'indiquer la fréquence de leurs visites chez des endocrinologues et si elles avaient déjà effectué des tests de dépistage du coronavirus.

Consultations médicales

La majorité des personnes interrogées (78,7 %) dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) avaient eu une **consultation médicale** au cours de l'année précédant l'enquête²⁶⁶. Il est apparu lors de la comparaison entre les sous-groupes que par rapport aux personnes hétérosexuelles (78,7 %), les hommes gays (74,7 %) avaient légèrement moins souvent consulté un membre du corps médical (74,7 %), contrairement aux femmes lesbiennes (83,1 %) et aux personnes bisexuelles (83,5 %), chez qui cette démarche était plus fréquente (voir fig. 23)²⁶⁷. Une fois l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et le revenu net personnel ainsi que l'état de santé autoévalué des personnes interrogées pris en considération, le lien entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et les visites médicales n'était cependant statistiquement plus significatif. Le sexe (selon les registres) avait par contre une incidence plus marquée, puisque les femmes présentaient une probabilité 3 fois plus forte que les hommes d'avoir bénéficié d'une consultation médicale ($OR = 2,85$)²⁶⁸. Conformément aux attentes, l'état de santé autoévalué et l'âge des personnes interrogées avaient joué un rôle important concernant les consultations durant l'année précédant l'enquête, les personnes qui avaient qualifié leur état de santé de (très) bon montrant une probabilité plus faible d'avoir effectué une visite médicale que celles qui le considéraient comme moyen ou (plutôt) mauvais ($OR = 0,23$), et les personnes âgées de 50 ans et plus présentant une probabilité significativement plus élevée que les 16 à 29 ans ($OR = 1,20$)²⁶⁹.

Les différences entre les sous-groupes étaient légèrement plus prononcées lorsque les consultations de l'année précédente étaient réparties entre les généralistes d'un côté et les spécialistes de l'autre. De manière générale, deux

²⁶⁶ Cette question incluait toutes les spécialités médicales (hormis la gynécologie) ; les données de 29 815 personnes (données pondérées) étaient disponibles sur ce sujet.

²⁶⁷ $\chi^2(2) = 12,187$; $p = ,007$

²⁶⁸ $p < ,001$

²⁶⁹ $p < ,001$ dans chaque cas

tiers (66,3 %) de l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) s'étaient rendues chez un ou une **généraliste** (y c. médecin de famille)²⁷⁰. Les femmes lesbiennes (76,3 %) et, dans une mesure légèrement moindre, les personnes bisexuelles (70,5 %) étaient plus nombreuses à cet égard que les personnes hétérosexuelles (66,1 %) et les hommes gays (67,8 %) (voir fig. 23)²⁷¹. Si l'on tient compte de l'âge, du sexe (selon les registres), du niveau de formation et du revenu net personnel des personnes interrogées ainsi que de la perception subjective de leur état de santé par ces dernières, il apparaît que, comparées aux personnes hétérosexuelles, les personnes bisexuelles ($OR = 1,24$)²⁷² et les femmes lesbiennes ($OR = 1,69$)²⁷³ présentaient une probabilité un peu plus élevée d'avoir consulté un ou une généraliste durant l'année précédant l'enquête. La proportion des personnes qui s'étaient rendues chez des **spécialistes** au cours de l'année précédant l'enquête était largement inférieure (38,6 %)²⁷⁴, les personnes LGB (40,8 à 58,5 %) ayant toutefois nettement plus souvent consulté que les personnes hétérosexuelles (38,4 %) (voir fig. 23)²⁷⁵. Ce lien demeurerait statistiquement significatif lorsque l'on prenait les caractéristiques susmentionnées en considération²⁷⁶. S'agissant du recours à des spécialistes, il s'avérait en outre que le sexe, l'âge et le niveau de formation jouaient un rôle significatif : la probabilité d'en avoir consulté au cours des 12 derniers mois était ainsi plus forte pour les femmes que pour les hommes (sexe selon les registres) ($OR = 1,16$), pour les personnes plus âgées (50 ans et plus) que pour les plus jeunes (16 à 29 ans) ($OR = 1,44$) et pour les titulaires d'un diplôme du degré tertiaire que pour personnes sans diplôme ou détentrices d'un certificat de fin de scolarité obligatoire ($OR = 1,63$)²⁷⁷.

Pour ce qui est des **psychologues ou des psychiatres**, à peine 8 % des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) y avaient fait appel au cours de l'année précédant l'enquête (7,5 %)²⁷⁸. À noter que les personnes LGB (12,1 à 19,0 %) en avaient consulté nettement plus souvent que le reste de la population (7,1 %) (voir fig. 23)²⁷⁹. Si l'on tient compte de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du sexe (selon les registres), du niveau de formation, du revenu net personnel et de l'état de santé subjectif des personnes interrogées, les hommes gays ($OR = 1,75$)²⁸⁰, les femmes lesbiennes ($OR = 2,39$)²⁸¹ et les personnes bisexuelles ($OR = 2,94$)²⁸² présentaient une probabilité (tendanciellement) plus forte que les personnes hétérosexuelles d'avoir bénéficié d'une consultation de psychologie ou de psychiatrie durant l'année écoulée. Il est en outre apparu en considérant les caractéristiques ci-avant et le groupe d'appartenance que le sexe et l'âge avaient une incidence significative. Ainsi, la probabilité d'avoir consulté un ou une psychologue/psychiatre durant l'année précédant l'enquête était plus élevée pour les femmes que pour les hommes (sexe selon les registres) ($OR = 1,63$) et moindre pour les personnes de 50 ans et plus que pour les plus jeunes (15 à 29 ans) ($OR = 0,66$)²⁸³. Cette probabilité était par ailleurs plus grande pour les titulaires d'un diplôme du degré tertiaire que pour les personnes sans diplôme ou détentrices d'un certificat de fin de scolarité obligatoire ($OR = 1,49$)²⁸⁴.

Parmi les femmes (sexe selon les registres) interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017), deux tiers (64,7 %) avaient bénéficié d'une consultation de **gynécologie** durant l'année précédant l'enquête²⁸⁵. De manière générale, les femmes bisexuelles (69,9 %) avaient plus souvent eu une consultation gynécologique au cours des 12 derniers mois

²⁷⁰ Au total, 29 850 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

²⁷¹ $\chi^2(3) = 9,410$; $p = ,024$

²⁷² $p = ,020$

²⁷³ $p = ,054$ (tendance statistiquement significative)

²⁷⁴ 29 857 personnes ont répondu à cette question.

²⁷⁵ $\chi^2(3) = 23,573$; $p < ,001$

²⁷⁶ Hommes gays : $OR = 1,55$; $p = ,002$; femmes lesbiennes : $OR = 2,03$; $p = ,003$; personnes bisexuelles : $OR = 1,28$; $p = ,005$

²⁷⁷ $p < ,001$ dans chaque cas

²⁷⁸ Les informations de 29 791 personnes (données pondérées) étaient disponibles sur ce sujet.

²⁷⁹ $\chi^2(3) = 153,753$; $p < ,001$

²⁸⁰ $p = ,077$

²⁸¹ $p < ,001$

²⁸² $p < ,001$

²⁸³ $p < ,001$ dans chaque cas

²⁸⁴ $p < ,001$

²⁸⁵ Au total, 14 530 femmes (sexe selon les registres) (données pondérées) ont répondu à cette question.

que les femmes lesbiennes (60,3 %) et hétérosexuelles (64,6 %) (voir fig. 23)²⁸⁶. Le fait que les femmes lesbiennes se soient rendues beaucoup moins fréquemment à une consultation de gynécologie que les femmes hétérosexuelles n'est pas surprenant vu les expériences négatives, par ex. les tests inutiles, qu'elles y ont vécues (voir points 4.2.2 et 2.1.) Une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées contrôlés, ce lien n'était toutefois plus statistiquement significatif²⁸⁷.

Environ 11 % des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) ont été admises **d'urgence à l'hôpital** durant l'année précédant l'enquête (10,5 %)²⁸⁸. En comparaison des femmes lesbiennes (9,8 %), bisexuelles (10,6 %) et hétérosexuelles (10,5 %), les hommes gays (4,7 %) ont nettement moins souvent sollicité les urgences hospitalières (voir fig. 23)²⁸⁹. Lorsque l'on considérait l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation, le revenu net personnel et l'état de santé subjectif des personnes interrogées, la signification statistique de cette différence n'était cependant que tendancielle²⁹⁰.

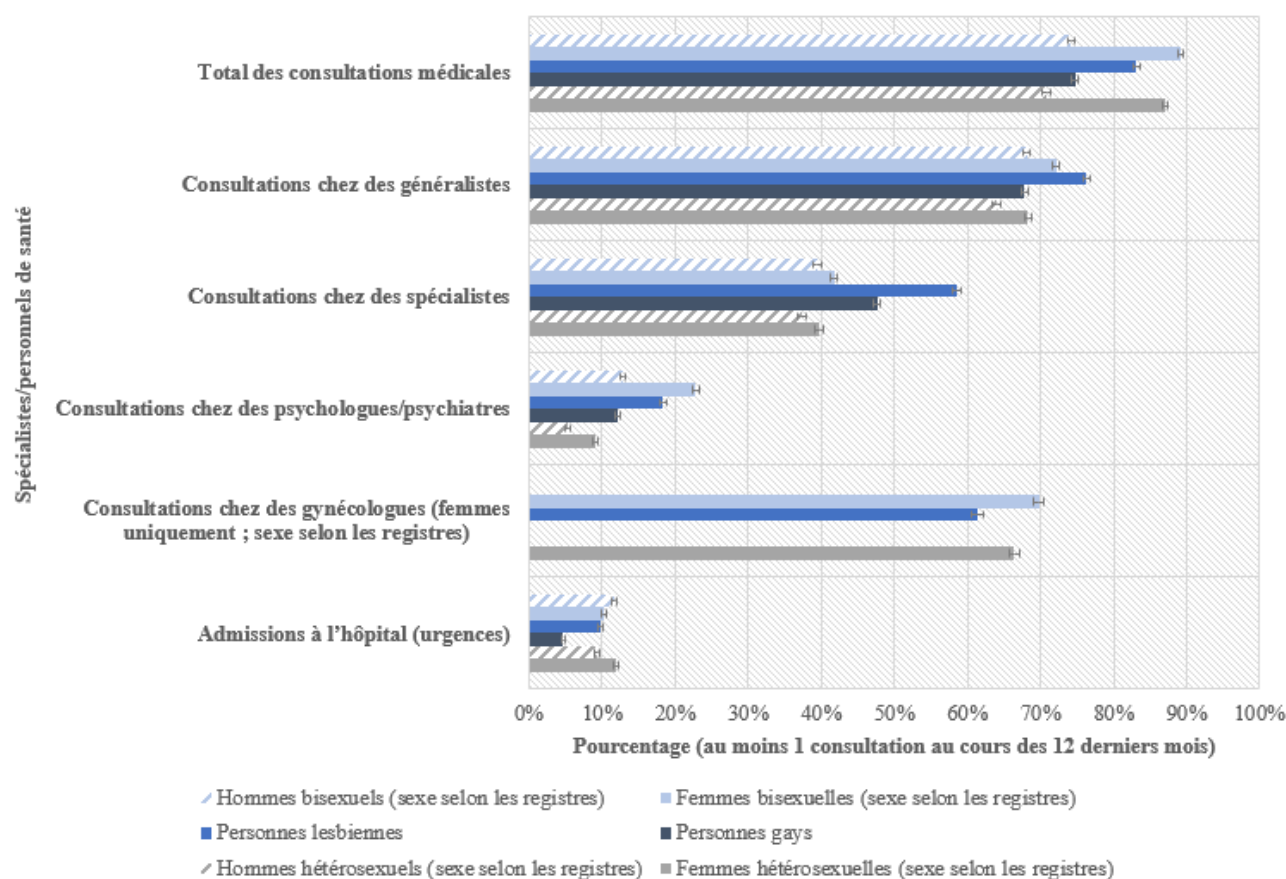


Figure 23 : Consultations chez divers spécialistes/personnels de santé au cours de l'année précédant l'enquête, ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

²⁸⁶ $\chi^2(3) = 5,647$; $p = ,059$

²⁸⁷ Femmes lesbiennes : $p = ,199$; femmes bisexuelles : $p = ,479$

²⁸⁸ Au total, 29 835 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

²⁸⁹ $\chi^2(3) = 8,221$; $p = ,042$

²⁹⁰ $p = ,071$

Le pourcentage des personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health » ayant indiqué avoir consulté au moins une fois un ou une **généraliste (y c. médecin de famille)** au cours de la dernière année est également légèrement supérieur à deux tiers (71,0 %) ²⁹¹. Le nombre de personnes trans/non-binaires et d'hommes cis gays qui ont déclaré s'être rendus au moins une fois à une consultation de médecine générale durant l'année précédant l'enquête est significativement plus important que pour les personnes cis bisexuelles et lesbiennes (voir fig. 24) ²⁹². Une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées ainsi que la modification de l'état de santé due à la pandémie de COVID-19 pris en compte, ce lien entre l'identité sexuelle ou de genre et le recours à la médecine générale n'apparaissait cependant plus statistiquement significatif. Il en ressortait plutôt que les personnes dont l'état de santé était demeuré inchangé par rapport à la période avant la pandémie présentaient une probabilité significativement plus faible ($OR = 0,68$) ²⁹³ de s'être rendues à une consultation de médecine générale durant l'année précédant l'enquête que celles dont l'état de santé s'était détérioré. Comme on pouvait s'y attendre, l'âge jouait en outre un rôle significatif, puisque les personnes plus âgées (plus de 50 ans) montraient une probabilité supérieure ($OR = 1,77$) ²⁹⁴ à celle des plus jeunes (15 à 29 ans) d'avoir consulté un ou une généraliste durant les 12 derniers mois.

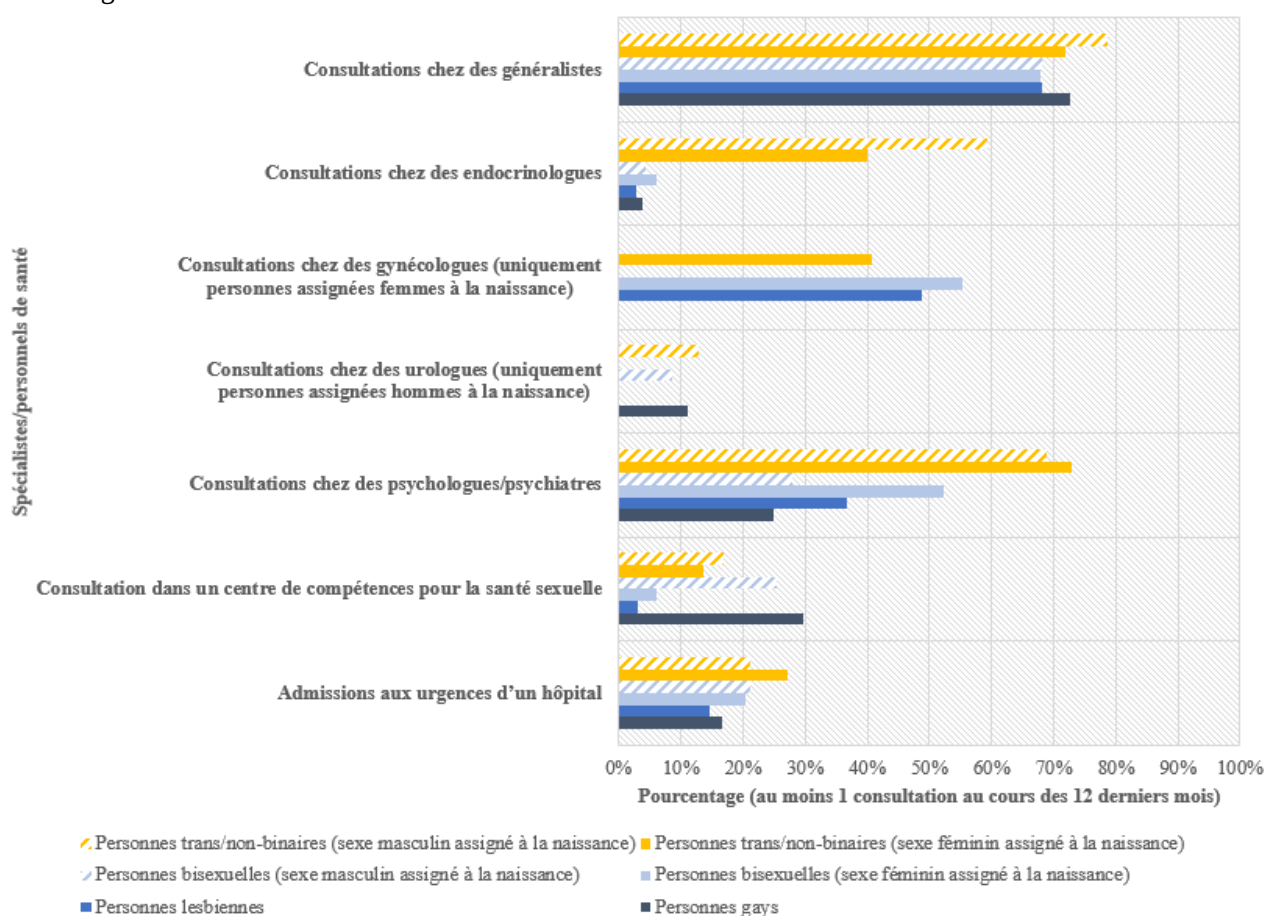


Figure 24 : Consultations chez divers spécialistes/personnels de santé au cours de l'année précédant l'enquête, ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

Dans le cadre de « LGBT Health », 44 % des personnes interrogées avaient sollicité une aide auprès de **psychologues (35,9 %) et/ou de psychiatres (24,6 %)** en raison d'un problème psychologique ²⁹⁵. La proportion

²⁹¹ Au total, 2032 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

²⁹² $\chi^2(3) = 8,256$; $p = ,041$

²⁹³ $p = ,001$

²⁹⁴ $p < ,001$

²⁹⁵ Au total, 1913 personnes ont répondu à cette question.

des personnes trans/non-binaires (71,0 %) ayant fait cette démarche était nettement plus importante que celle des personnes cis LGB (24,8 à 47,5 %) (voir fig. 24)²⁹⁶. Ce lien entre l'identité sexuelle ou l'identité de genre et les visites chez des psychologues/psychiatres persistait une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées ainsi que les modifications de l'état de santé connues depuis la pandémie de coronavirus pris en compte. Par rapport aux personnes trans/non-binaires, les hommes cis gays ($OR = 0,16$), les femmes cis lesbiennes ($OR = 0,22$) et les personnes cis bisexuelles ($OR = 0,30$) présentaient une probabilité légèrement réduite²⁹⁷ de s'être rendus à une consultation de psychologie ou de psychiatrie durant l'année précédant l'enquête²⁹⁸. De même, la probabilité de s'être adressées à des psychologues ou à des psychiatres durant les 12 derniers mois précédant l'enquête était plus faible²⁹⁹ chez les personnes âgées de plus de 50 ans ($OR = 0,43$) que chez les plus jeunes (15 à 29 ans), et chez les personnes dont l'état de santé était demeuré inchangé depuis la pandémie ($OR = 0,64$) que chez celles dont l'état de santé s'était détérioré. Les différences entre les personnes trans/non-binaires et les personnes cis LGB s'expliquent vraisemblablement par les interventions de réassignation sexuelle prévues ou entreprises par les personnes trans/non-binaires interrogées, puisqu'elles exigent au préalable un suivi psychologique ou psychiatrique. Cet aspect ressort aussi lorsque la comparaison se base sur l'identité sexuelle des personnes interrogées : la proportion de personnes trans (71,7 %) et non-binaires (70,0 %) ayant indiqué avoir recouru à des prestations psychologiques ou psychiatriques durant l'année précédant l'enquête était nettement plus élevée que pour les personnes cis (33,5 %). Si l'on tient compte en sus du facteur des interventions médicales planifiées en vue d'une réassignation sexuelle, l'écart entre le groupe de personnes cis LGB et celui des personnes trans/non-binaires n'est plus non plus statistiquement significatif. En comparaison des personnes trans/non-binaires, seuls les hommes cis gays interrogés présentaient encore une probabilité tendanciellement significativement plus faible ($OR = 0,12$)³⁰⁰ de s'être rendus à une consultation de psychologie ou de psychiatrie au cours de l'année précédant l'enquête. La fréquence accrue des visites des personnes trans et non-binaires chez des psychologues ou des psychiatres n'est donc pas due à des problèmes psychologiques, mais à des projets de mesures de réassignation sexuelle³⁰¹, d'où le fait que les personnes qui planifiaient des interventions médicales de réassignation sexuelle au moment de l'enquête montraient une probabilité nettement plus forte ($OR = 2,27$)³⁰² d'avoir bénéficié de consultations psychologiques ou psychiatriques durant les 12 mois précédents que les personnes qui n'en prévoyaient pas. De manière générale, les personnes LGBT interrogées ont plus souvent fait appel à des psychologues ou des psychothérapeutes (35,4 %) qu'à des psychiatres (24,6 %). Cette différence apparaît aussi chez les personnes trans et non-binaires, dont respectivement 56 % et 61 % ont consulté des psychologues ou des psychothérapeutes et moins de la moitié (respectivement 47,5 % et 42,5 %) se sont rendus chez des psychiatres.

Par rapport à l'échantillon LGB de l'ESS, la proportion de personnes de l'étude « LGBT Health » qui ont recouru à des psychologues ou des psychiatres est nettement plus élevée. Cette différence s'explique par différents facteurs. D'abord, il est possible que l'augmentation de la détresse psychologique liée à la pandémie de COVID-19 ait joué un rôle. Ensuite, la question posée dans le cadre de l'ESS s'intéressait aux *traitements* suivis auprès de psychothérapeutes ou de psychiatres, tandis que dans « LGBT Health », elle portait sur les visites auprès de ces spécialistes, ce qui inclut les conseils. L'élément déterminant réside toutefois probablement dans la forte proportion de personnes trans/non-binaires de l'échantillon de « LGBT Health », des personnes qui, lors d'une transition, sont tenues d'avoir un suivi psychothérapeutique ou psychiatrique.

²⁹⁶ $\chi^2(3) = 245,384$; $p < ,001$

²⁹⁷ $p < ,001$ dans chaque cas

²⁹⁸ $p < ,001$ dans chaque cas

²⁹⁹ $p < ,001$ dans chaque cas

³⁰⁰ $p = ,064$

³⁰¹ La question portait certes explicitement sur les visites faites auprès de psychologues/psychiatres en raison d'un problème psychologique, mais cela n'exclut pas que les personnes interrogées aient indiqué ici les consultations psychiatriques effectuées pour se conformer aux dispositions légales.

³⁰² $p < ,001$

Cet effet se retrouve également dans les visites chez les **endocrinologues**. Au total, 15 % des personnes ayant participé à « LGBT Health » s'étaient rendues chez un ou une endocrinologue au cours de l'année précédente³⁰³. Cette proportion ne représentait toutefois que 3 à 6 % des personnes cis LGB interrogées, contre près de la moitié des personnes trans/non-binaires interrogées (47,0 %) (voir fig. 24)³⁰⁴. Ce lien entre l'identité sexuelle ou l'identité de genre et une consultation d'endocrinologie demeurait significatif une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées ainsi que la prise d'un traitement hormonal et l'état de santé des personnes interrogées comparé à la période avant la pandémie pris en compte. Par rapport aux personnes trans/non-binaires, les femmes cis lesbiennes ($OR = 0,06$), les hommes cis gays ($OR = 0,10$) et les personnes cis bisexuelles ($OR = 0,15$) présentaient une probabilité nettement moindre³⁰⁵ d'avoir consulté un ou une endocrinologue au cours des 12 mois précédents. Conformément aux attentes, il apparaît en outre clairement que les personnes qui suivaient un traitement hormonal présentaient une probabilité accrue ($OR = 7,20$)³⁰⁶ de s'être rendues chez des endocrinologues dans ce laps de temps que les autres. Le constat selon lequel les différences identifiées découlent moins de l'identité sexuelle des personnes interrogées que de leur identité de genre ressort également lorsque l'on compare les visites chez des endocrinologues des personnes cis, trans et non-binaires. Dans ce cadre, la probabilité de s'être rendues à une consultation d'endocrinologie dans l'année précédant l'enquête est en effet – compte tenu des caractéristiques mentionnées – respectivement 20 fois et près de 5 fois plus élevée pour les personnes trans ($OR = 20,75$) et non-binaires ($OR = 4,45$) que pour les personnes cis³⁰⁷.

Sur l'ensemble des personnes LGBT interrogées, 16 % étaient allées au moins une fois dans un **centre de compétences pour la santé sexuelle** au cours des 12 mois précédant l'enquête³⁰⁸. Ce sont les hommes cis gays (29,7 %) qui s'y sont le plus souvent rendus durant ce laps de temps. Parmi les personnes trans/non-binaires et cis bisexuelles interrogées, respectivement 15 % et 10 % ont indiqué avoir consulté un tel centre. C'est chez les femmes cis lesbiennes (3,0 %) que ces visites étaient les plus rares (voir fig. 24)³⁰⁹. La différence entre les hommes cis gays d'une part et les personnes trans/non-binaires et cis bisexuelles d'autre part semble toutefois surtout s'expliquer par la prise d'une PrEP. En effet, une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et le statut relationnel ainsi que la nationalité des personnes interrogées contrôlés, les personnes qui avaient recouru à la PrEP montraient une probabilité 10 fois plus élevée que les autres de s'être rendues dans un centre de ce type ($OR = 9,90$)³¹⁰. Comparées aux personnes trans/non-binaires, seules les femmes cis lesbiennes présentaient une probabilité significativement réduite, compte tenu des facteurs précités (y c. la PrEP), d'avoir consulté un centre de compétences pour la santé sexuelle ($OR = 0,32$)³¹¹. La probabilité dans ce domaine était également plus faible pour les personnes qui entretenaient une relation stable que pour celles qui n'en avaient pas ($OR = 0,55$)³¹². En revanche, les hommes faisaient état d'une probabilité significativement supérieure à celle des femmes (sexe assigné à la naissance) de s'être rendus dans un centre de compétences au cours de l'année précédente ($OR = 2,13$)³¹³.

Parmi les femmes cis et les personnes trans/non-binaires interrogées, un peu moins de la moitié (45,5 %) s'étaient rendues à une consultation de **gynécologie** au cours de l'année précédant l'enquête³¹⁴. La proportion de femmes cis bisexuelles (58,1 %) et lesbiennes (49,0 %) ayant fait cette démarche était significativement plus élevée que chez les personnes trans/non-binaires (34,5 %)³¹⁵. Une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation

³⁰³ Au total, 1869 personnes ont répondu à cette question.

³⁰⁴ $\chi^2(3) = 519,342$; $p < ,001$

³⁰⁵ $p < ,001$ dans chaque cas

³⁰⁶ $p < ,001$

³⁰⁷ $p < ,001$ dans chaque cas

³⁰⁸ En font partie les checkpoints, les centres de conseil en santé sexuelle, les centres d'aide contre le SIDA, etc. ; 1881 personnes ont répondu à cette question.

³⁰⁹ $\chi^2(3) = 158,091$; $p < ,001$

³¹⁰ $p < ,001$

³¹¹ $p = ,025$

³¹² $p < ,001$

³¹³ $p = ,025$

³¹⁴ Les données de 1195 femmes cis et personnes trans/non-binaires étaient disponibles sur ce sujet.

³¹⁵ $\chi^2(2) = 42,554$; $p < ,001$

et la nationalité des personnes interrogées pris en considération, il apparaissait que la probabilité pour les femmes cis bisexuelles d'avoir eu une consultation gynécologique au cours des 12 mois précédant l'enquête était pratiquement doublée en comparaison des personnes trans/non-binaires ($OR=1,90$)³¹⁶. La différence dans le recours aux prestations de gynécologie demeure lorsque l'on exclut des analyses les personnes trans et non-binaires qui se sont vu assigner un sexe masculin à la naissance, les femmes cis lesbiennes (48,8 %) et bisexuelles (55,3 %) ayant indiqué nettement plus souvent que les personnes trans et non-binaires (40,7 %) avoir consulté un ou une gynécologue au cours de l'année précédant l'enquête³¹⁷. En prenant en compte l'âge, le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées, les femmes cis bisexuelles avaient toujours une probabilité significativement accrue par rapport aux personnes trans/non-binaires de s'être rendues à une consultation de gynécologie dans les 12 mois précédents ($OR = 1,69$)³¹⁸.

Parmi les femmes cis et les personnes trans/non-binaires qui n'avaient *pas* eu de consultation gynécologique au cours des 12 mois précédant l'enquête³¹⁹, les femmes cis lesbiennes (51,8 %) et cis bisexuelles (55,7 %) étaient proportionnellement plus nombreuses que les personnes trans/non-binaires (35,4 %) à avoir indiqué que leur dernière consultation gynécologique remontait au maximum à 1 ou 2 ans³²⁰. En comparaison des femmes cis lesbiennes (15,5 %) et bisexuelles (26,1 %), la part des personnes trans/non-binaires (38,3 %) ayant répondu ne jamais avoir consulté de gynécologue était par contre significativement plus élevée³²¹. La signification statistique de ces différences disparaissait toutefois lorsque l'on considérait l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées.

La situation est tout autre en ce qui concerne les visites chez les **urologues**, puisque les hommes cis gays (11,0 %) et bisexuels (9,4 %) étaient légèrement plus nombreux que les personnes trans/non-binaires (7,2 %) à avoir bénéficié d'une consultation d'urologie durant l'année précédant l'enquête³²². Aucun écart significatif n'a été identifié entre les groupes de comparaison à cet égard (voir fig. 24)³²³, y compris en prenant en compte l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées. Lorsque l'on considérait ces caractéristiques, aucun lien n'apparaissait non plus entre l'identité de genre des personnes interrogées et les consultations en urologie.

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 19 % des personnes participant à « LGBT Health » avaient été admises d'urgence aux **urgences d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une polyclinique**³²⁴. Dans ce domaine, les différences entre les groupes de comparaison sont significatives (voir fig. 24). Ainsi, les personnes trans/non-binaires (24,8 %) avaient été proportionnellement bien plus nombreuses à se rendre dans un service d'urgence que les personnes cis bisexuelles (20,5 %), les hommes cis gays (16,6 %) et les femmes cis lesbiennes (15,0 %)³²⁵. Une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées ainsi qu'une éventuelle modification de l'état de santé consécutive à la pandémie de coronavirus pris en compte, la probabilité des femmes cis lesbiennes d'avoir été admises aux urgences au cours des 12 derniers mois était significativement inférieure à celle des personnes trans/non-binaires ($OR = 0,55$)³²⁶. Chez les hommes cis gays, cet écart n'était que tendanciel ($OR = 0,70$)³²⁷. Il est en outre apparu que les personnes de plus de 50 ans présentaient

³¹⁶ $p < ,001$

³¹⁷ $\chi^2(2) = 12,948$; $p = ,002$

³¹⁸ $p = ,002$

³¹⁹ Au total, les données de 516 personnes ont pu être prises en compte.

³²⁰ $\chi^2(4) = 33,905$; $p < ,001$

³²¹ $\chi^2(2) = 26,949$; $p < ,001$

³²² Les données de 1103 hommes cis et personnes trans/non-binaires étaient disponibles sur ce sujet.

³²³ $p = ,120$

³²⁴ 1950 personnes ont donné des précisions concernant cette question.

³²⁵ $\chi^2(3) = 18,483$; $p < ,001$

³²⁶ $p = ,002$

³²⁷ $p = ,068$

une probabilité moindre que les plus jeunes (15 à 29 ans) ($OR = 0,66$)³²⁸ d'avoir été admises aux urgences d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une polyclinique dans le courant de l'année.

Prévention du cancer

Dans le cadre de l'ESS (2012, 2017), la majorité (87,2 %) des femmes (sexe selon les registres) de 20 ans et plus ont indiqué avoir eu au moins une fois dans leur vie un **frottis du col de l'utérus** (frottis vaginal)³²⁹. Les légères différences identifiées entre les groupes de comparaison dans ce domaine (voir fig. 25) n'étaient pas statistiquement significatives³³⁰. Une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le niveau de formation et le revenu net personnel des femmes interrogées (sexe selon les registres) pris en compte, il apparaissait que par rapport aux femmes hétérosexuelles, les femmes lesbiennes montraient une probabilité plus faible d'avoir déjà eu un frottis du col de l'utérus ($OR = 0,51$)³³¹. Les femmes (de 20 ans et plus) interrogées étaient proportionnellement moins nombreuses à avoir effectué une **mammographie** (46,3 %) qu'un frottis vaginal³³². En comparaison des femmes hétérosexuelles (46,8 %), la part des femmes bisexuelles (32,0 %) et lesbiennes (34,7 %) qui avaient eu une mammographie était certes bien plus faible (voir fig. 25)³³³, mais ce lien semble reposer sur d'autres facteurs. En effet, il n'était plus statistiquement significatif lorsque l'on considérait l'année du relevé ainsi que l'âge, le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées³³⁴. La probabilité d'avoir déjà passé une mammographie était en revanche 5 fois plus élevée chez les femmes âgées de 30 à 49 ans ($OR = 5,56$)³³⁵ et près de 60 fois plus élevée chez les femmes de 50 ans et plus ($OR = 59,75$) que chez les plus jeunes (16 à 29 ans)³³⁶. Cela n'a rien de surprenant quand on sait que les mammographies sont recommandées à partir de 50 ans.

³²⁸ $p = ,039$

³²⁹ Au total, 13 668 personnes (de 20 ans et plus) (données pondérées) ont répondu à cette question.

³³⁰ $p = ,158$

³³¹ $p = ,024$

³³² Les données de 13 808 femmes (de 20 ans et plus) (données pondérées) étaient disponibles sur ce sujet.

³³³ $\chi^2(2) = 36,349$; $p < ,001$

³³⁴ Femmes lesbiennes : $p = ,340$; femmes bisexuelles : $p = ,784$

³³⁵ $p < ,001$

³³⁶ $p = ,000$

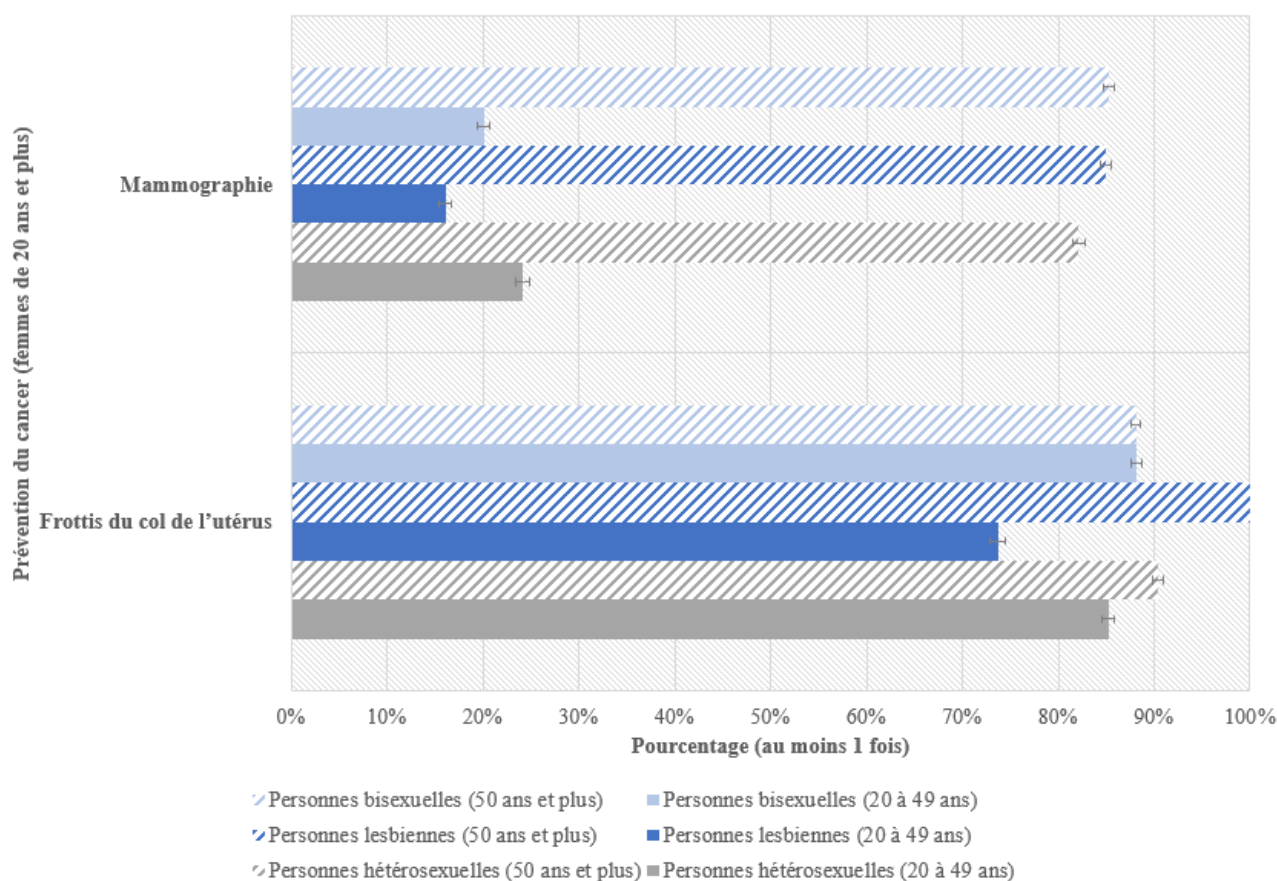


Figure 25 : Prévention du cancer (frottis du col de l'utérus, mammographie) (prévalence-vie-entière ; personnes de 20 ans et plus de sexe féminin selon les registres) ; données ventilées par groupe de comparaison et par âge ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

Dans le cadre de « LGBT Health », plus des trois quarts des personnes (79,9 %) assignées femmes à la naissance et âgées d'au moins 20 ans ont indiqué avoir déjà eu un **frottis du col de l'utérus** une fois dans leur vie³³⁷. Les femmes cis bisexuelles (84,1 %) et cis lesbiennes (82,9 %) étaient proportionnellement beaucoup plus nombreuses que les personnes trans/non-binaires (69,1 %) à cet égard (voir fig. 26)³³⁸. Une fois l'âge, le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées pris en compte, les femmes cis bisexuelles montraient une probabilité nettement plus forte que les personnes trans/non-binaires d'avoir déjà eu un frottis vaginal que de ne pas en avoir eu ($OR = 2,28$)³³⁹. À noter que l'âge des personnes interrogées avait une incidence significative sur la réalisation d'un tel frottis, puisque pratiquement toutes les femmes interrogées (sexe assigné à la naissance) des cohortes « 30 à 49 ans » et « 50 ans et plus » (respectivement 92,0 % et 92,1 %) en avaient déjà eu un, contre à peine deux tiers des 20 à 29 ans (66,1 %). En examinant les groupes de comparaison selon l'identité de genre, il apparaissait que les personnes trans (65,6 %) avaient indiqué significativement moins souvent que les personnes cis (84,5 %) et les personnes non-binaires (71,2 %) avoir déjà subi un frottis du col de l'utérus. Les écarts demeuraient significatifs lorsque l'on considérait l'âge, le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées ($OR = 0,45$)³⁴⁰.

À peine un quart (23,4 %) des femmes (sexe assigné à la naissance) de 20 ans et plus interrogées dans le cadre de « LGBT Health » avaient déjà eu une **mammographie** une fois dans leur vie³⁴¹. C'était le cas pour une proportion des femmes cis lesbiennes (28,6 %) légèrement supérieure à celle des femmes cis bisexuelles (17,9 %) et des personnes trans/non-binaires (19,2 %) (voir fig. 26)³⁴². Compte tenu de l'âge, du niveau de formation et de la nationalité des personnes interrogées, le lien entre l'identité sexuelle ou l'identité de genre et une mammographie n'était cependant pas statistiquement significatif. Là encore, il était plus fréquent pour les femmes plus âgées de s'être soumises à cet examen. Par rapport aux 20 à 29 ans, les femmes de 50 ans et plus montraient ainsi une probabilité 33 fois plus forte d'avoir déjà passé une mammographie ($OR = 33,19$) et les femmes de 30 à 49 ans une probabilité presque triplée ($OR = 2,70$)³⁴³. De même, les personnes possédant un passeport suisse présentaient une probabilité supérieure à celle des personnes apatrides ou de nationalité étrangère ($OR = 1,94$)³⁴⁴ d'avoir déjà eu une mammographie.

³³⁷ Au total, 953 personnes âgées d'au moins 20 ans et assignées femmes à la naissance ont répondu à cette question. Contrairement à l'ESS (2012, 2017), l'enquête « LGBT Health » comportait deux questions sur le frottis du col de l'utérus. Les femmes (sexe assigné à la naissance) qui avaient déclaré lors de la première question n'avoir encore jamais eu de frottis du col de l'utérus ou ne pas savoir si c'était le cas se voyaient expliquer que ce test faisait généralement partie des contrôles gynécologiques annuels. Il leur était ensuite à nouveau demandé si elles avaient déjà subi un frottis.

³³⁸ $\chi^2(2) = 22,320$; $p < ,001$

³³⁹ $p < ,001$

³⁴⁰ $p = ,003$

³⁴¹ Au total, 953 personnes âgées d'au moins 20 ans et assignées femmes à la naissance ont répondu à cette question.

³⁴² $\chi^2(2) = 13,769$; $p = ,001$

³⁴³ $p < ,001$ dans chaque cas

³⁴⁴ $p = ,012$

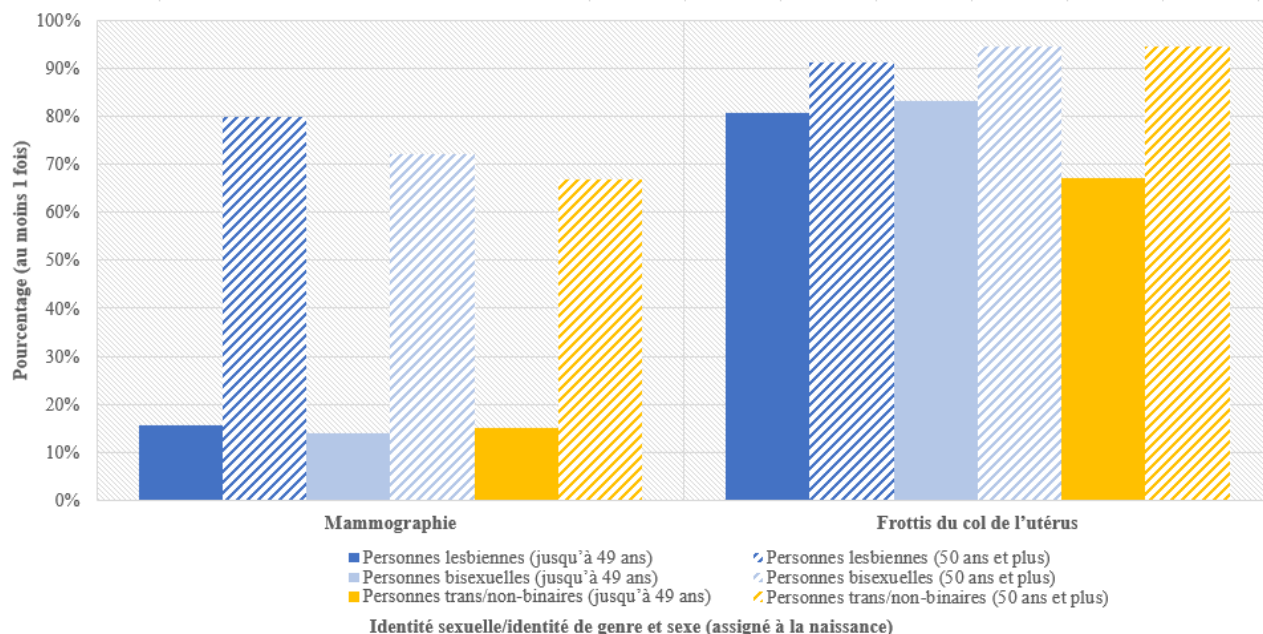


Figure 26 : Prévention du cancer (frottis du col de l'utérus, mammographie) (personnes de 20 ans et plus assignées femmes à la naissance) ; données ventilées par groupe de comparaison et âge ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

Une bonne moitié (51,1 %) des hommes de 40 ans et plus (sexe selon les registres) ont déclaré dans l'ESS (2012, 2017) avoir déjà subi au moins une fois dans leur vie un **examen de la prostate**³⁴⁵. La proportion des hommes hétérosexuels (50,9 %) qui avaient déjà passé ce type d'examen était inférieure à celle des hommes bisexuels (61,9 %) mais comparable à celles des hommes gays (50,4 %) (voir fig. 27)³⁴⁶. Ce lien persistait une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées pris en compte, les hommes bisexuels présentant une probabilité plus forte que les hétérosexuels d'avoir déjà pris des mesures pour prévenir le cancer de la prostate ($OR = 1,66$)³⁴⁷. On observait également – comme pour la prévention du cancer chez les femmes interrogées (sexe selon les registres) – un effet marqué de l'âge, les hommes de 50 ans et plus montrant une probabilité 6 fois supérieure à celle des plus jeunes (40 à 49 ans) de s'être déjà soumis à un examen de prévention du cancer de la prostate ($OR = 6,09$)³⁴⁸.

³⁴⁵ Au total, 9035 hommes (sexe selon les registres) de 40 ans et plus (données pondérées) ont répondu à cette question.

³⁴⁶ $\chi^2(2) = 7,080$; $p = ,029$

³⁴⁷ $p = ,014$

³⁴⁸ $p < ,001$

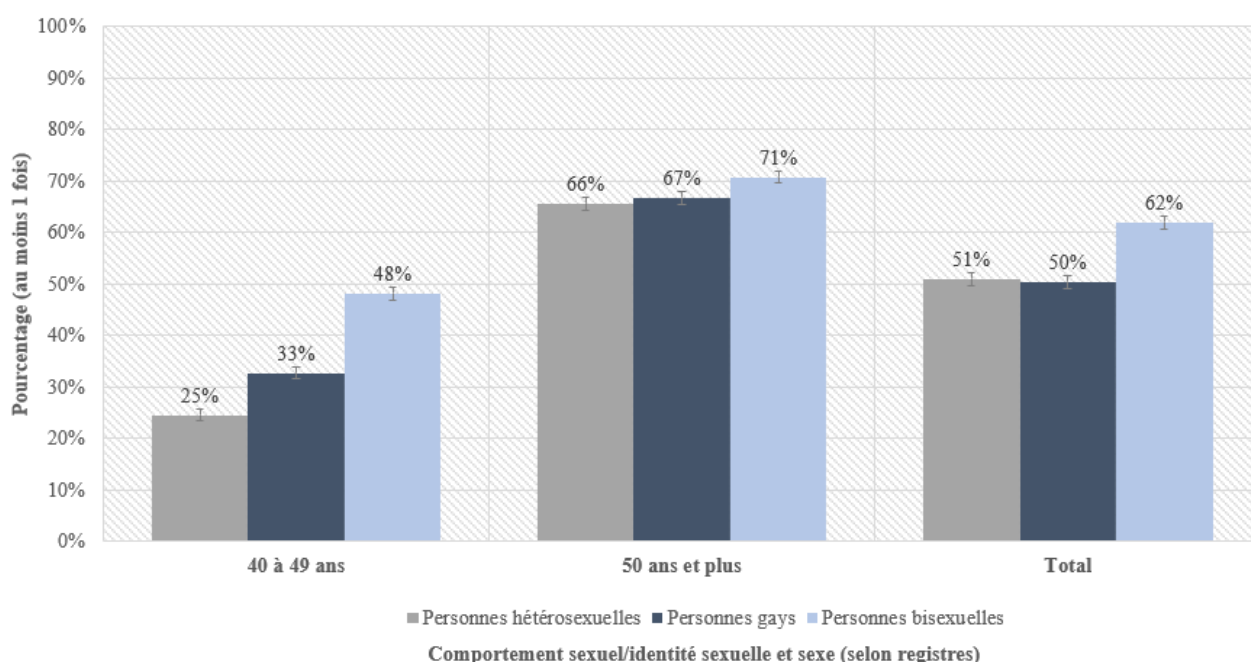


Figure 27 : Prévention du cancer (examen de la prostate) (prévalence-vie-entière ; hommes de 40 ans et plus [sexes selon les registres]) ; données ventilées par groupe de comparaison et par âge ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

Dans le cadre de « LGBT Health », toutes les personnes de 40 ans et plus auxquelles le sexe masculin avait été assigné à la naissance se sont vu poser des questions sur les examens de prévention du cancer de la prostate, des testicules et de l'anus. Au total, 45 % avaient déjà subi au moins une fois un examen de dépistage du cancer de la prostate³⁴⁹. Un nombre plus réduit avait déjà passé un examen de prévention du cancer des testicules (32,7 %) ³⁵⁰ ou de l'anus (27,1 %) ³⁵¹. Par rapport aux hommes cis bisexuels (63,6 %), la proportion des hommes cis gays (46,0 %) et des personnes trans/non-binaires (40,7 %) qui s'étaient déjà soumis à un examen de dépistage du cancer de la prostate était plus faible³⁵². Il en allait de même pour les examens de prévention du cancer des testicules et du cancer de l'anus, qui étaient significativement moins fréquents chez les hommes cis gays (respectivement 35,2 % et 30,6 %) et les personnes trans/non-binaires (20,8 % et 14,3 %) que chez les hommes cis bisexuels (54,5 % et 40,0 %) (voir fig. 28)³⁵³. Ce lien entre l'identité sexuelle ou de genre et le recours à un examen de prévention du cancer de la prostate, de l'anus ou des testicules demeurerait statistiquement significatif une fois l'âge, le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées pris en considération. Les hommes cis gays et bisexuels présentaient ainsi une probabilité nettement plus forte que les personnes trans/non-binaires d'avoir déjà subi au moins une fois un examen de dépistage du cancer de la prostate (respectivement $OR = 1,87$ et $OR = 6,38$)³⁵⁴, de l'anus ($OR = 3,09$ et $OR = 6,00$)³⁵⁵ et des testicules ($OR = 2,30$ et $OR = 5,24$)³⁵⁶. Comme chez les femmes, l'âge des hommes interrogés

³⁴⁹ Au total, 369 personnes âgées de 40 ans et plus et assignées hommes à la naissance ont répondu à cette question.

³⁵⁰ Au total, 352 personnes âgées de 40 ans et plus et assignées hommes à la naissance ont répondu à cette question.

³⁵¹ Au total, 362 personnes âgées de 40 ans et plus et assignées hommes à la naissance ont répondu à cette question.

³⁵² $p = ,321$

³⁵³ Cancer des testicules : $\chi^2(2) = 8,127$, $p = ,017$; cancer de l'anus : $\chi^2(2) = 9,489$, $p = ,009$ (pour chacun, une cellule contenait des fréquences attendues inférieures à 5).

³⁵⁴ $p = ,032$ (hommes cis gays) ; $p = ,014$ (hommes cis bisexuels)

³⁵⁵ $p = ,001$ (hommes cis gays) ; $p = ,017$ (hommes cis bisexuels)

³⁵⁶ $p = ,010$ (hommes cis gays) ; $p = ,016$ (hommes cis bisexuels)

(sexe assigné à la naissance) semble jouer un rôle plus important dans la question relative aux examens de prévention du cancer. Compte tenu des caractéristiques mentionnées et du comportement sexuel ou de l'identité sexuelle, les hommes d'au moins 50 ans montraient en effet une probabilité près de 9 fois plus élevée d'avoir eu un examen de dépistage du cancer de la prostate ($OR = 8,70$) que les plus jeunes (40 à 49 ans)³⁵⁷, par rapport auxquels ils présentaient par ailleurs une probabilité nettement accrue de s'être soumis à un examen de prévention du cancer des testicules ($OR = 2,31$)³⁵⁸ ou de l'anus ($OR = 3,16$)³⁵⁹.

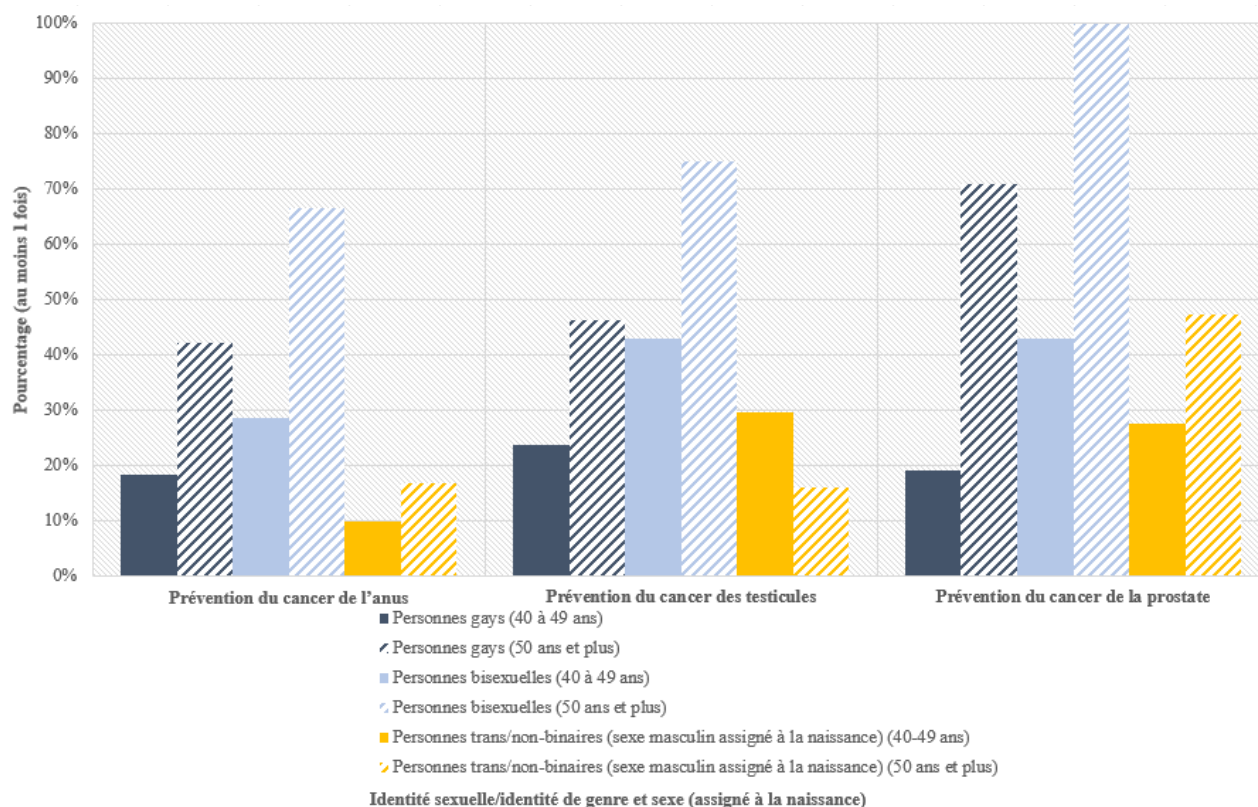


Figure 28 : Prévention du cancer (de la prostate, des testicules, de l'anus) (personnes de 40 ans et plus assignées hommes à la naissance) ; données ventilées par groupe de comparaison et par âge ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

Test de dépistage du coronavirus

Dans le cadre de « LGBT Health », 79 % de toutes les personnes interrogées avaient déjà fait au moins un test de dépistage du coronavirus³⁶⁰. Plus de la moitié (52,3 %) d'entre elles en avaient déjà effectué plus de trois³⁶¹. Des différences significatives entre les groupes de comparaison ont cependant été constatées³⁶², les hommes cis gays (81,4 %) et les femmes cis lesbiennes (80,7 %) ayant indiqué un peu plus souvent que les personnes cis bisexuelles (78,4 %) et trans/non-binaires (73,7 %) s'être déjà soumis à au moins un test de dépistage du coronavirus. Si l'on tient compte de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation et de la nationalité des personnes interrogées ainsi que de la présence d'une maladie chronique, seuls les hommes cis gays présentaient toutefois une probabilité nettement plus forte que les personnes trans/non-binaires d'avoir déjà effectué au moins une fois un tel

³⁵⁷ $p < ,001$

³⁵⁸ $p < ,001$

³⁵⁹ $p < ,001$

³⁶⁰ Au total, 2004 personnes ont répondu à cette question.

³⁶¹ 1577 personnes ont fourni des précisions sur le nombre de tests de dépistage du coronavirus effectués.

³⁶² $\chi^2(3) = 11,559$; $p = ,009$

test ($OR = 1,74$)³⁶³. Il est en outre apparu que les personnes ayant suivi des études supérieures montraient une probabilité supérieure à celles ayant un diplôme de niveau inférieur ($OR = 1,32$)³⁶⁴ de s'être déjà fait tester au moins une fois pour le coronavirus. À noter que bien qu'un âge avancé soit considéré comme un facteur de risque de développer une forme sévère de COVID-19, les personnes de 50 et plus montraient une probabilité significativement moindre que les 15 à 29 ans d'avoir déjà effectué un test de dépistage ($OR = 0,54$)³⁶⁵.

Traitement hormonal substitutif et interventions de réassignation sexuelle

Dans le cadre de l'ESS (2012, 2017), 9 % des femmes de 35 ans et plus (sexe selon les registres) ont indiqué suivre un traitement hormonal substitutif en lien avec la ménopause au moment de l'enquête³⁶⁶. Par rapport aux femmes hétérosexuelles (9,3 %), les femmes lesbiennes (12,2 %) et bisexuelles (11,9 %) étaient légèrement plus nombreuses à cet égard (voir fig. 29). Cet écart n'était cependant pas significatif statistiquement³⁶⁷. En considérant l'année du relevé ainsi que l'âge, le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées, les femmes homo- et bisexuelles présentaient cependant une probabilité nettement plus élevée que les hétérosexuelles de prendre un traitement hormonal ($OR = 1,81$)³⁶⁸. Conformément aux attentes, l'âge des personnes interrogées influait plus fortement sur le suivi ou non d'une thérapie hormonale en lien avec la ménopause, les femmes d'au moins 50 ans ayant une probabilité nettement plus forte en la matière que les plus jeunes (35 à 49 ans) ($OR = 3,28$)³⁶⁹.

L'image qui ressortait de « LGBT Health » était similaire, puisque 8 % des femmes (sexe assigné à la naissance) de 35 ans et plus interrogées dans cette enquête suivaient un traitement hormonal substitutif en lien avec la ménopause³⁷⁰. Il n'est guère étonnant de constater qu'aucune des personnes trans/non-binaires interrogées ne prenait un tel traitement. La proportion des femmes cis lesbiennes (9,1 %) et bisexuelles (10,3 %) ayant répondu positivement à cette question était d'environ 10 % pour chaque groupe.

³⁶³ $p = ,003$

³⁶⁴ $p = ,037$

³⁶⁵ $p < ,001$

³⁶⁶ Au total, 9908 femmes (sexe selon les registres) (données pondérées) ont répondu à cette question.

³⁶⁷ $p = ,375$

³⁶⁸ $p < ,007$; vu leur faible nombre, les femmes lesbiennes et bisexuelles ont été regroupées en une seule catégorie aux fins des présentes analyses.

³⁶⁹ $p < ,001$

³⁷⁰ Au total, 323 femmes (sexe assigné à la naissance) de 35 ans et plus ont répondu à cette question.

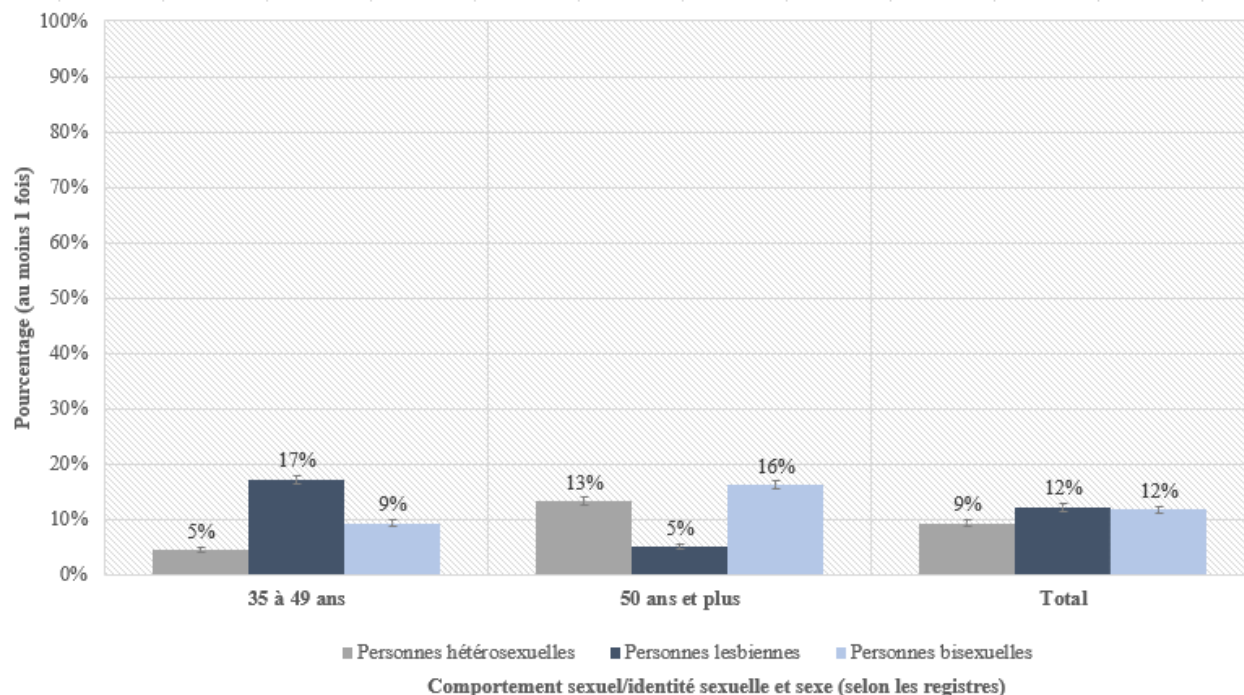


Figure 29 : Traitement hormonal substitutif en lien avec la ménopause (femmes de 35 ans et plus [sexe selon les registres]) ; données ventilées par groupe de comparaison ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

La question posée dans « LGBT Health » au sujet du traitement hormonal substitutif faisait référence au contexte non seulement de la ménopause mais aussi de la transition. Il en ressort que 80 % de toutes les personnes trans et 15 % des personnes non-binaires prenaient des hormones dans le cadre de leur transition au moment de l'enquête³⁷¹. Si l'on tient compte de l'âge et du sexe (assigné à la naissance), la probabilité des personnes trans d'être concernées était 21 fois plus élevée que pour les personnes non-binaires ($OR = 21,28$)³⁷². Parmi les personnes ayant déclaré prendre des hormones de substitution dans le cadre d'une transition figuraient davantage de personnes qui s'étaient vu attribuer un sexe masculin à la naissance (67,3 %) que de personnes assignées femmes à la naissance (40,0 %). Une fois l'âge et l'identité de genre (trans, non-binaire) contrôlés, la signification statistique de ce lien n'apparaissait toutefois que tendancielle³⁷³.

Parallèlement à un traitement hormonal substitutif, d'autres interventions médicales peuvent être réalisées en vue d'une réassignation sexuelle. C'est la raison pour laquelle une question s'intéresse aux mesures prises ou prévues dans ce cadre. Environ la moitié des personnes trans interrogées lors de l'enquête « LGBT Health » ont indiqué avoir recouru (66,4 %) et/ou planifier le recours (51,7 %) à des interventions médicales supplémentaires ou différentes dans la perspective d'une réassignation sexuelle³⁷⁴. Parmi les personnes non-binaires interrogées, la proportion de celles qui avaient réalisé (23,8 %) ou prévu (36,3 %) ce type d'interventions était en revanche nettement moindre. Même une fois l'âge et le sexe assigné à la naissance pris en compte, la probabilité tant d'avoir déjà réalisé des interventions médicales en vue d'une réassignation sexuelle ($OR = 0,17$) que d'en avoir planifié ($OR = 0,46$) demeurait plus faible pour les personnes non-binaires que pour les personnes trans³⁷⁵. Si l'on considère les différentes interventions prévues et réalisées, il apparaît que la mesure la plus souvent projetée était une thérapie hormonale et/ou une opération de réassignation sexuelle (à l'exclusion de la poitrine, de la voix et du visage ; par ex. ablation de l'utérus, des ovaires, des testicules ou du pénis). Ce constat valait aussi bien pour les personnes

³⁷¹ Au total, 512 personnes ont répondu à cette question.

³⁷² $p = ,001$

³⁷³ $p = ,065$

³⁷⁴ 498 personnes trans/non-binaires ont donné des précisions sur des interventions de réassignation sexuelle réalisées, et autant sur des mesures prévues.

³⁷⁵ $p < ,001$ dans chaque cas

assignées femmes (respectivement 33,0 % et 33,9 %) que pour celles qui s'étaient vu attribuer un sexe masculin à la naissance (22,7 % et 62,5 %) (voir fig. 30, 31). Pour ce qui est des interventions médicales déjà effectuées dans une démarche de transition, les mesures les plus souvent mentionnées étaient là aussi le traitement hormonal et les opérations de réassignation sexuelle³⁷⁶.

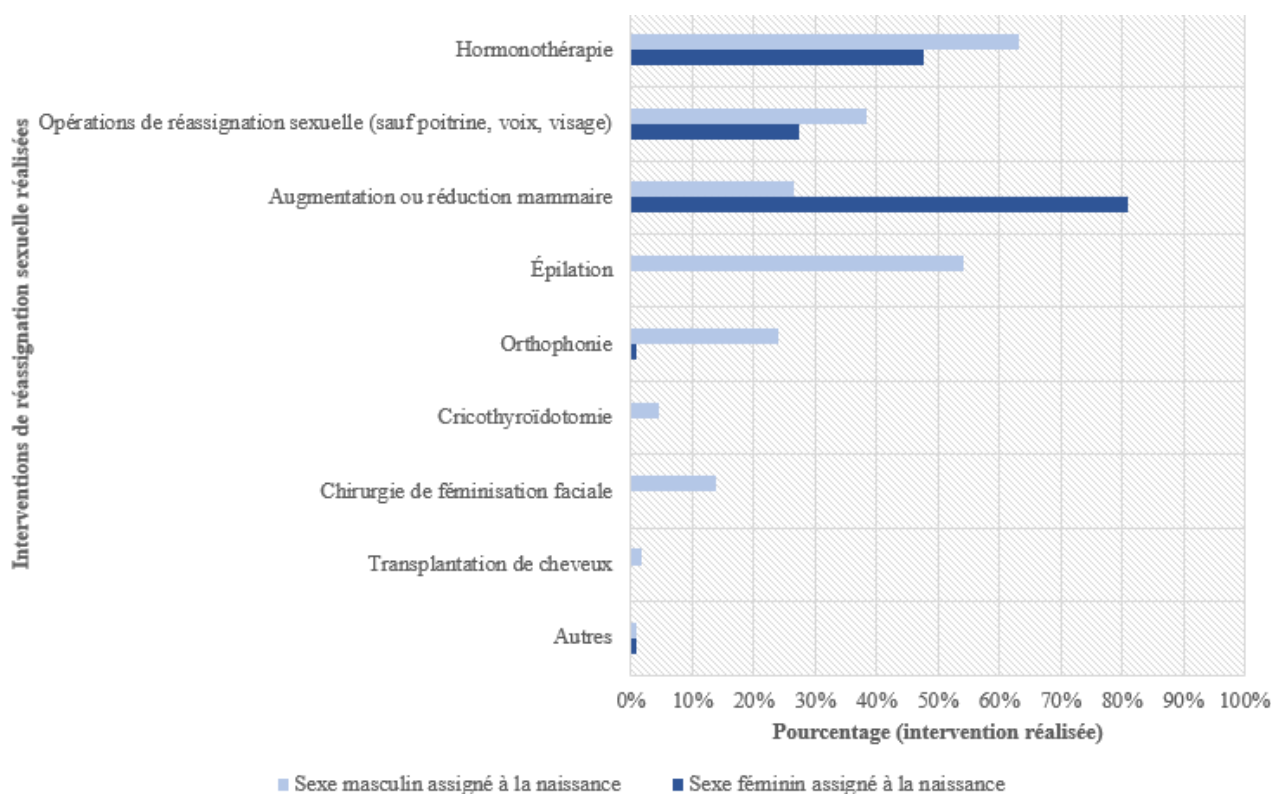


Figure 30 : Interventions médicales de réassignation sexuelle réalisées (personnes trans/non-binaires), ventilées par intervention et par sexe assigné à la naissance ; estimations non ajustées (plusieurs réponses possibles) (données : « LGBT Health »)

Une grande partie des personnes trans et non-binaires³⁷⁷ interrogées qui s'étaient vu assigner un sexe féminin à la naissance avaient soit subi (81,4 %) soit planifié (77,4 %) une réduction mammaire (mammectomie, aussi appelée mastectomie). Parmi les autres mesures les plus souvent citées figuraient le traitement hormonal (réalisé : 47,8 % ; prévu : 33,0 %) et d'autres opérations de réassignation sexuelle (réalisées : 27,4 % ; prévues : 33,9 %). Chez les personnes trans et non-binaires qui s'étaient vu attribuer un sexe masculin à la naissance, les interventions médicales visant une réassignation sexuelle indiquées comme étant planifiées et/ou réalisées étaient plus variées. Parmi les mesures les plus souvent prévues ou effectuées figuraient notamment : l'hormonothérapie, l'épilation, l'augmentation mammaire à l'aide d'implants, d'autres opérations de réassignation sexuelle, l'orthophonie, la « Facial Feminizing Surgery » (FFS ; « chirurgie de féminisation faciale ») et la « cricothyroïdotomie »³⁷⁸. Les personnes ayant réalisé ou planifié une transplantation de cheveux étaient plutôt rares (voir fig. 30, 31).

³⁷⁶ Au total, 222 personnes trans/non-binaires ont donné des précisions sur des interventions médicales de réassignation sexuelle déjà réalisées. De plus, 203 personnes trans/non-binaires ont donné des précisions sur des mesures prévues (des réponses multiples étaient autorisées dans les deux cas).

³⁷⁷ Au total, 113 (mesures réalisées) et 115 (mesures planifiées) personnes de sexe féminin (assigné à la naissance) ont précisé leur réponse à la question relative aux interventions médicales. Respectivement 109 et 88 personnes auxquelles un sexe masculin avait été attribué à la naissance ont fourni des précisions concernant les interventions effectuées ou prévues.

³⁷⁸ Laryngoplastie de réduction destinée à élever la fréquence de la voix/réduire la pomme d'Adam.

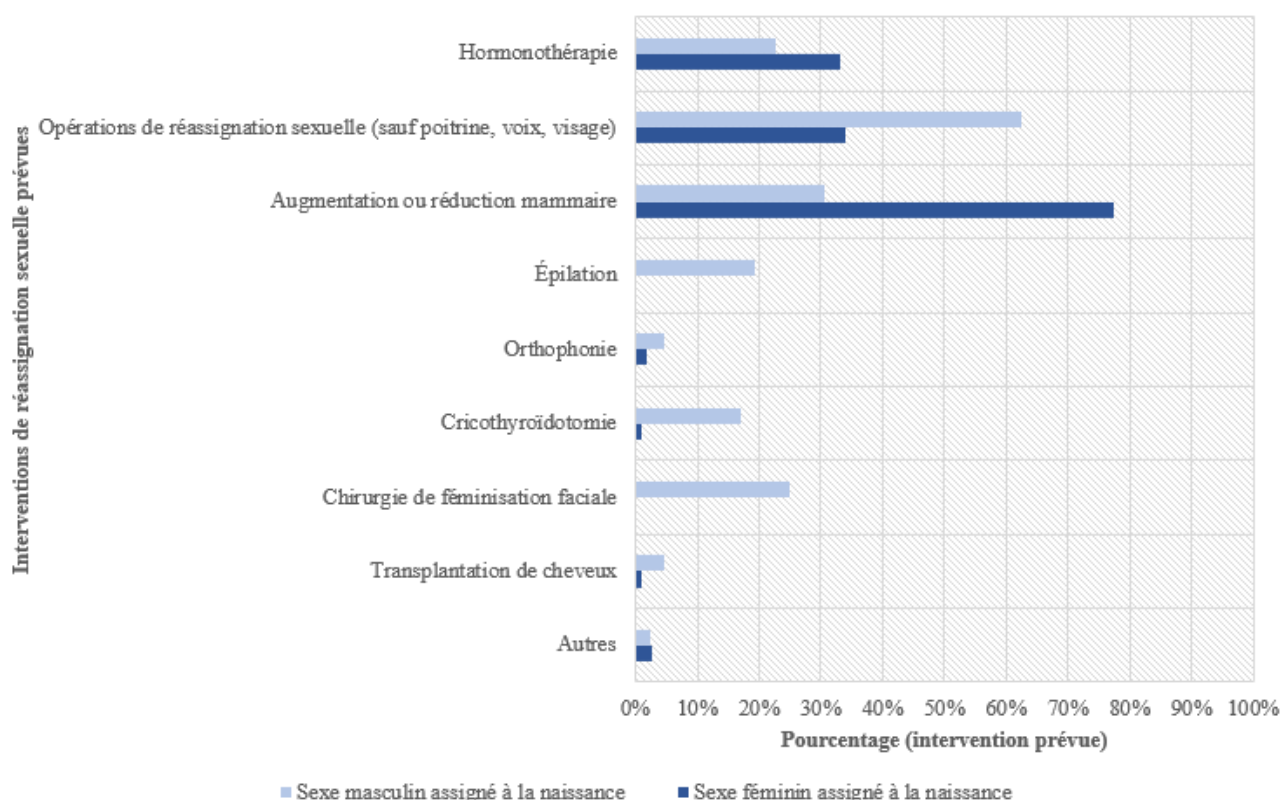


Figure 31 : Interventions médicales de réassignation sexuelle prévues (personnes trans/non-binaires), ventilées par intervention et par sexe assigné à la naissance ; estimations non ajustées (plusieurs réponses possibles) (données : « LGBT Health »)

Bilan intermédiaire : recours aux prestations de santé

La fréquence des visites chez les généralistes, spécialistes, psychologues et/ou psychiatres était nettement plus élevée chez les personnes LGB que dans le reste de la population. L'enquête « LGBT Health » révèle en outre d'importantes différences dans les spécialités auxquelles les personnes LGB ont recouru, les prestations requises variant en fonction des besoins spécifiques. Ainsi, les personnes trans/non-binaires interrogées ont nettement plus souvent consulté des endocrinologues et des psychologues et/ou des psychiatres que les personnes cis LGB interrogées, ce qui s'expliquait dans de nombreux cas par des projets d'interventions de réassignation sexuelle ou des mesures en cours (par ex. traitement hormonal substitutif). Autrement dit, le fait que les personnes trans/non-binaires sollicitent davantage les psychologues ou les psychothérapeutes ne suffit pas pour conclure que leur détresse psychologique est plus grande. Ce sujet est repris plus en détail au point 4.4.2. De même, les visites plus fréquentes des hommes cis gays dans les centres de compétences pour la santé sexuelle répondent à un besoin spécifique. Elles étaient en effet souvent liées à la prise d'une prophylaxie de pré-exposition (PrEP) contre le VIH, une stratégie de protection surtout utilisée par les hommes gays (voir point 4.3.1.5).

Certes, le recours aux examens de prévention du cancer dépend avant tout de l'âge, puisque les personnes plus âgées sont plus nombreuses à se soumettre à ce type d'examens que les plus jeunes, mais on observe ici aussi des différences considérables entre les personnes LGB et le reste de la population, ainsi qu'entre les hommes cis et les femmes cis LGB d'un côté et les personnes trans/non-binaires de l'autre. Il est ainsi frappant de constater que les personnes bisexuelles effectuent plus fréquemment des examens de dépistage du cancer, ce qui vaut particulièrement pour les examens de prévention du cancer de la prostate chez les hommes (sexe respectivement selon les registres et assigné à la naissance). L'enquête « LGBT Health » a en outre révélé qu'il était bien moins fréquent pour les personnes trans/non-binaires de se soumettre à des examens de dépistage du cancer sexospécifiques que pour les personnes cis.

De manière générale, les résultats disponibles contredisent ainsi les conclusions d'autres études, selon lesquelles les personnes LGBT utilisent fondamentalement plus rarement les services de santé que le reste de la population (voir point 2.1). Or, si l'on considère le fardeau plus lourd que portent les personnes LGBT en matière de santé, il apparaît clairement que cela n'implique pas forcément qu'elles renoncent moins souvent aux soins médicaux, en particulier eu égard aux expériences de discrimination et de violence qu'elles vivent dans le système de santé (voir points 4.2.1, 4.2.2). À l'instar des conclusions disponibles sur ces expériences de discrimination et sur les motifs de renoncement, les résultats concernant le recours aux prestations de santé révèlent avant tout le besoin d'offrir des formations continues appropriées aux personnels de santé et de poursuivre les recherches sur des approches thérapeutiques spécifiquement adaptées aux personnes LGBT.

La limitation de l'accès aux soins due à la pandémie de COVID-19 revêt un aspect singulier en ce qui concerne le recours aux prestations de santé, en ce sens qu'il représente lui aussi un risque particulier pour les personnes trans et non-binaires qui planifient ou réalisent des interventions médicales en vue d'une réassignation sexuelle durant cette période. Une étude allemande récente montre ainsi que bon nombre des 1101 personnes trans interrogées qui recouraient à des interventions médicales de réassignation sexuelle au moment de l'enquête s'étaient vu limiter l'accès à ces mesures (par ex. épilation, suivi après une opération de réassignation sexuelle, traitement hormonal substitutif) en raison des restrictions liées au coronavirus. Plus de la moitié des 1392 personnes trans interrogées qui planifiaient ou réalisaient ce type d'interventions s'inquiétaient des futures restrictions susceptibles de découler de la pandémie (Szűcs et al., 2021). Cette situation, qui constitue une pression supplémentaire, doit être prise en considération lors de la planification de mesures de lutte contre la pandémie.

4.3.2 Niveau social et communautaire : facteurs de risque et de protection

Au niveau social et communautaire, des informations ont été recueillies sur une sélection de facteurs de protection et de risque, c'est-à-dire des facteurs qui influencent le bien-être et la santé des gens en augmentant ou en atténuant le risque de contracter des maladies. Les indicateurs saisis dans les deux enquêtes (ESS, « LGBT Health ») à cet égard sont les suivants :

- sentiment de solitude ;
- soutien social³⁷⁹ ;
- état civil.

L'enquête « LGBT Health » s'est également penchée sur le **statut relationnel**, puis a invité les personnes interrogées à indiquer dans quelle mesure elles avaient abordé leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre transgenre ou non-binaire avec les différents groupes de personnes énumérés (**coming out extérieur**). Lorsque les personnes interrogées répondaient en avoir parlé à des membres des personnels de santé, des questions supplémentaires leur étaient posées quant au fait d'**aborder ouvertement** leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre.

4.3.2.1 Sentiment de solitude

À la question de savoir s'il leur arrivait de se sentir seules, 63 % de l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) ont répondu « jamais »³⁸⁰, à peine un tiers (32,6 %) « parfois » et les 4 % restants « assez souvent » ou « très souvent ». Les groupes de comparaison présentaient cependant de nettes différences, les personnes hétérosexuelles (36,4 %) étant celles à qui il arrivait le plus rarement de se sentir au moins parfois seules, alors que les hommes gays (45,1 %) et les personnes bisexuelles (47,3 %) éprouvaient un peu plus souvent de la solitude. Ce sont les femmes lesbiennes qui ont indiqué ressentir le plus souvent ce sentiment (53,7 %) (voir

³⁷⁹ Cet indicateur a été saisi à l'aide de l'« échelle d'Oslo » (notamment Dalgard, Bjørk et Tambs, 1995) ; les trois questions à la base de l'indice ayant été modifiées en 2017, les données des ESS 2012 et 2017 ont été évaluées séparément.

³⁸⁰ Au total, 29 882 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

fig. 32)³⁸¹. Les écarts identifiés se confirmaient lorsque l'on tenait compte de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du sexe (selon les registres) et du niveau de formation des personnes interrogées, la probabilité pour les hommes gays ($OR = 1,84$) et les personnes bisexuelles ($OR = 1,46$) étant alors nettement plus forte, par rapport au reste de la population, de se sentir au moins parfois seuls que de ne jamais éprouver ce sentiment³⁸². Comparées au reste de la population, les femmes lesbiennes montraient une probabilité tendanciellement accrue ($OR = 1,50$)³⁸³.

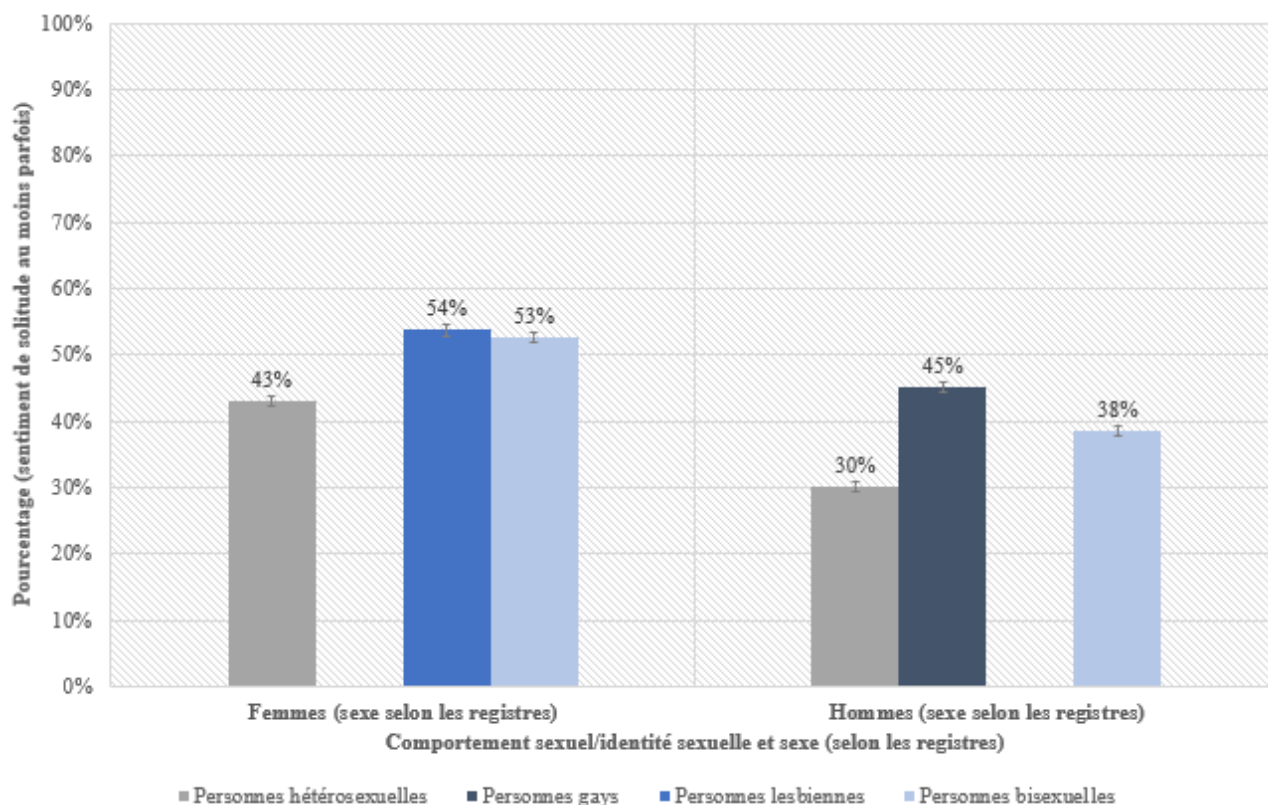


Figure 32 : Sentiment de solitude (au moins parfois) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

L'image qui ressort de « LGBT Health » est différente, puisque 84 % des personnes LGBT interrogées dans ce cadre ont indiqué se sentir au moins parfois seules³⁸⁴. À noter qu'il arrivait nettement plus fréquemment aux personnes trans/non-binaires (46,2 %) et cis bisexuelles (36,9 %) d'éprouver parfois à très souvent ce sentiment qu'aux femmes cis lesbiennes (21,4 %) et aux hommes cis gays (26,1 %) (voir fig. 33)³⁸⁵. Ce constat demeurerait valable lorsque l'on tenait compte de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation et du revenu net personnel des personnes interrogées : en comparaison des personnes trans/non-binaires, il était nettement moins probable pour les femmes cis lesbiennes ($OR = 0,49$), les hommes cis gays ($OR = 0,46$) et les personnes cis bisexuelles ($OR = 0,71$)³⁸⁶ de se sentir parfois à très souvent seuls que de ne jamais éprouver ce sentiment ou alors seulement de temps en temps. Le revenu net personnel des personnes interrogées avait lui aussi un effet significatif sur le sentiment de solitude, puisqu'il était moins probable pour les personnes ayant un revenu net personnel supérieur (plus de 4500 francs/mois), par rapport aux personnes ayant un revenu net plus modeste (moins de 4500 francs/mois) ($OR = 0,46$)³⁸⁷, de se sentir (très/assez) souvent seules que de ne jamais éprouver ce sentiment

³⁸¹ $\chi^2(3) = 50,035$; $p < ,001$

³⁸² $p < ,001$ dans chaque cas

³⁸³ $p = ,073$

³⁸⁴ Les données de 2061 personnes étaient disponibles sur ce sujet.

³⁸⁵ $\chi^2(6) = 108,052$; $p < ,001$

³⁸⁶ $p < ,001$ dans chaque cas

³⁸⁷ $p < ,001$

ou alors seulement de temps en temps. Les hommes étaient en revanche bien plus sujets à ce sentiment que les femmes (sexe assigné à la naissance) ($OR = 1,77$)³⁸⁸. Les résultats de « LGBT Health » révèlent ainsi que le sentiment de solitude accru des personnes LGBT interrogées est en partie lié à leur identité sexuelle ou de genre. Lors de l'interprétation de ces résultats, il convient toutefois aussi de garder à l'esprit que l'enquête a été menée à une période où davantage de gens se sentaient souvent seuls en raison des mesures mises en place pour lutter contre la pandémie de coronavirus (voir COVID-19 Social Monitor)³⁸⁹.

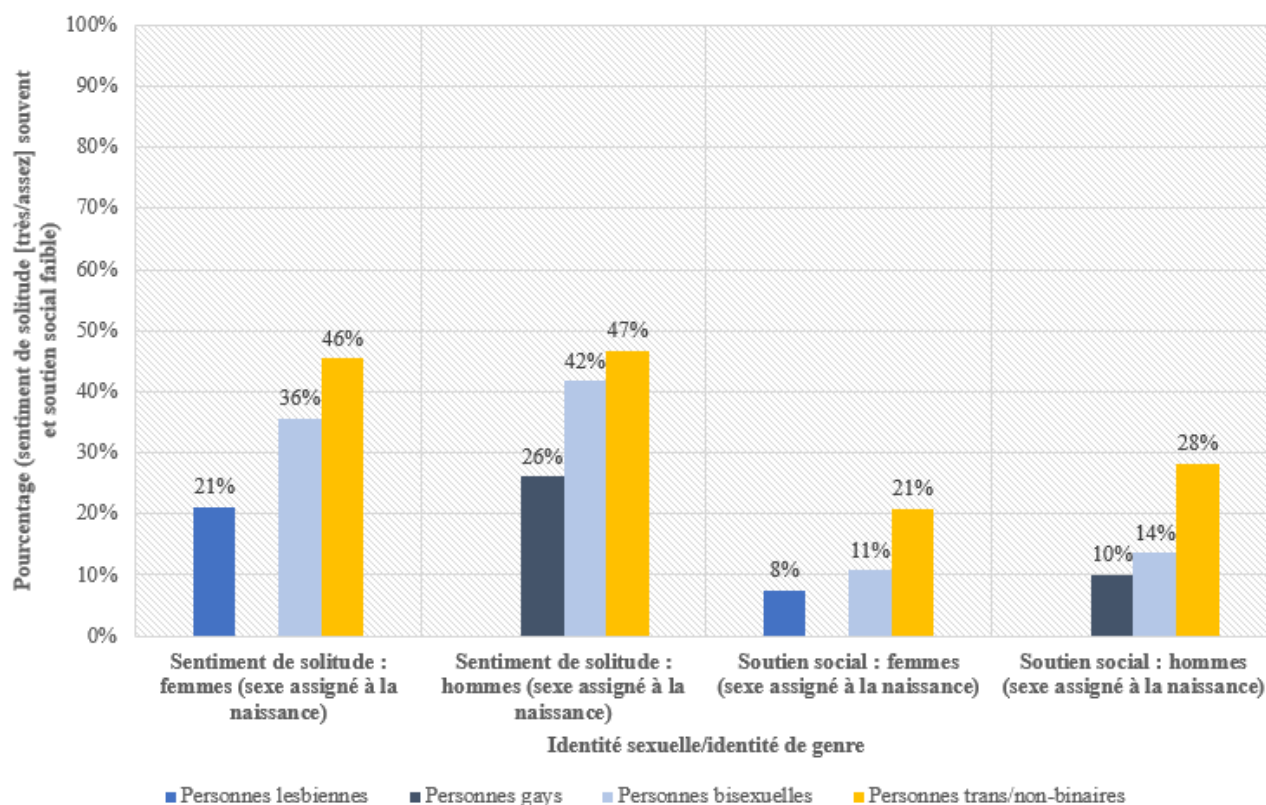


Figure 33 : Sentiment de solitude ([très/assez] souvent) et soutien social (faible) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : « LGBT Health »)

4.3.2.2 Soutien social

Tant en 2012 qu'en 2017, la majorité des personnes interrogées disposaient d'un soutien social moyen à fort (respectivement 90,1 % et 91,1 %) ³⁹⁰. Aucune différence significative n'a pu être observée entre les groupes de comparaison à cet égard ³⁹¹. En prenant en compte l'âge, le sexe (selon les registres) et le niveau de formation des personnes interrogées ³⁹², il apparaissait toutefois qu'aussi bien en 2012 qu'en 2017, les personnes bisexuelles présentaient une probabilité légèrement plus basse que les personnes hétérosexuelles de pouvoir compter sur un soutien social moyen à fort (2012 : $OR = 0,73$; 2017 : $OR = 0,62$) ³⁹³. L'âge avait une incidence significative lors des deux relevés, puisque les personnes de 50 ans et plus étaient nettement plus nombreuses à ne bénéficier que d'un faible soutien social (2012 : 12,0 % ; 2017 : 12,0 %) que les personnes âgées de 15 à 49 ans (2012 : 8,9 % ; 2017 : 6,8 %) ³⁹⁴.

³⁸⁸ $p < ,001$

³⁸⁹ <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

³⁹⁰ Les données disponibles en 2012 portaient sur un total de 12 874 personnes (données pondérées) et celles de 2017 sur 16 052 personnes (données pondérées).

³⁹¹ 2012 : $p = ,161$; une cellule contenant des fréquences attendues inférieures à 5, il est possible que les résultats soient erronés. Les écarts entre les groupes de comparaison n'étaient toutefois pas statistiquement significatifs en 2017 non plus ($p = ,120$).

³⁹² Vu les faibles fréquences dans les cellules, les hommes gays et les femmes lesbiennes ont été regroupés en une seule catégorie.

³⁹³ 2012 : $p = ,036$; 2017 : $p = ,020$

³⁹⁴ 2012 : $\chi^2(1) = 31,482$; $p < ,001$; 2017 : $\chi^2(1) = 131,099$; $p < ,001$

Dans le cadre de « LGBT Health », on retrouve également une majorité de personnes bénéficiant d'un soutien social moyen à fort (86,9 %) ³⁹⁵. Des différences significatives entre les groupes de comparaison ont cependant été constatées, à savoir que les personnes trans/non-binaires disposaient nettement plus rarement d'un soutien social fort (25,6 %) que les personnes cis LGB interrogées (45,5 à 47,9 %) (voir fig. 33) ³⁹⁶. Ce constat valait également lorsque l'on tenait compte de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation et du revenu net personnel des personnes interrogées. Par rapport aux personnes trans/non-binaires, les femmes cis lesbiennes ($OR = 2,70$) ³⁹⁷, les hommes cis gays ($OR = 2,68$) ³⁹⁸ et les personnes cis bisexuelles ($OR = 1,93$) ³⁹⁹ présentaient alors une probabilité nettement plus élevée de pouvoir compter sur un soutien social moyen à fort. Un effet significatif du sexe et de l'âge a en outre pu être observé dans ce domaine, la probabilité de disposer d'un soutien social moyen à fort étant moindre chez les hommes que chez les femmes ($OR = 0,62$) et chez les personnes plus âgées (50 ans et plus : $OR = 0,57$) ⁴⁰⁰ que chez les 15 à 29 ans.

4.3.2.3 État civil et statut relationnel

Parmi les personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017), 53 % étaient mariées, 35 % célibataires ou non mariées et 10 % divorcées ⁴⁰¹. Sur les 2 % restants, la plupart des personnes étaient veuves (1,8 %) et quelques rares autres étaient en partenariat enregistré ou dissous (0,4 %). Conformément aux attentes, il y avait de nettes différences entre les groupes de comparaison. Alors qu'une bonne moitié des personnes hétérosexuelles étaient mariées (54,5 %), la majorité des personnes LGB étaient célibataires ou non mariées (57,0 à 70,8 %). Néanmoins, 26 % des personnes bisexuelles étaient également mariées, à l'instar de 2 % des hommes gays et autant des femmes lesbiennes. S'agissant du partenariat enregistré, 22 % des femmes lesbiennes, 23 % des hommes gays et 4 % des personnes bisexuelles ont déclaré ce statut. Parmi les hommes gays, 1 % se trouvait dans un partenariat dissous.

L'enquête « LGBT Health » offrait un tableau similaire, avec, là aussi, une majorité de célibataires (77,4 %) ⁴⁰². Environ 12 % vivaient dans un partenariat enregistré (11,5 %) et à peine 2 % dans un partenariat dissous. De plus, 3 % des personnes interrogées étaient mariées et près de 5 % divorcées ou veuves. Les écarts entre les groupes de comparaison étaient là encore manifestes. Par rapport aux personnes cis LG et trans/non binaires (72,4 à 77,9 %), les personnes cis bisexuelles étaient ainsi plus souvent célibataires (83,7 %). Les hommes cis gays (17,9 %) et les femmes cis lesbiennes (17,8 %) vivaient en revanche plus fréquemment dans un partenariat enregistré que les personnes cis bisexuelles (4,9 %) et les personnes trans/non-binaires (2,3 %). Pour ce qui est du partenariat dissous, il y avait proportionnellement plus de femmes cis lesbiennes (3,4 %) que d'hommes cis gays (1,5 %), de personnes trans/non-binaires (1,2 %) et de personnes cis bisexuelles (0,5 %). Il est frappant de constater que les personnes trans/non-binaires (7,1 %) étaient plus souvent mariées que les personnes cis bisexuelles (3,9 %), les hommes cis gays (1,4 %) et les femmes cis lesbiennes (1,2 %). Cela valait également pour les statuts « divorcé·e·x » et « veuf veuve », indiqués par 9 % des personnes trans/non-binaires et par respectivement moins de 5 % des personnes cis LGB interrogées pour chaque statut (1,9 à 4,4 %).

Si 77 % des personnes LGBT interrogées étaient célibataires, 60 % de toutes les personnes interrogées vivaient dans une relation stable au moment de l'enquête ⁴⁰³, dont près de 7 % avec plusieurs partenaires ⁴⁰⁴. S'y ajoutaient 35 % se trouvant dans une relation libre ou polyamoureuse et 31 personnes entretenant une autre forme de relation (par ex. « anarchie relationnelle », « amitié+ »). Par contre, 38 % ont indiqué n'être dans aucune relation stable. La majorité des femmes cis lesbiennes interrogées étaient dans une relation stable (71,4 %), contre moins des deux tiers

³⁹⁵ Au total, les données de 1956 personnes étaient disponibles sur ce sujet.

³⁹⁶ $\chi^2(6) = 102,888$; $p < ,001$

³⁹⁷ $p < ,001$

³⁹⁸ $p < ,001$

³⁹⁹ $p = ,003$

⁴⁰⁰ Respectivement $p < ,022$ et $p = ,017$

⁴⁰¹ Cette information était disponible pour 29 911 personnes (données pondérées) (état civil selon les registres).

⁴⁰² 2062 personnes ont donné des précisions à ce sujet.

⁴⁰³ Au total, 1989 personnes ont répondu à cette question.

⁴⁰⁴ Au total, 1198 personnes vivaient dans une relation stable avec un ou une partenaire, ou avec plusieurs partenaires.

des hommes cis gays (63,1 %) et des personnes cis bisexuelles (62,7 %). Ce sont les personnes trans/non-binaires qui ont le moins souvent déclaré vivre dans une relation stable (44,0 %). Ces différences demeuraient significatives une fois l'âge et le sexe (assigné à la naissance) pris en compte. De manière générale, les personnes trans/non-binaires présentaient une probabilité significativement plus faible que les personnes cis ($OR = 0,42$)⁴⁰⁵ d'avoir des partenaires stables.

4.3.2.4 *Coming out extérieur et fait d'aborder ouvertement son orientation sexuelle et/ou son identité de genre*

S'agissant du coming out extérieur, toutes les personnes participant à « LGBT Health » ont été invitées à indiquer avec combien de personnes des différents domaines de leur vie (par ex. famille, cercle amical, travail, personnels de santé) elles avaient parlé de leur orientation sexuelle⁴⁰⁶. La même question a été posée aux personnes trans et non-binaires en ce qui concerne leur identité de genre transgenre ou non-binaire⁴⁰⁷. Il est intéressant de relever à cet égard que la majorité des personnes interrogées ont répondu avoir parlé de leur orientation sexuelle à quelques personnes appartenant aux différents groupes côtoyés (59,2 %) et que 39 % en avaient parlé à la majorité des personnes voire à toutes. Seuls 2 % n'en avaient ainsi soufflé mot à quiconque. Des différences significatives entre les groupes de comparaison ont cependant été constatées, les personnes cis bisexuelles (15,5 %) et trans/non-binaires (22,4 %) ayant abordé le sujet de leur orientation sexuelle avec la majorité ou la totalité des personnes se mouvant dans les différents domaines de leur vie nettement plus rarement que les femmes cis lesbiennes (46,2 %) et les hommes cis gays (49,5 %) interrogés⁴⁰⁸. Une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation, la nationalité et le revenu net personnel des personnes interrogées pris en compte, il était nettement plus probable pour les femmes cis lesbiennes ($OR = 2,14$) et les hommes cis gays ($OR = 2,48$), en comparaison des personnes trans/non-binaires, d'avoir parlé de leur situation avec la plupart des personnes que de n'avoir évoqué le sujet qu'avec quelques-unes d'entre elles⁴⁰⁹. Les personnes cis bisexuelles avaient quant à elles une probabilité significativement réduite ($OR = 0,55$) de l'avoir fait⁴¹⁰. L'âge jouait par ailleurs un rôle significatif, puisque les personnes plus âgées étaient plus susceptibles que les plus jeunes d'avoir abordé le sujet de leur orientation sexuelle avec la majorité des personnes voire avec toutes⁴¹¹.

Parmi les personnes trans et non-binaires interrogées, 69 % avaient signifié leur identité de genre transgenre ou non-binaire à quelques personnes appartenant à différents groupes côtoyés dans leur vie⁴¹². Si un quart en avait parlé avec la majorité voire la totalité, 6 % ne s'en étaient pas ouverts à quiconque. De nettes différences ont été observées à cet égard entre les personnes qui s'étaient vu attribuer un sexe masculin et celles qui avaient été assignées femmes à la naissance. Les premières (33,0 %) s'étaient ainsi nettement plus souvent confiées à la majorité ou à la totalité des personnes des différents domaines de leur vie que les secondes (19,2 %). Ce lien n'était cependant plus statistiquement significatif lorsque l'on tenait compte de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation, de la nationalité et du revenu net personnel des personnes interrogées.

Les personnes qui avaient parlé de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre non-binaire à des personnels de santé (médical et soignant) ont été priées d'évaluer leur propre sentiment d'aisance lors de cette démarche. Sur l'ensemble des personnes qui avaient divulgué leur situation à une personne exerçant une profession de la santé, 94 % ont indiqué avoir partagé cette information d'elles-mêmes⁴¹³, 74 % ayant jugé qu'elle était

⁴⁰⁵ $p < ,001$

⁴⁰⁶ Au total, 1634 personnes ont répondu à cette question.

⁴⁰⁷ Sur l'ensemble des personnes trans/non-binaires interrogées, 446 ont répondu à cette question.

⁴⁰⁸ $\chi^2(6) = 138,371$; $p < ,001$

⁴⁰⁹ $p < ,001$ dans chaque cas

⁴¹⁰ $p = ,021$

⁴¹¹ Par rapport aux personnes interrogées de 15 à 29 ans, il était environ 2 fois plus probable pour les 30 à 49 ans ($OR = 2,23$) et les 50 ans et plus ($OR = 1,98$) d'avoir évoqué leur orientation sexuelle avec la plupart ou la totalité des personnes que de n'avoir évoqué le sujet qu'avec quelques-unes d'entre elles ($p < ,001$ dans chaque cas).

⁴¹² Sur les 522 personnes trans/non-binaires interrogées, 445 ont fourni des indications sur ce sujet.

⁴¹³ 1277 personnes ont répondu à cette question.

pertinente pour le traitement⁴¹⁴. La plupart des personnes LGBT interrogées étaient satisfaites de la réaction reçue (91,3 %)⁴¹⁵ et des expériences vécues en conséquence : leur traitement (ou la majorité de celui-ci) s'en était trouvé amélioré (62,6 %)⁴¹⁶, sauf pour environ 7 % chez qui le traitement (ou la majorité de celui-ci) s'était détérioré⁴¹⁷. Selon 8 % des personnes LGBT interrogées, il aurait été préférable que les personnels de santé concernés n'aient pas été au courant de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre⁴¹⁸ et près de 7 % tout de même ont été la cible de discrimination à la suite de ce partage d'information⁴¹⁹. À noter qu'il existe des différences considérables entre les groupes de comparaison, les personnes trans/non-binaires ayant fait des expériences nettement plus négatives à cet égard que les personnes cis LGB interrogées. Par rapport à ces dernières (92,4 à 94,9 %), la proportion des personnes trans/non-binaires (83,2 %) ayant indiqué être satisfaites de la réaction reçue était ainsi nettement moindre⁴²⁰. Il est par conséquent logique que les personnes trans/non-binaires (14,0 %) aient été plus nombreuses que les personnes cis LGB interrogées (5,6 à 8,0 %) à déclarer qu'elles auraient préféré que les personnels de santé concernés ignorent leur identité de genre⁴²¹ et aient affirmé plus souvent que leur traitement s'était détérioré en conséquence (11,6 % contre 2,4 à 6,5 %)⁴²² et/ou qu'elles avaient été la cible de discrimination (14,9 % contre 3,3 à 5,3 %)⁴²³. Pourtant, les personnes trans/non-binaires (69,8 %), tout comme les hommes cis gays (65,9 %), ont plus souvent répondu que leur traitement s'était amélioré en conséquence que les femmes cis lesbiennes (53,6 %) et les personnes cis bisexuelles (56,5 %)⁴²⁴.

Bilan intermédiaire : niveau social et communautaire (facteurs de risque et de protection)

Les résultats révèlent qu'au niveau social et communautaire, les personnes LGB présentent des facteurs de protection moins marqués (en particulier sentiment de solitude inexistant ou faible, soutien social) que le reste de la population, ce qui corrobore les conclusions d'études émanant d'autres pays (Eres, Postolovski, Thielking et Lim, 2021). Conformément également à l'état de la recherche (Misoch, 2017), il est apparu que les personnes LGB plus âgées, en particulier, bénéficiaient d'un soutien social plus faible. Par rapport aux personnes cis LGB, les personnes trans/non-binaires étaient celles qui comptaient le moins de facteurs de protection au niveau social. Or, les études internationales montrent que le soutien social et l'acceptation de l'identité sexuelle et de l'identité de genre peuvent protéger contre les maladies psychiques et le suicide (voir point 2.5). La manière dont ces facteurs de protection et de risque – tout comme les facteurs de protection et de risque au niveau psychologique (voir point 4.3.3) – influencent la santé psychique des personnes LGBT en Suisse est exposée et approfondie au point 4.4.2.

⁴¹⁴ 1081 personnes ont répondu à cette question.

⁴¹⁵ 1251 personnes ont répondu à cette question.

⁴¹⁶ 687 personnes ont répondu à cette question.

⁴¹⁷ 775 personnes ont répondu à cette question.

⁴¹⁸ 1106 personnes ont répondu à cette question.

⁴¹⁹ 1015 personnes ont répondu à cette question.

⁴²⁰ $\chi^2(3) = 20,881$; $p < ,001$

⁴²¹ $\chi^2(3) = 13,107$; $p = ,004$

⁴²² $\chi^2(3) = 10,309$; $p = ,016$

⁴²³ $\chi^2(3) = 25,153$; $p < ,001$

⁴²⁴ $\chi^2(3) = 11,759$; $p = ,008$

4.3.3 Niveau psychologique : facteurs de risque et de protection

Plusieurs facteurs de protection connus pour avoir une incidence sur le bien-être et la santé des gens ont été saisis au niveau psychologique également. À cet égard, les indicateurs examinés dans les deux enquêtes (ESS, « LGBT Health ») sont les suivants :

- importance de la santé personnelle ;
- sentiment de maîtrise de la vie⁴²⁵ ;
- coping résilient⁴²⁶ ;
- auto-efficacité générale⁴²⁷.

L'enquête « LGBT Health » s'est en outre intéressée aux phénomènes de l'homonégativité intériorisée (Meyer, 2003) et – pour les personnes trans/non-binaires interrogées – de la négativité intériorisée de l'identité de genre ou à l'auto-stigmatisation de l'identité de genre (Inderbinen, Schaefer, Schneeberger, Gaab et Garcia Nuñez, 2021).

4.3.3.1 Importance de la santé personnelle

Dans le cadre de l'ESS (2012, 2017), 87 % des personnes interrogées ont indiqué que les considérations relatives au maintien de leur santé influençaient leur style de vie ou déterminaient même dans une large mesure leur manière de vivre⁴²⁸. Si aucune différence significative n'a pu être observée entre les groupes de comparaison à cet égard, l'attitude face à l'importance de la santé personnelle semble en revanche être davantage influencée par le sexe (selon les registres) et l'âge. Il était en effet nettement plus probable pour les femmes que pour les hommes (sexe selon les registres) ($OR = 1,73$)⁴²⁹, – compte tenu de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du niveau de formation, du revenu net personnel et du comportement sexuel ou de l'identité sexuelle des personnes interrogées – que les considérations relatives au maintien de leur santé exercent au moins une certaine influence sur leur mode de vie. De même, cette probabilité était plus élevée pour les personnes âgées de 30 à 49 ans ($OR = 1,47$) et d'au moins 50 ans ($OR = 2,21$) que pour les 16 à 29 ans⁴³⁰.

L'enquête « LGBT Health » offrait un tableau similaire, la majorité des personnes interrogées (85,6 %) ayant là aussi déclaré que les considérations relatives au maintien de leur santé influençaient leur style de vie ou déterminaient même dans une large mesure leur manière de vivre⁴³¹. Dans ce contexte, les femmes cis lesbiennes (89,2 %) et les hommes cis gays (86,5 %) étaient plus nombreux que les personnes cis bisexuelles (83,8 %) et les personnes trans/non-binaires (82,2 %) à affirmer que les considérations relatives au maintien de leur santé exerçaient au moins une certaine influence sur leur style de vie⁴³². Ces écarts n'étaient toutefois plus statistiquement significatifs une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées contrôlés.

4.3.3.2 Sentiment de maîtrise de la vie

Dans le cadre de l'ESS (2012, 2017), 78 % des personnes interrogées éprouvaient un sentiment moyen à élevé de maîtriser leur vie⁴³³, c'est-à-dire qu'elles avaient souvent à très souvent le sentiment d'avoir le contrôle sur ce qui leur arrivait dans la vie. Des différences significatives entre les groupes de comparaison ont cependant été

⁴²⁵ Il s'agit des processus mentaux visant à estimer les possibilités d'influencer la réalisation d'un objectif visé ; cette maîtrise peut dépendre de la personne elle-même (interne) ou de circonstances extérieures (externe) (Heinecke-Müller, 2019a).

⁴²⁶ Par coping résilient, on entend l'aptitude à résoudre des problèmes efficacement malgré le stress. L'échelle établie pour le mesurer a été développée par Sinclair et Wallston (2004).

⁴²⁷ L'auto-efficacité générale se réfère à la conviction ou à l'attente d'une personne de pouvoir « favoriser l'obtention des résultats souhaités par son propre comportement » (Heinecke-Müller, 2019b).

⁴²⁸ Au total, 29 612 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

⁴²⁹ $p < ,001$

⁴³⁰ $p < ,001$ dans chaque cas

⁴³¹ Au total, 2032 personnes ont répondu à cette question.

⁴³² $\chi^2(3) = 11,515$; $p = ,009$

⁴³³ Au total, les données de 29 040 personnes (données pondérées) étaient disponibles sur ce sujet.

constatées, les personnes hétérosexuelles (78,4 %) présentant beaucoup plus fréquemment un sentiment de maîtrise moyen à élevé que les personnes LGB (65,9 à 70,2 %) (voir fig. 34)⁴³⁴. Ce constat valait également lorsque l'on prenait en compte l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées⁴³⁵. Les résultats révélaient en outre un effet significatif du sexe et de la formation, la probabilité d'éprouver un sentiment de maîtrise moyen à élevé étant significativement moindre chez les femmes que chez les hommes (sexe selon les registres)⁴³⁶ et chez les personnes ayant un niveau de formation bas que chez celles ayant suivi des études supérieures ($OR = 0,50$ à $0,77$)⁴³⁷.

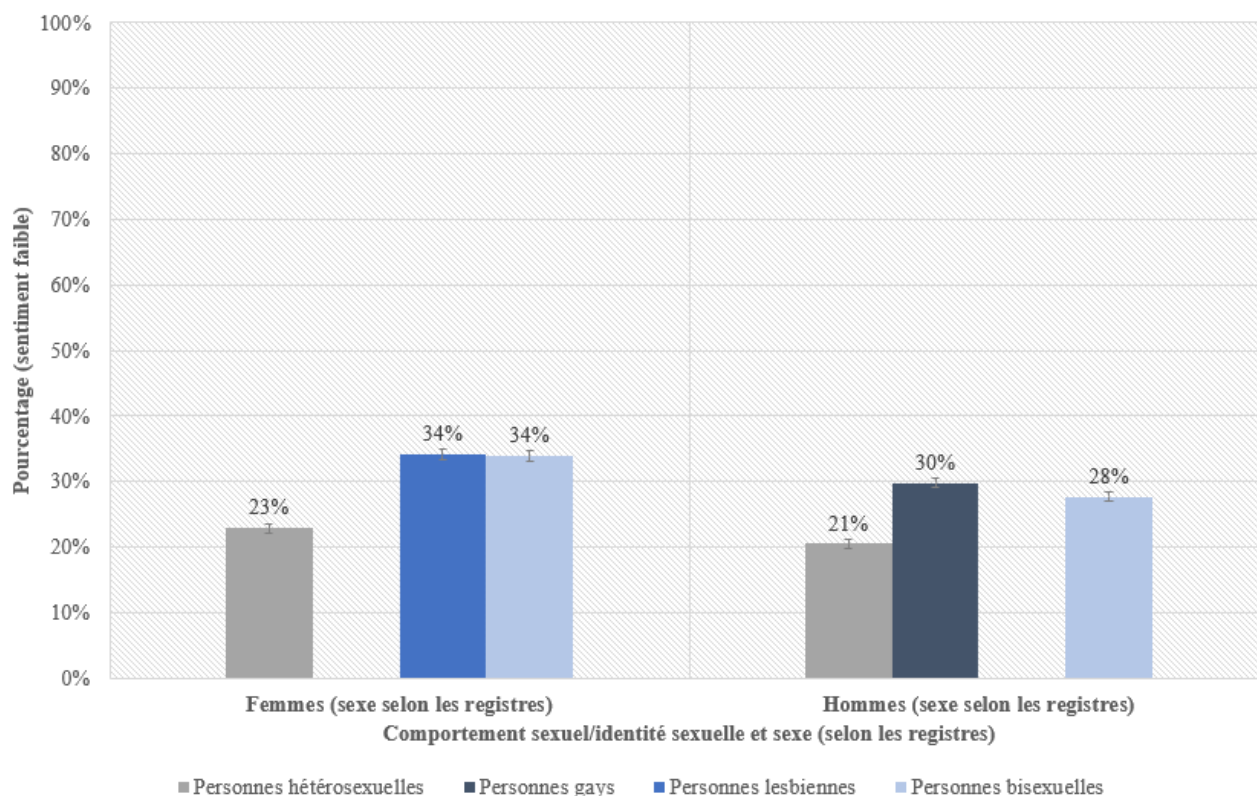


Figure 34 : Sentiment de maîtrise de la vie (faible) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

Les résultats de « LGBT Health » offrent un tableau quelque peu différent de celui de l'ESS (2012, 2017), près de la moitié des personnes interrogées seulement (48,1 %) présentant un sentiment de maîtrise moyen à élevé⁴³⁸. Les différences entre les groupes de comparaison étaient significatives à cet égard (voir fig. 35). Les personnes trans/non-binaires (27,7 %) éprouvaient ainsi nettement moins souvent une sensation moyenne à forte de maîtriser leur vie que les personnes cis bisexuelles (40,6 %), les femmes cis lesbiennes (54,6 %) et les hommes cis gays (63,7 %)⁴³⁹. Même en considérant l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées, il apparaissait que les hommes cis gays ($OR = 3,55$), les femmes cis lesbiennes ($OR = 2,47$) et les personnes cis bisexuelles ($OR = 1,90$)⁴⁴⁰ montraient une probabilité nettement supérieure à celle des personnes trans/non-binaires d'avoir un sentiment de maîtrise moyen à élevé. L'âge et le niveau de formation jouaient en outre un rôle significatif, puisqu'en comparaison respectivement des plus jeunes (15 à 29 ans) et des

⁴³⁴ $\chi^2(3) = 51,989$; $p < ,001$

⁴³⁵ Hommes gays : $OR = 0,60$; $p < ,001$; femmes lesbiennes : $OR = 0,57$; $p = ,016$; personnes bisexuelles : $OR = 0,59$; $p < ,001$

⁴³⁶ $OR = 0,90$; $p < ,001$

⁴³⁷ $p < ,001$ dans chaque cas

⁴³⁸ Au total, les données de 2021 personnes étaient disponibles sur ce sujet.

⁴³⁹ $\chi^2(3) = 164,082$; $p < ,001$

⁴⁴⁰ $p < ,001$ dans chaque cas

personnes ayant un niveau de formation bas, les personnes plus âgées (50 ans et plus) ($OR = 1,86$)⁴⁴¹ et celles ayant suivi des études supérieures présentaient une probabilité accrue d'avoir une sensation moyenne à forte dans ce domaine⁴⁴². Si le fait que les personnes LGBT interrogées éprouvaient moins souvent un sentiment de maîtrise moyen à élevé que les personnes interrogées dans le cadre de l'ESS s'expliquait en partie par leur identité sexuelle ou leur identité de genre, il convient aussi de garder à l'esprit la période durant laquelle l'enquête a été réalisée (pandémie de COVID-19) et de tenir compte d'un éventuel effet de la pandémie lors de l'interprétation des données.

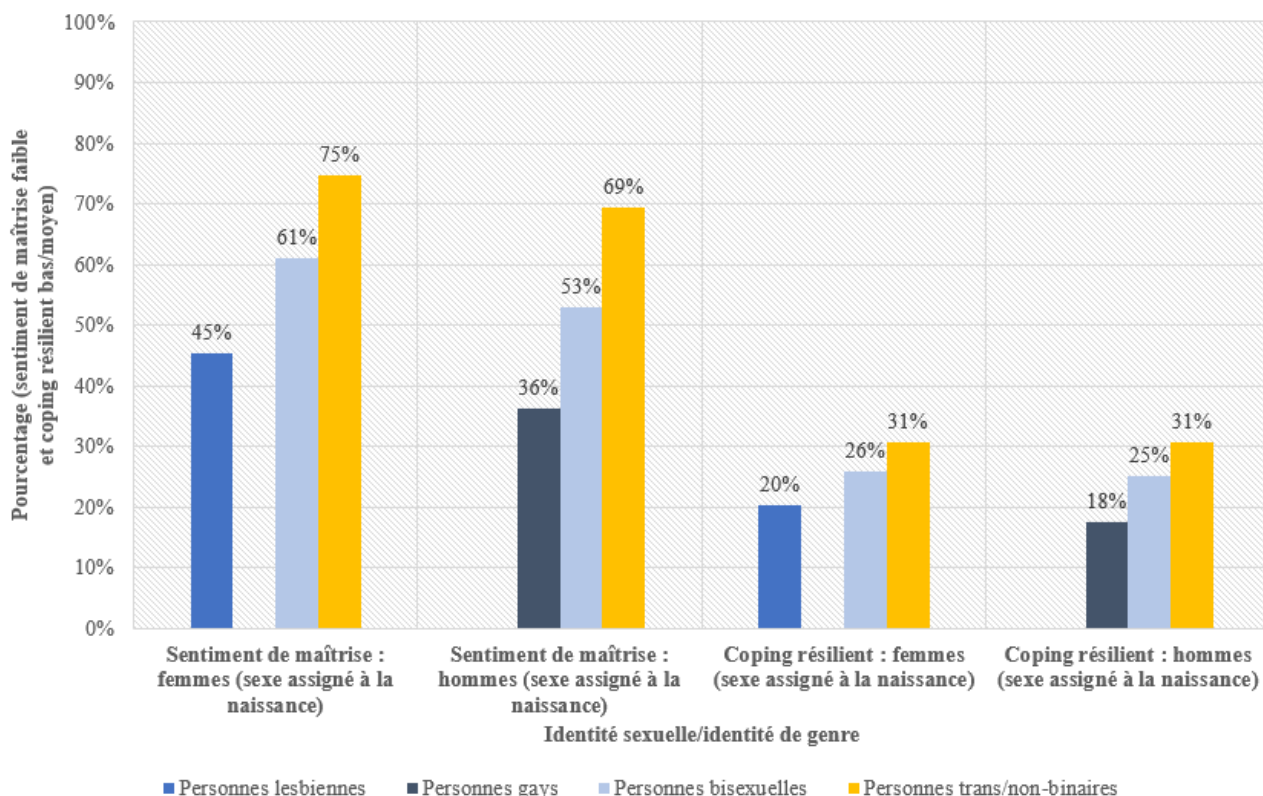


Figure 35 : Sentiment de maîtrise de la vie (faible) et coping résilient (bas à moyen) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

4.3.3.3 Auto-efficacité générale

Pratiquement toutes les personnes interrogées (97,7 %) dans le cadre de l'ESS (2017) avaient un sentiment d'efficacité personnelle moyen à élevé⁴⁴³ et étaient donc convaincues de pouvoir compter sur leurs propres capacités pour faire face à des situations difficiles. À noter que bien qu'il n'y ait aucun écart important entre les groupes de comparaison, les personnes bisexuelles montraient une probabilité tendanciellement plus faible que les personnes hétérosexuelles de faire preuve d'une auto-efficacité générale moyenne à élevée ($OR = 0,53$) lorsque l'on considérait l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées⁴⁴⁴.

La majorité des personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health » éprouvaient elles aussi un sentiment d'efficacité personnelle moyen à élevé (95,5 %) ⁴⁴⁵. Des différences significatives ont cependant été observées entre les groupes de comparaison, puisque les personnes trans/non-binaires (68,4 %) et cis bisexuelles (73,1 %) avaient nettement plus rarement rapporté un niveau d'auto-efficacité générale élevé que les femmes cis lesbiennes (80,0 %)

⁴⁴¹ $p < ,001$

⁴⁴² $OR = 1,34$; $p = ,014$

⁴⁴³ Au total, des données relatives à 16 384 personnes (données pondérées) interrogées dans le cadre de l'ESS 2017 étaient disponibles.

⁴⁴⁴ $p = ,066$

⁴⁴⁵ Au total, des informations relatives à 2062 personnes étaient disponibles.

et les hommes cis gays (87,9 %) ⁴⁴⁶. Une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées pris en compte, seuls les hommes cis gays ($OR = 2,19$) ⁴⁴⁷ montraient toutefois une probabilité nettement plus élevée que les personnes trans/non-binaires d'éprouver un sentiment d'efficacité personnelle fort que faible. De manière générale, les personnes trans/non-binaires présentaient une probabilité significativement moindre ($OR = 0,66$) ⁴⁴⁸ de pouvoir compter sur un niveau d'auto-efficacité élevé que les personnes cis.

4.3.3.4 Coping résilient

Dans le cadre de l'ESS (2017), 81 % des personnes interrogées ont fait état d'un coping résilient moyen à élevé ⁴⁴⁹, ce qui implique qu'elles se sentent capables de gérer les événements difficiles de manière autodéterminée et réfléchie et, partant, se développer personnellement (voir point 2.5). Des différences significatives entre les groupes de comparaison ont été observées à cet égard, cette capacité étant plus rarement moyenne à forte chez les femmes lesbiennes (74,3 %) et les personnes bisexuelles (72,8 %) que chez les hommes gays (84,8 %) et les personnes hétérosexuelles (80,7 %) (voir fig. 36) ⁴⁵⁰. Une fois l'âge, le sexe (selon les registres) et le niveau de formation des personnes interrogées pris en compte, il apparaissait que les personnes bisexuelles montraient une probabilité significativement plus faible que les personnes hétérosexuelles d'avoir un coping résilient moyen à élevé ($OR = 0,65$) ⁴⁵¹. Il en allait tendanciellement de même pour les femmes lesbiennes ($OR = 0,62$) ⁴⁵².

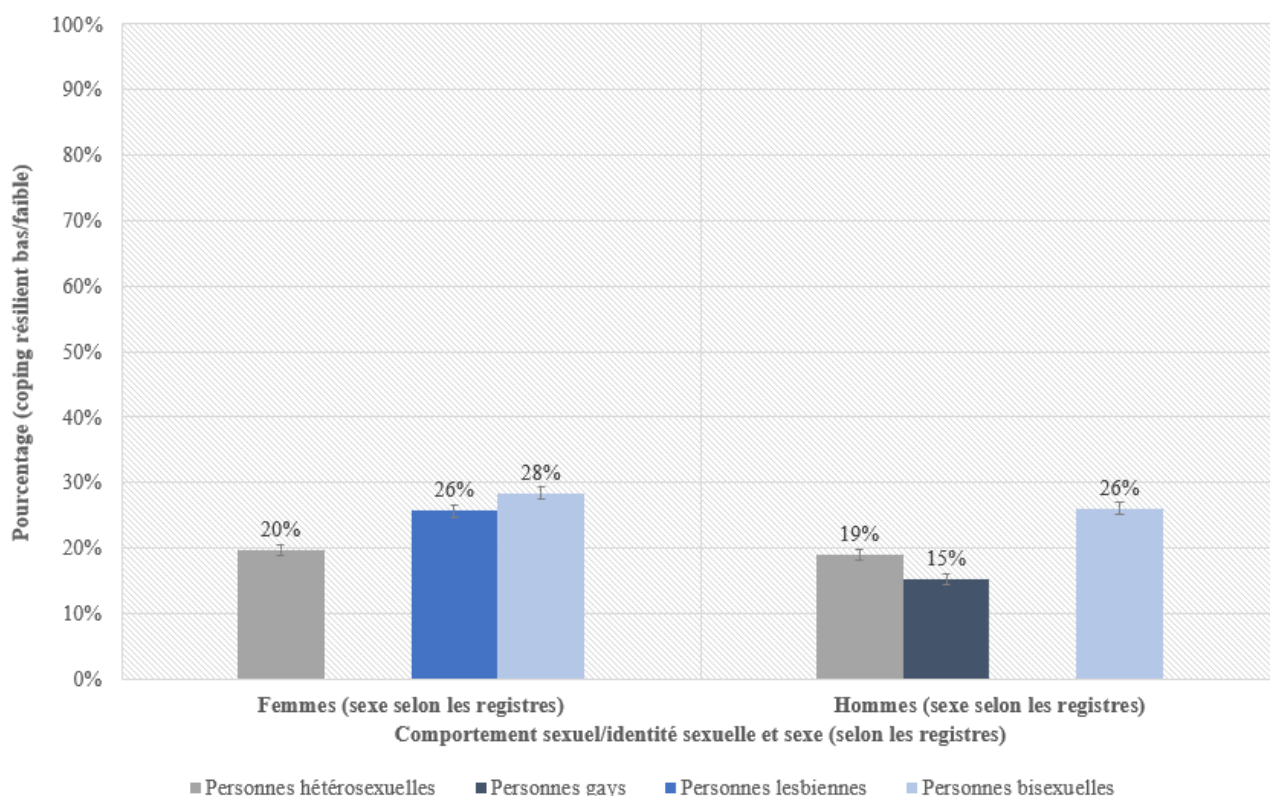


Figure 36 : Coping résilient ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2017)

⁴⁴⁶ $\chi^2(6) = 83,657$; $p < ,001$

⁴⁴⁷ $p < ,001$

⁴⁴⁸ $p = ,002$

⁴⁴⁹ Au total, des données relatives à 16 332 personnes (données pondérées) interrogées dans le cadre de l'ESS 2017 étaient disponibles.

⁴⁵⁰ $\chi^2(3) = 12,541$; $p = ,006$

⁴⁵¹ $p = ,004$

⁴⁵² $p = ,083$

Dans le cadre de « LGBT Health », 97 % des personnes interrogées ont indiqué bénéficier d'un coping résilient moyen à élevé⁴⁵³. Seules des différences minimales entre les groupes de comparaison ont été constatées à cet égard (voir fig. 35). Cependant, lorsque l'on considérait l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées, la probabilité pour les hommes cis gays ($OR = 1,61$)⁴⁵⁴, en comparaison des personnes trans/non-binaires, d'avoir un coping résilient élevé était plus forte que d'en avoir un bas ou moyen. L'identité de genre et l'identité sexuelle ou l'orientation sexuelle semblent jouer un rôle dans ce domaine, puisqu'en tenant compte des caractéristiques susmentionnées, les personnes trans/non-binaires présentaient une probabilité significativement inférieure à celle des personnes cis de pouvoir compter sur un coping résilient élevé ($OR = 0,75$)⁴⁵⁵. Par ailleurs, la probabilité des HSH* (voir annexe 3) d'être dans ce cas était supérieure ($OR = 1,50$) à celle des personnes bi-/pansexuelles⁴⁵⁶.

4.3.3.5 Homonégativité et transnégativité intériorisées

Lorsque des personnes LGB reprennent à leur compte des attributions et des jugements négatifs exprimés à l'encontre d'individus, de relations, de comportements et de communautés ne correspondant pas à la norme hétérosexuelle, on parle d'homonégativité intériorisée (par ex. Meyer, 2003). Cette intériorisation généralement inconsciente des attributions négatives doit être comprise comme une réaction aux normes hétéronormatives de la société et aux stigmatisations et discriminations qui en découlent. Plusieurs études ont permis de démontrer que l'homonégativité intériorisée, qui constitue un élément central du modèle du stress minoritaire décrit au point 2.5, nuit au bien-être et à la santé des personnes LGB. On retrouve les mêmes processus pour les personnes trans et les personnes ayant une identité de genre non-binaire. Par analogie, on parle de transnégativité intériorisée lorsque des personnes trans/non-binaires reprennent à leur compte des attributions et des jugements négatifs exprimés à l'encontre d'individus, de relations, de comportements et de communautés (Garcia Nuñez et Schneeberger, 2018). Ce sentiment a lui aussi un effet délétère sur le bien-être et la santé des personnes trans et des personnes non-binaires (Garcia Nuñez et Schneeberger, 2018).

Alors que la majorité des personnes LGB interrogées dans le cadre de « LGBT Health » (91,1 %) ont montré une **homonégativité intériorisée** plutôt faible⁴⁵⁷, 9 % ont présenté une homonégativité intériorisée moyenne à marquée. Les différences relevées selon l'identité sexuelle des personnes interrogées (indépendamment de leur identité de genre) étaient nettes, les personnes gays (11,3 %) et bi-/pansexuelles (9,5 %) éprouvant nettement plus souvent une homonégativité intériorisée moyenne à forte que les personnes lesbiennes interrogées (5,4 %)⁴⁵⁸. Lorsque l'on tenait compte de l'âge, du sexe (assigné à la naissance) et de l'identité de genre des personnes interrogées ainsi que des expériences de discrimination vécues dans le domaine des soins et dans d'autres situations en Suisse, il apparaissait toutefois que seul le sexe (assigné à la naissance) influait de manière significative sur le degré de l'homonégativité intériorisée. Par rapport aux femmes (sexe assigné à la naissance), les hommes montraient ainsi une probabilité significativement accrue d'être sujets à une homonégativité intériorisée moyenne à forte ($OR = 3,39$) (voir fig. 37).⁴⁵⁹

⁴⁵³ Au total, les données de 2061 personnes étaient disponibles sur ce sujet.

⁴⁵⁴ $p = ,011$

⁴⁵⁵ $p = ,030$

⁴⁵⁶ $p = ,036$

⁴⁵⁷ Les données de 1379 personnes étaient disponibles sur ce sujet.

⁴⁵⁸ $\chi^2(2) = 11,772$; $p = ,003$; aux fins de la comparaison, la question a été axée sur l'identité sexuelle des personnes interrogées, et non pas séparée en fonction de l'identité de genre.

⁴⁵⁹ $p < ,001$

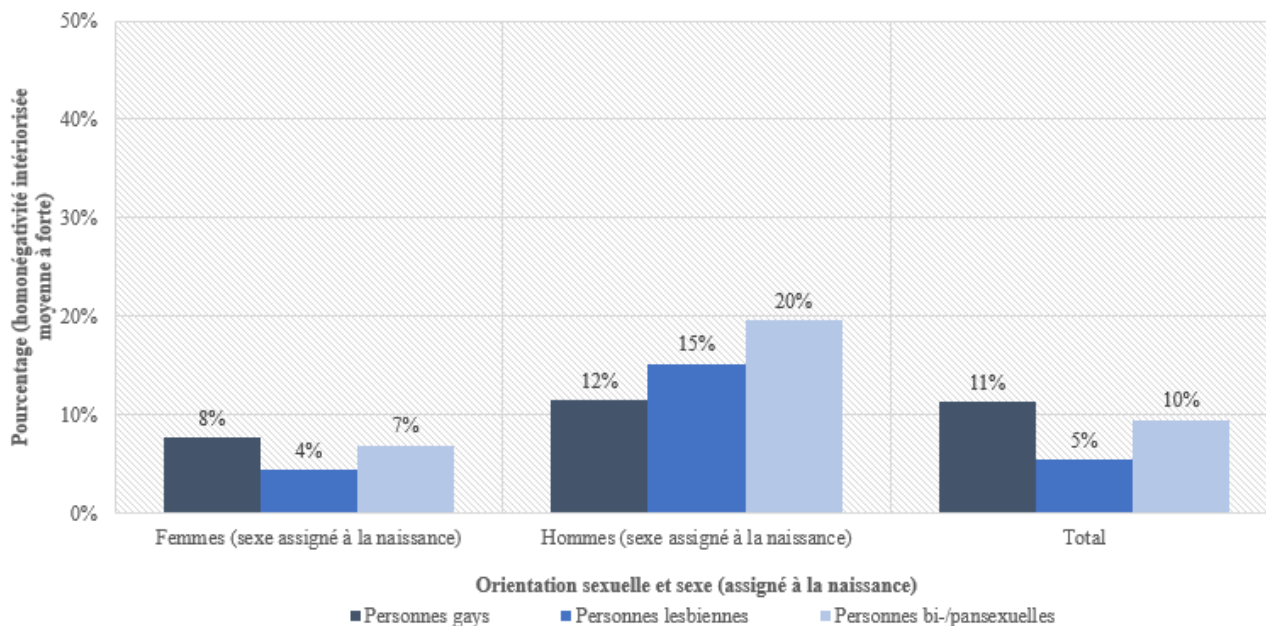


Figure 37 : Homonégativité intériorisée ; données ventilées par orientation sexuelle et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

La **transnégativité intériorisée** rapportée par les personnes trans/non-binaires était faible pour une bonne moitié (52,0 %) ⁴⁶⁰, moyenne pour 35 % et forte pour 13 % des personnes interrogées. Dans ce domaine, les personnes non-binaires ont plus souvent présenté une transnégativité intériorisée moyenne à marquée que les personnes trans (voir fig. 38). Une fois pris en compte l'âge, le sexe (assigné à la naissance) et l'identité sexuelle des personnes interrogées ainsi que les expériences de discrimination vécues dans le système de santé et d'autres situations en Suisse, aucun lien significatif n'est cependant apparu entre l'identité sexuelle (trans contre non-binaire) ou les autres caractéristiques ci-avant d'une part et la transnégativité intériorisée d'autre part. Il convient toutefois de relever que la transnégativité intériorisée était plus marquée chez les personnes trans et non-binaires interrogées que l'homonégativité intériorisée chez l'ensemble des personnes LGB interrogées. Ce constat n'est toutefois pas surprenant au vu de la stigmatisation plus importante et de la fréquence supérieure des expériences de discrimination et de violence auxquelles les personnes trans et non-binaires sont confrontées : la souffrance accrue qui en découle explique qu'elles soient plus sujettes à intérioriser ces attributions et jugements négatifs.

⁴⁶⁰ Les données de 344 personnes trans/non-binaires étaient disponibles sur ce sujet.

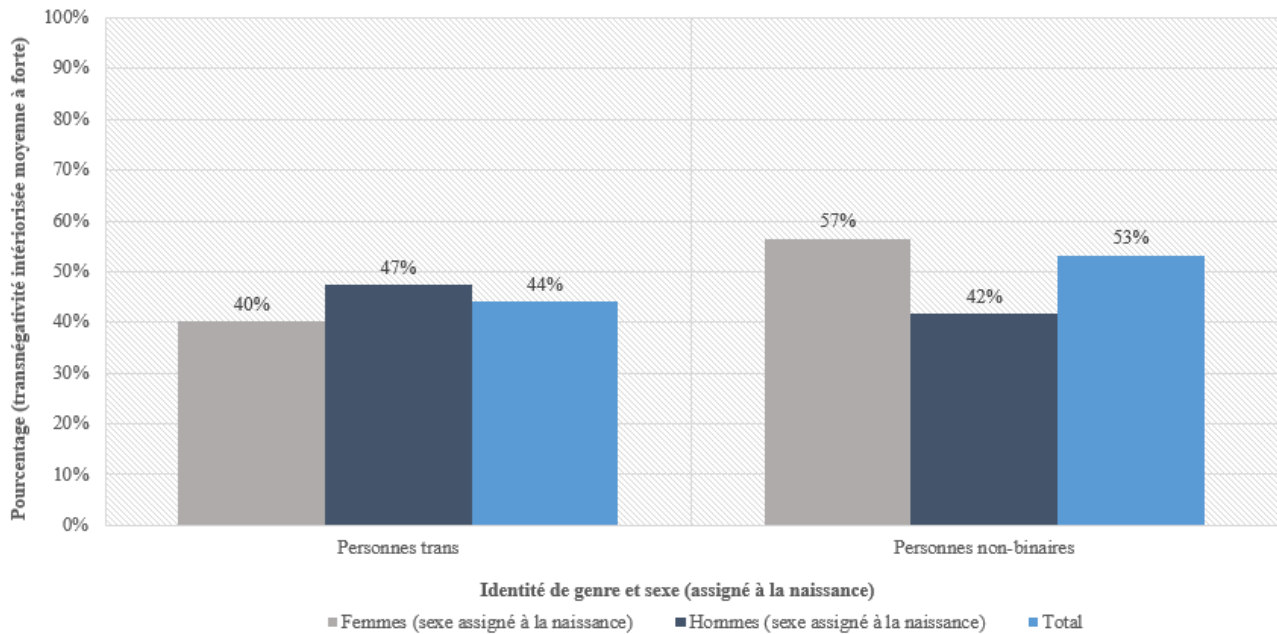


Figure 38 : Transnégativité intériorisée ; données ventilées par identité de genre et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

Bilan intermédiaire : niveau psychologique (facteurs de risque et de protection)

Comme pour les facteurs de protection au niveau social et communautaire (voir point 4.3.2), les facteurs de protection dont disposaient les personnes LGB au niveau psychologique étaient souvent nettement moindres que pour le reste de la population de la Suisse, en particulier en ce qui concerne le sentiment de maîtrise de la vie et le coping résilient. On observe en outre des différences importantes au sein du groupe LGBT, les facteurs de protection psychiques pris en compte ici étant moins marqués pour les personnes trans/non-binaires et bisexuelles interrogées que pour les personnes cis LGB. Ce constat valait également pour l'intériorisation des attributions et des jugements basés sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Les résultats de « LGBT Health » montrent ainsi que seules quelques personnes LGBT interrogées ressentent une homonégativité ou une transnégativité intériorisée forte. Pourtant, la proportion des personnes trans/non-binaires présentant une transnégativité intériorisée moyenne à forte était supérieure à celle des personnes LGB présentant une homonégativité intériorisée moyenne à marquée. Cet écart coïncide toutefois avec le pourcentage élevé des expériences de discrimination vécues par les personnes trans/non-binaires. En effet, ces expériences de discrimination accroissent la probabilité d'intérioriser les attributions et les jugements négatifs et augmentent la détresse psychologique des personnes trans/non-binaires. Des études révèlent sur la base du modèle du stress minoritaire qu'il peut en résulter une détérioration de la santé psychique (voir point 2.5). L'incidence des facteurs de risque et de protection sur la santé psychique des personnes LGBT interrogées est examinée plus en détail au point 4.4.2.

4.4 État de santé

Les indicateurs mesurés portaient d'une part sur l'état de santé physique, d'autre part sur la santé psychique des personnes interrogées. Les paragraphes ci-après s'intéressent d'abord à la santé physique des personnes interrogées (point 4.4.1) puis à leur santé psychique (point 4.4.2), en se concentrant pour ce qui est des symptômes dépressifs et des tentatives de suicide sur les effets des facteurs de risque et de protection abordés dans les deux points précédents.

4.4.1 Santé physique

S'agissant de la santé physique, les indicateurs relevés dans le cadre des deux enquêtes (ESS, « LGBT Health ») sont les suivants :

- état de santé autoévalué ;
- troubles physiques (par ex. maux de tête ou de dos) ;
- sélection de pathologies (hypertension, cholestérol, diabète et cancer) ;
- limitations ou handicaps dans la vie quotidienne ;
- indice de masse corporelle (IMC) ;
- maladies chroniques.

Dans le cadre de « LGBT Health », les personnes interrogées étaient en outre priées d'indiquer si elles avaient déjà été infectées par le coronavirus.

4.4.1.1 État de santé autoévalué

La grande majorité des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) qualifieraient leur état de santé de (très) bon (87,9 %), seule une petite proportion (2,5 %) le décrivant comme (très) mauvais⁴⁶¹. La part des femmes lesbiennes (87,8 %) et des personnes hétérosexuelles (87,9 %) considérant leur état de santé comme (très) bon était comparable, mais légèrement plus faible que pour les hommes gays (91,8 %). En comparaison des autres groupes, les personnes bisexuelles (86,4 %) estimaient légèrement moins souvent que leur état de santé était (très) bon (voir fig. 39). Une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées pris en compte, ce lien entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et l'état de santé autoévalué n'était significatif que pour les personnes bisexuelles ($OR = 0,66$)⁴⁶². On observait par ailleurs un effet important de l'âge et du sexe, la probabilité de qualifier leur état de santé de (très) bon étant plus élevée pour les hommes que pour les femmes (sexe selon les registres) ($OR = 1,11$)⁴⁶³, et pour les personnes plus jeunes (16 à 49 ans) que pour les plus âgées (50 ans et plus) ($OR = 2,93$)⁴⁶⁴. Selon les résultats d'études antérieures, il n'existe aucune différence dans la manière dont les hommes gays et hétérosexuels évaluent leur état de santé (voir point 2.2). D'après nos résultats, c'est également le cas pour la Suisse. Ainsi, les hommes gays (91,8 %) et bisexuels (88,7 %) ont décrit légèrement plus souvent leur état de santé comme (très) bon que les hommes hétérosexuels⁴⁶⁵, mais ce lien n'était statistiquement pas significatif, y compris en considérant les caractéristiques susmentionnées.

⁴⁶¹ Au total, 29 900 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

⁴⁶² $p < ,001$

⁴⁶³ $p = ,016$

⁴⁶⁴ $p < ,001$

⁴⁶⁵ $p = ,269$

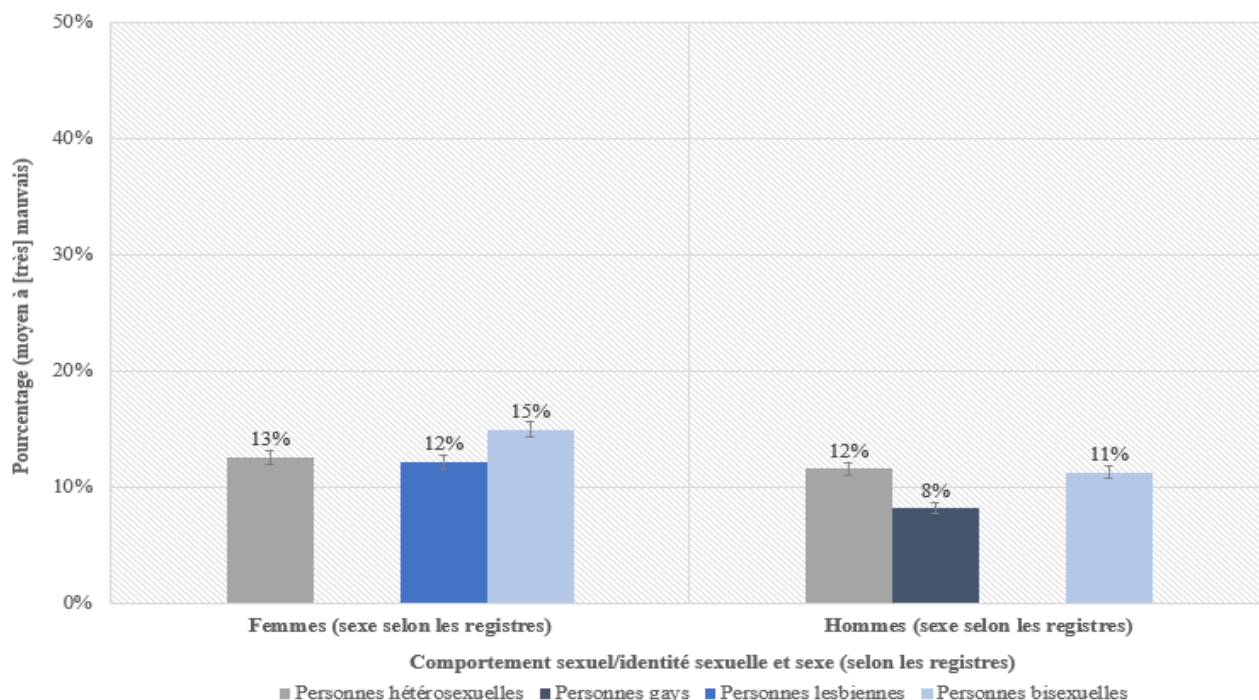


Figure 39 : État de santé autoévalué (moyen à [très] mauvais) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

Là encore, la majorité des personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health » décrivaient leur état de santé comme (très) bon (75,6 %). S'y ajoutaient 1 personne sur 5 (19,8 %) qui le qualifierait de ni bon ni mauvais et 5 % qui le jugeaient (très) mauvais⁴⁶⁶. Comparées aux autres sous-groupes, il est apparu que les personnes trans/non-binaires considéraient leur état de santé nettement moins bon que les personnes LGB cis interrogées. En effet, alors que 71 % des personnes cis bisexuelles et plus de 80 % des femmes cis lesbiennes et des hommes cis gays qualifiaient leur état de santé de (très) bon, seuls 63 % des personnes trans/non-binaires ont donné la même évaluation (voir fig. 40)⁴⁶⁷. Ce lien entre l'identité sexuelle ou l'identité de genre et l'évaluation de son propre état de santé demeurerait statistiquement significatif une fois pris en compte l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées ainsi qu'une éventuelle modification de l'état de santé actuel par rapport à la période avant la pandémie. Par rapport aux personnes trans/non-binaires, les femmes cis lesbiennes ($OR = 2,72$), les hommes cis gays ($OR = 2,07$) et les personnes cis bisexuelles ($OR = 1,46$) présentaient une probabilité nettement accrue de considérer leur état de santé comme (très) bon⁴⁶⁸. L'identité de genre n'était toutefois pas le seul facteur qui jouait un rôle à cet égard, puisque des différences significatives ont été constatées entre les personnes de différentes orientations sexuelles (voir annexe 3). Lorsque l'on tenait compte des caractéristiques susmentionnées, les FSF* ($OR = 1,51$)⁴⁶⁹ et les HSH* ($OR = 1,87$)⁴⁷⁰ avaient une probabilité significativement plus élevée que les personnes bi-/pansexuelles de qualifier leur état de santé de (très) bon. L'âge, le revenu net personnel et le niveau de formation avaient eux aussi une influence significative sur l'état de santé autoévalué des personnes interrogées, les personnes plus âgées, celles aux revenus nets plus modestes et celles ayant un niveau de formation plus bas montrant comme on pouvait s'y attendre une probabilité moindre de décrire leur état de santé comme (très) bon⁴⁷¹.

⁴⁶⁶ Au total, 2058 personnes ont répondu à cette question.

⁴⁶⁷ $\chi^2(6) = 91,737$; $p < ,001$

⁴⁶⁸ Femmes cis lesbiennes et hommes cis gays : $p < ,001$ dans chaque cas ; personnes cis bisexuelles ou pansexuelles : $p = ,026$

⁴⁶⁹ $p = ,006$. Définition des clusters FSF*, HSH* et personnes bi-/pansexuelles : Annexe 3

⁴⁷⁰ $p = ,001$. Définition des clusters FSF*, HSH* et personnes bi-/pansexuelles : Annexe 3

⁴⁷¹ Par rapport aux 15 à 29 ans, les personnes de plus de 50 ans présentaient une probabilité significativement moindre de qualifier leur état de santé de (très) bon ($OR = 0,53$; $p = ,002$). Les personnes gagnant 4500 francs nets par mois et celles ayant un revenu

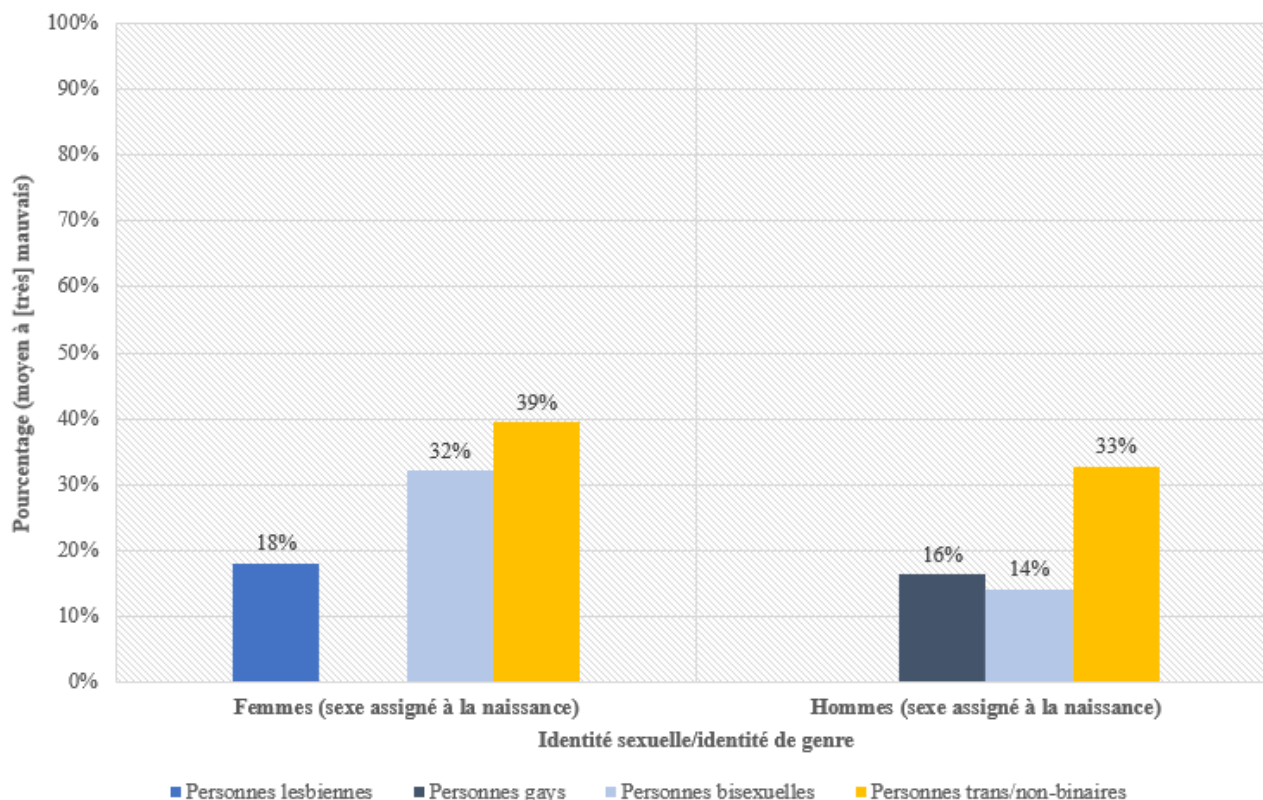


Figure 40 : État de santé autoévalué (moyen à [très] mauvais) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

Cette autoévaluation était aussi influencée par la prise en compte des modifications de l'état de santé connues depuis le début de la pandémie de COVID-19. De manière générale, un peu plus d'un quart des personnes interrogées (28,7 %) ⁴⁷² ont indiqué que leur état de santé s'était détérioré par rapport à la période avant la pandémie. À cet égard, les différences entre les groupes de comparaison étaient cependant minimes. Par rapport aux personnes trans/non-binaires, seuls les hommes cis gays présentaient une probabilité significativement plus faible ⁴⁷³ d'avoir vu leur état de santé se détériorer depuis le début de la pandémie. Comme on pouvait s'y attendre, la probabilité que les personnes dont l'état de santé était demeuré inchangé ($OR = 2,93$) ou s'était même amélioré ($OR = 2,83$) qualifient leur état de santé actuel de (très) bon était pratiquement triplée ⁴⁷⁴. Les effets délétères de la pandémie sur l'état de santé subjectif de la population suisse en général se reflètent notamment dans le « COVID-19 Social Monitor » ⁴⁷⁵, qui révèle qu'au moment de l'enquête, une proportion nettement plus faible de la population considérait son état de santé comme (très) bon. Ce facteur doit être pris en compte lors de l'interprétation des présents résultats.

4.4.1.2 Troubles physiques

Un peu moins de la moitié de l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) ont indiqué ne pas avoir souffert du tout, ou très peu, de troubles physiques tels que des maux de tête ou de dos, des difficultés

mensuel net de plus de 4500 francs avaient une probabilité plus forte d'évaluer leur état de santé comme (très) bon que les personnes percevant un revenu net inférieur à 4500 francs par mois ($OR = 3,01$, $p = ,003$; $OR = 2,29$, $p < ,001$). En comparaison des personnes ayant un niveau de formation (plutôt) bas, celles qui avaient un niveau de formation (plutôt) élevé montraient une probabilité accrue de considérer leur état de santé comme (très) bon ($OR = 1,43$; $p = ,008$).

⁴⁷² Au total, 2058 personnes ont répondu à cette question.

⁴⁷³ $OR = 0,66$, $p = ,025$

⁴⁷⁴ $p < ,001$ dans chaque cas

⁴⁷⁵ <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

à s'endormir ou des insomnies, des troubles digestifs ou des palpitations⁴⁷⁶ au cours des 4 semaines précédentes (45,9 %)⁴⁷⁷. Sur ce laps de temps, un tiers (33,8 %) des personnes interrogées avaient ressenti certains maux et 1 personne sur 5 (20,4 %) a dit avoir beaucoup souffert de troubles physiques. À cet égard, les personnes hétérosexuelles (20,0 %) et les hommes gays (21,1 %) ont déclaré nettement moins souvent que les femmes lesbiennes (34,2 %) et les personnes bisexuelles (33,6 %) interrogées avoir *beaucoup* souffert au cours des 4 semaines précédentes (voir fig. 41)⁴⁷⁸. Il est toutefois probable que cet écart soit majoritairement imputable au sexe (selon les registres) des personnes interrogées. En effet, une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées pris en compte, les hommes gays ($OR = 1,87$)⁴⁷⁹ et les personnes bisexuelles ($OR = 1,96$)⁴⁸⁰ présentaient par rapport au reste de la population une probabilité légèrement *plus élevée* d'avoir beaucoup souffert de troubles physiques au cours des 4 semaines précédant l'enquête que d'en avoir souffert un peu ou pas du tout. On note par ailleurs que la probabilité d'avoir beaucoup souffert était nettement plus forte chez les femmes que chez les hommes (sexe selon les registres) ($OR=2,24$)⁴⁸¹.

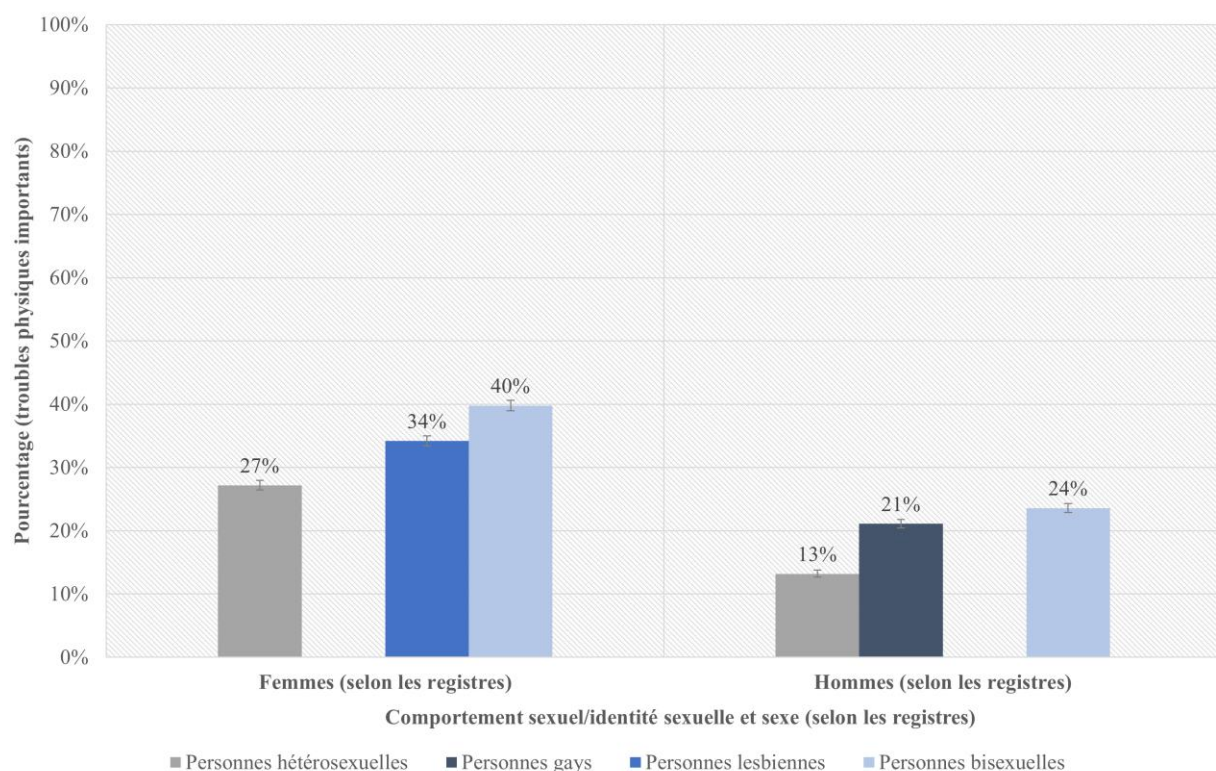


Figure 41 : Troubles physiques (beaucoup souffert) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

Un peu plus d'un dixième des personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health » (10,8 %) ont indiqué avoir ressenti très peu de troubles physiques, voire aucuns. Un bon quart de toutes les personnes interrogées (26,1 %) ont fait état de quelques troubles physiques et plus de la moitié (63,1 %) ont déclaré avoir été très affectées (voir fig. 42)⁴⁸². Il existe à cet égard de nettes différences entre les groupes de comparaison, les femmes cis lesbiennes (61,6 %) et les hommes cis gays (50,8 %) ayant bien moins souvent rapporté avoir beaucoup ressenti des troubles

⁴⁷⁶ Il n'a pas été tenu compte de la fièvre.

⁴⁷⁷ Au total, 29 919 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

⁴⁷⁸ $\chi^2(6) = 93,078$; $p < ,001$

⁴⁷⁹ $p < ,001$

⁴⁸⁰ $p < ,001$

⁴⁸¹ $p < ,001$

⁴⁸² Au total, 1969 personnes ont répondu à cette question.

que les personnes cis bissexuelles (71,3 %) et les personnes trans/non-binaires (74,3 %)⁴⁸³. Ce lien restait statistiquement significatif, du moins chez les femmes cis lesbiennes en comparaison des personnes trans/non-binaires, même en tenant compte de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation et du revenu net personnel, ainsi que de l'état de santé des personnes interrogées. Les femmes cis lesbiennes ($OR = 0,54$) présentaient ainsi par rapport à ces dernières une probabilité légèrement moindre d'avoir beaucoup ressenti des troubles plutôt que d'avoir été peu ou modérément atteintes⁴⁸⁴. De manière générale, les résultats montrent que les personnes trans/non-binaires ont une probabilité significativement plus forte ($OR = 1,47$)⁴⁸⁵ que les personnes cis de souffrir beaucoup de troubles. L'écart entre les personnes homosexuelles et les personnes bissexuelles se confirmait également en considérant les troubles physiques chez les personnes de différentes orientations sexuelles (voir annexe 3). On constatait ainsi, une fois les caractéristiques mentionnées prises en compte, que les FSF* ($OR = 0,62$) et les HSH* ($OR = 0,70$) étaient moins susceptibles que les personnes bi-/pansexuelles de souffrir beaucoup de troubles. Le fait que les personnes LGBT interrogées aient bien plus fréquemment beaucoup souffert de maux est donc associé, d'une part, à leur identité sexuelle ou de genre, sachant qu'il y a lieu de noter que l'identité sexuelle ou de genre n'est pas, en soi, la cause des troubles. D'autre part, des études montrent qu'au moment de l'enquête, la population suisse rapportait dans l'ensemble nettement plus souvent être très affectée par des maux qu'au début de la pandémie (voir COVID-19 Social Monitor)⁴⁸⁶. On ne peut non plus exclure que la stratégie de diffusion de l'étude (voir point 3.2) ait favorisé la participation de davantage de personnes dont la santé est plus précaire. Enfin, il faut tenir compte de la surreprésentation dans l'échantillon « LGBT Health » des personnes trans/non-binaires et de ce fait d'un groupe particulièrement touché.

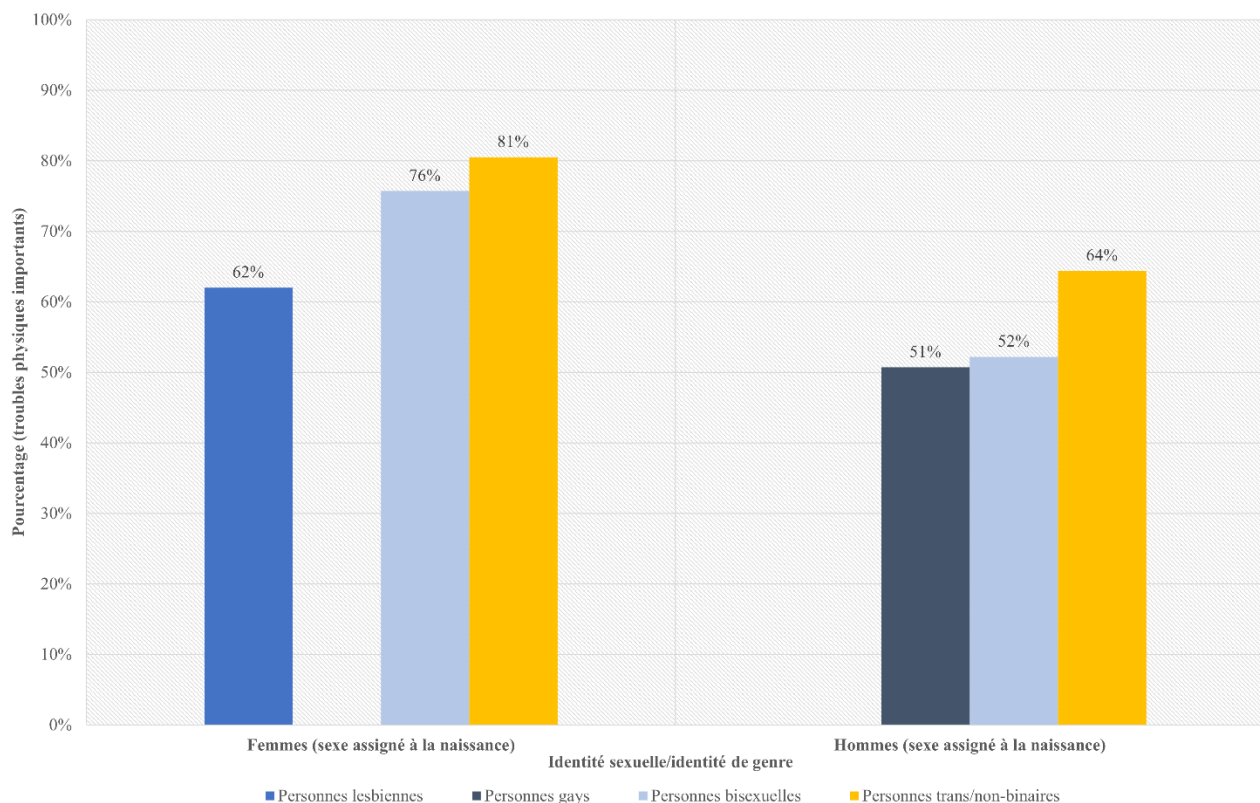


Figure 42 : Troubles physiques (beaucoup souffert) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

⁴⁸³ $\chi^2(3) = 78,761$; $p < ,001$

⁴⁸⁴ $p < ,001$

⁴⁸⁵ $p = ,005$

⁴⁸⁶ <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

4.4.1.3 Sélection de pathologies : hypertension, cholestérol, diabète et cancer

L'ESS (2012, 2017) invite les personnes interrogées à indiquer si, au cours des 12 mois précédant l'enquête, elles avaient eu une tension trop élevée ou un taux de cholestérol trop élevé, ainsi que si elles avaient été touchées par le diabète⁴⁸⁷ ou le cancer. En ce qui concerne les trois premiers tableaux cliniques, un indice a été constitué sur la base des questions relatives à la prévalence sur un an ainsi qu'à la prise de médicaments ad hoc au cours des 7 jours précédant l'enquête.

Parmi les personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017), 13 % ont eu une **tension artérielle trop élevée** durant l'année précédant l'enquête⁴⁸⁸. Il apparaît que les femmes lesbiennes (5,0 %) et les personnes bisexuelles (7,9 %) étaient nettement moins souvent concernées que les hommes gays et les personnes hétérosexuelles (respectivement 12,7 % et 13,2 %)⁴⁸⁹. Toutefois, ce lien entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et l'hypertension disparaissait une fois pris en compte l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées ainsi que l'année du relevé⁴⁹⁰. En revanche, une corrélation plus forte entre l'hypertension et l'âge a été observée : les personnes de 50 ans et plus avaient ainsi, comparées aux plus jeunes (16 à 49 ans), une probabilité 9 fois plus élevée de présenter une tension artérielle trop haute ($OR = 8,99$)⁴⁹¹. On a par ailleurs constaté un effet statistiquement significatif du sexe, les femmes ayant par rapport aux hommes (sexe selon les registres) une probabilité légèrement moindre de souffrir d'hypertension ($OR = 0,56$)⁴⁹². S'il ressort d'études antérieures que les hommes gays sont plus souvent concernés que les hommes hétérosexuels (voir point 2.2), nos résultats montrent l'inverse pour la Suisse, à savoir que les hommes gays (12,7 %) et bisexuels (13,2 %) étaient légèrement moins sujets à l'hypertension que les hommes hétérosexuels (15,7 %)⁴⁹³. Ce lien n'était cependant pas non plus statistiquement significatif compte tenu de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du niveau de formation et du revenu net personnel des personnes interrogées⁴⁹⁴. Comme dans des études antérieures, la fréquence de l'hypertension était comparable chez les femmes (sexe selon les registres) interrogées dans le cadre de l'ESS, indépendamment de leur comportement sexuel ou de leur identité sexuelle. Bien que les femmes LB (4,8 %) aient été moins souvent touchées que les femmes hétérosexuelles (10,6 %)⁴⁹⁵, ce lien disparaissait une fois les caractéristiques mentionnées prises en compte⁴⁹⁶. Un important effet de l'âge a cependant pu être mis en évidence ici aussi, les femmes plus âgées (50 ans et plus) montrant une probabilité plus de 9 fois supérieure à celle des plus jeunes (16 à 49 ans) de souffrir d'hypertension ($OR = 9,29$)⁴⁹⁷.

Parmi les personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health », 18 % avaient eu de l'**hypertension** durant l'année précédant l'enquête⁴⁹⁸. La proportion d'hommes cis gays (24,8 %) ayant indiqué souffrir d'hypertension était en l'occurrence nettement plus élevée que dans les autres groupes (11,8 % à 16,5 %)⁴⁹⁹. Cependant, une fois pris en compte l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées, ce lien n'était pas statistiquement significatif. Une fois encore, l'âge des personnes interrogées semble être un facteur plus déterminant. Les personnes de 50 ans et plus avaient ainsi, comparées aux personnes interrogées âgées de 15 à 29 ans, une probabilité 6 fois plus forte de présenter une tension artérielle trop élevée ($OR = 6,23$)⁵⁰⁰.

⁴⁸⁷ Les questions posées à cet égard ne portaient ni dans l'ESS ni dans « LGBT Health » sur le type de diabète (type I ou type II) dont souffraient les personnes interrogées.

⁴⁸⁸ Au total, 29 112 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

⁴⁸⁹ $\chi^2(3) = 19,991$; $p < ,001$

⁴⁹⁰ $p = ,160$; vu les faibles fréquences dans les cellules, les personnes LGB interrogées ont dû être regroupées en une seule catégorie.

⁴⁹¹ $p = ,000$

⁴⁹² $p < ,001$

⁴⁹³ $p = ,274$

⁴⁹⁴ $p = ,359$

⁴⁹⁵ $\chi^2(1) = 16,748$; $p < ,001$

⁴⁹⁶ $p = ,122$; vu les faibles fréquences dans les cellules, les femmes lesbiennes et bisexuelles ont été regroupées en une seule catégorie aux fins des analyses.

⁴⁹⁷ $p < ,001$

⁴⁹⁸ Au total, 1233 personnes ont répondu à cette question.

⁴⁹⁹ $\chi^2(3) = 22,112$; $p < ,001$

⁵⁰⁰ $p < ,001$

S'agissant de la présence d'un **taux de cholestérol trop élevé** au cours des 12 mois précédant l'enquête, environ 10 % des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) se sont dites concernées⁵⁰¹, avec un taux un peu plus bas chez les personnes hétérosexuelles (9,8 %) et bisexuelles (6,9 %) et chez les hommes gays (10,1 %) que chez les femmes lesbiennes (17,9 %)⁵⁰². Ce lien entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle (distinction LGB/personnes hétérosexuelles) et l'hypercholestérolémie n'était cependant pas statistiquement significatif lorsque l'on prenait en compte l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées. Par contre, pour cet indicateur, on a aussi observé un important effet de l'âge et une incidence moindre du sexe : les personnes âgées de 50 ans et plus étaient ainsi 7 fois plus susceptibles que les plus jeunes (16 à 49 ans) d'avoir un taux de cholestérol trop élevé ($OR = 7,42$)⁵⁰³. Les femmes avaient en revanche une probabilité plus faible que les hommes (sexe selon les registres) d'être concernées ($OR = 0,59$)⁵⁰⁴.

Alors que d'autres travaux montrent qu'il est plus fréquent pour les hommes gays que pour les hommes hétérosexuels d'avoir un taux de cholestérol trop élevé (voir point 2.2), cette tendance n'a pas pu être confirmée dans le cadre de la présente étude. Au contraire : comparés aux hommes hétérosexuels (11,9 %), les hommes gays et bisexuels ont un peu moins souvent indiqué être concernés (respectivement 10,1 % et 9,9 %). Ce lien n'était toutefois pas statistiquement significatif compte tenu de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du niveau de formation et du revenu net personnel des personnes interrogées⁵⁰⁵. Il en allait de même pour les femmes interrogées (sexe selon les registres) : ainsi, la proportion de femmes lesbiennes et bisexuelles (7,5 %) présentant un taux de cholestérol trop élevé était la même que chez les femmes hétérosexuelles (7,5 %). Néanmoins, en tenant compte de l'âge des personnes interrogées, il apparaissait que les femmes LB étaient légèrement plus sujettes à l'hypercholestérolémie que les femmes hétérosexuelles ($OR = 1,85$)⁵⁰⁶.

Parmi les personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health », 14 % avaient un taux de cholestérol trop élevé⁵⁰⁷. Comme pour ce qui est de l'hypertension, les hommes cis gays étaient les plus concernés (21,9 %), tandis que les personnes cis bisexuelles en ont très peu fait état (2,0 %)⁵⁰⁸. Aucune différence significative n'était cependant constatée entre les groupes une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et le revenu net des personnes interrogées pris en compte. De manière générale, les personnes trans/non-binaires tendaient cependant à présenter une probabilité significativement accrue par rapport aux personnes cis d'avoir un taux de cholestérol trop élevé ($OR = 1,50$)⁵⁰⁹. Là encore, l'âge des personnes interrogées avait une incidence plus marquée, les personnes âgées de 50 ans et plus étant nettement plus susceptibles que les plus jeunes (15 à 49 ans) de présenter une hypercholestérolémie ($OR = 3,96$)⁵¹⁰.

Au total, 3 % des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) ont indiqué avoir eu du **diabète** durant l'année précédant l'enquête⁵¹¹. Aucune différence significative entre les groupes de comparaison n'a été observée à cet égard⁵¹², y compris une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées contrôlés. Les analyses montrent plutôt que les personnes de 50 ans et plus sont nettement plus susceptibles d'avoir du diabète ($OR = 7,28$) que les plus jeunes (16 à 49 ans)⁵¹³, ce qui concorde avec les constatations selon lesquelles le risque de présenter un diabète de type II

⁵⁰¹ Au total, 26 466 personnes ont répondu à cette question.

⁵⁰² $\chi^2(3) = 11,040$; $p = ,012$

⁵⁰³ $p = ,000$

⁵⁰⁴ $p < ,001$

⁵⁰⁵ $p = ,486$

⁵⁰⁶ $p = ,002$

⁵⁰⁷ Au total, 1187 personnes ont répondu à cette question.

⁵⁰⁸ $\chi^2(3) = 50,956$; $p < ,001$

⁵⁰⁹ $p = ,053$

⁵¹⁰ $p < ,001$

⁵¹¹ Au total, 27 549 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

⁵¹² $p = ,548$; une cellule contenant des fréquences attendues inférieures à 5, il est possible que les résultats soient erronés.

⁵¹³ $p < ,001$

augmente avec l'âge (Landgraf et al., 2020). En outre, les femmes avaient une probabilité légèrement plus faible que les hommes (sexe selon les registres) d'avoir du diabète ($OR = 0,47$)⁵¹⁴. Comme pour l'hypertension et un taux de cholestérol trop élevé, les résultats de la présente étude ne confirment pas ceux d'autres travaux indiquant que les hommes gays sont bien plus souvent atteints de diabète que les hommes hétérosexuels (voir point 2.2) : il est ainsi apparu que les hommes gays et bisexuels (4,3 %) étaient quasiment autant touchés par le diabète que les hommes hétérosexuels (4,2 %), y compris en tenant compte des caractéristiques susmentionnées. Au contraire, un important effet de l'âge a pu être mis en évidence ici aussi, les hommes de 50 ans et plus étant considérablement plus susceptibles que les hommes plus jeunes (16 à 49 ans) d'être diabétiques ($OR = 8,75$)⁵¹⁵. Chez les femmes (sexe selon les registres), aucun lien n'a pu être constaté non plus entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et le diabète, même une fois l'influence de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du niveau de formation et du revenu net des personnes interrogées contrôlée⁵¹⁶. Ce constat est cohérent avec les résultats d'études antérieures (voir point 2.2). Il apparaît également chez les femmes que la probabilité d'avoir un diabète est 5 fois plus élevée à partir de 50 ans que chez les femmes plus jeunes ($OR = 5,12$)⁵¹⁷.

Parmi les personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health », 4 % ont eu du **diabète** au cours des 12 mois précédant l'enquête⁵¹⁸. Aucune différence significative entre les groupes de comparaison n'a été observée à cet égard⁵¹⁹, y compris une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et le revenu net des personnes interrogées contrôlés⁵²⁰. À noter que vu le faible nombre de cas, les personnes cisgenres LGB interrogées ont dû être regroupées en une seule catégorie. Là encore, comme on pouvait s'y attendre, un important effet de l'âge a pu être observé, les personnes plus âgées (50 ans et plus) ayant une probabilité 6 fois plus élevée que les plus jeunes (15 à 49 ans) de souffrir de diabète ($OR = 6,10$)⁵²¹.

Quelque 3 % des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) ont indiqué avoir été atteintes d'un **cancer** au cours des 12 mois précédant l'enquête⁵²². Aucune différence significative entre les groupes de comparaison n'a été observée à cet égard, la part des personnes LGB (1,8 %) concernées se révélant similaire à celle des personnes hétérosexuelles (1,6 %)⁵²³. En raison du nombre limité de personnes malades, des analyses statistiques plus détaillées n'ont pas été réalisées. En ce qui concerne la prévalence des maladies oncologiques chez les femmes (sexe selon les registres), les résultats confirment les constatations d'études antérieures, selon lesquelles les femmes lesbiennes et bisexuelles (4,3 %)⁵²⁴ ne sont pas significativement plus souvent touchées par le cancer que les femmes hétérosexuelles (2,9 %) (voir point 2.2)⁵²⁵. Cependant, vu le petit nombre de cas, ces résultats doivent être interprétés avec prudence.

Au total, 18 personnes LGBT interrogées dans le cadre de « LGBT Health » ont indiqué avoir eu un cancer au cours des 12 mois précédant l'enquête (0,9 %)⁵²⁶. Parmi ces personnes, 10 étaient des hommes cis gays (1,6 % des hommes gays interrogés). Cependant, le nombre limité de cas ne permettait pas d'analyses statistiques complémentaires. La ventilation des cas en fonction de l'âge montre toutefois que sur les 18 personnes concernées, 10 étaient âgées de plus de 50 ans et une de moins de 30 ans.

⁵¹⁴ $p < ,001$

⁵¹⁵ $p < ,001$

⁵¹⁶ $p = ,908$

⁵¹⁷ $p < ,001$

⁵¹⁸ Au total, 1282 personnes ont répondu à cette question.

⁵¹⁹ $p = ,855$

⁵²⁰ $p = ,834$

⁵²¹ $p < ,001$

⁵²² Au total, 16 851 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

⁵²³ $p = ,602$

⁵²⁴ Vu le nombre limité de cas, les femmes lesbiennes et bisexuelles ont été regroupées.

⁵²⁵ $p = ,227$

⁵²⁶ 2021 personnes ont répondu à cette question.

4.4.1.4 Limitations dans la vie quotidienne dues à des problèmes de santé

Plus de trois quarts de toutes les personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) ont indiqué ne *pas* avoir été limitées par un problème de santé dans les activités de la vie quotidienne depuis au moins 6 mois (79,2 %)⁵²⁷. À l'inverse, 18 % ont dit avoir été limitées par un problème de santé dans les activités de la vie quotidienne depuis au moins 6 mois, mais pas fortement, et les 3 % restants ont affirmé avoir été fortement limitées. Aucune différence significative entre les groupes de comparaison n'a été observée à cet égard (voir fig. 43)⁵²⁸. Un lien statistiquement significatif apparaissait cependant lorsque l'on tenait compte de l'année du relevé ainsi que de l'âge, du sexe (selon les registres), du niveau de formation et du revenu net personnel des personnes interrogées. À noter que vu les faibles fréquences, toutes les personnes LGB ont été regroupées pour une comparaison avec le reste de la population aux fins des analyses. Il en ressort que les personnes LGB présentaient par rapport au reste de la population une probabilité légèrement accrue d'être fortement limitées par des problèmes de santé dans leur vie quotidienne ($OR = 1,59$)⁵²⁹. Si cet effet était très modeste, l'âge avait une incidence plus marquée. Les personnes âgées de 50 ans et plus avaient ainsi, par rapport aux plus jeunes (16 à 49 ans), une probabilité presque 3 fois plus élevée d'avoir été fortement limitées par des problèmes de santé dans leur vie quotidienne au cours des 6 mois précédant l'enquête ($OR = 2,70$)⁵³⁰. Les femmes présentaient en revanche une probabilité plus faible que les hommes (sexe selon les registres) d'avoir été fortement limitées ($OR = 0,64$)⁵³¹.

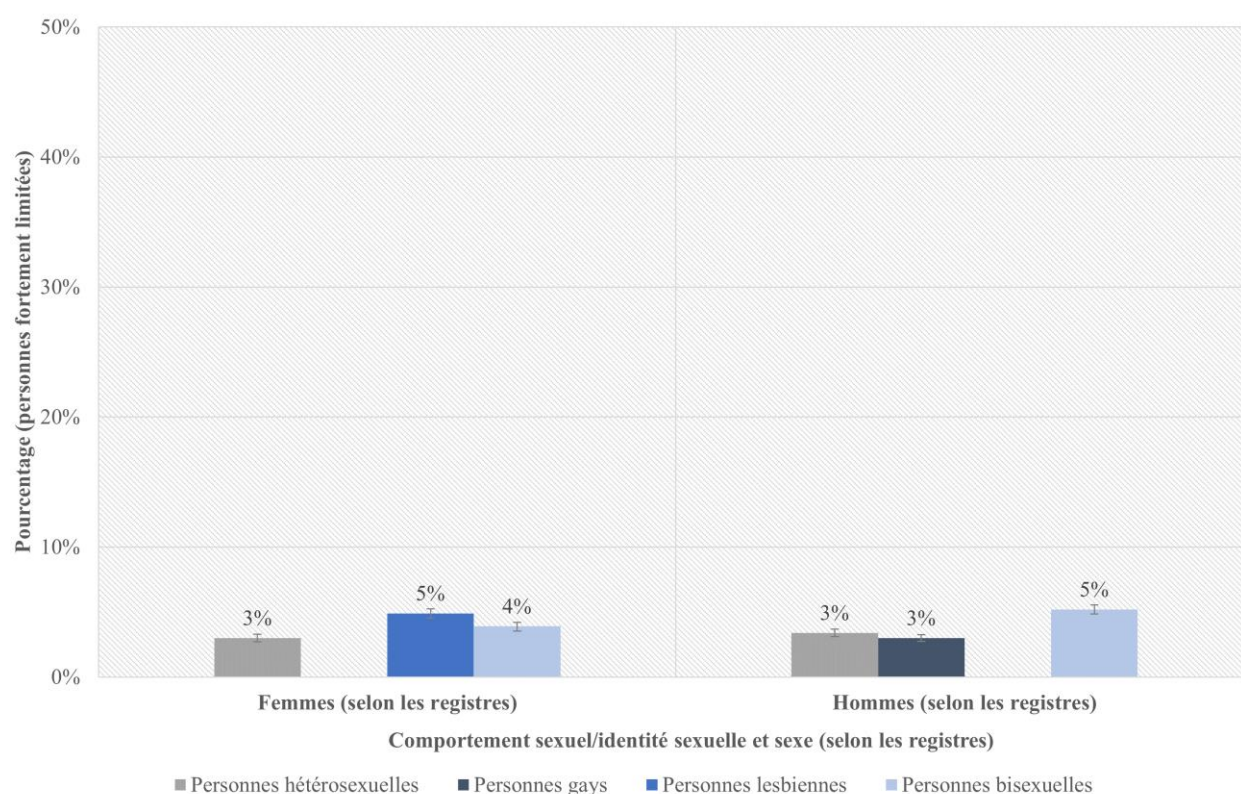


Figure 43 : Limitations dans la vie quotidienne dues à des problèmes de santé ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

⁵²⁷ Au total, 29 862 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

⁵²⁸ $p = ,325$; une cellule contenant des fréquences attendues inférieures à 5, il est possible que les résultats soient erronés. Une comparaison entre les personnes LGB et le reste de la population a cependant confirmé le résultat ($p = ,083$).

⁵²⁹ $p = ,010$

⁵³⁰ $p < ,001$

⁵³¹ $p < ,001$

Plus de la moitié (57,6 %) de toutes les personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health » ont indiqué ne pas avoir été limitées du tout par un problème de santé depuis au moins 6 mois⁵³². Au contraire, 42 % ont rapporté avoir été limitées, dont 34 % pas fortement et 8 % fortement. On observe à cet égard de nettes différences entre les groupes de comparaison : les personnes cis bisexuelles (45,5 %) et trans/non-binaires (54,4 %) apparaissent ainsi plus souvent limitées (fortement ou pas fortement) que les femmes cis lesbiennes (39,2 %) et les hommes cis gays (33,6 %) (voir fig. 44).⁵³³ Même en prenant en compte l'âge et le sexe (assigné à la naissance), les femmes lesbiennes ($OR = 0,44$)⁵³⁴, les hommes gays ($OR = 0,64$)⁵³⁵ et les personnes bisexuelles ($OR = 0,62$)⁵³⁶ avaient par rapport aux personnes trans/non-binaires une probabilité moindre d'avoir été fortement limitées par des problèmes de santé au cours des 6 mois précédents que de l'avoir été légèrement ou pas du tout. Un effet statistiquement significatif du sexe a en outre été observé, les hommes ayant une probabilité moindre que les femmes (sexe selon les registres) d'avoir subi des limitations ($OR = 0,60$)⁵³⁷.

En comparaison des résultats de l'ESS, il semble que les personnes LGB interrogées dans le cadre de « LGBT Health » sont bien plus fortement concernées que celles interrogées dans le cadre de l'ESS. Il convient en l'occurrence de prendre en considération non seulement l'effet potentiel de la pandémie de COVID-19, mais aussi la surreprésentation des personnes trans/non-binaires dans l'échantillon « LGBT Health », qui entraîne une élévation du degré d'atteinte de l'ensemble de l'échantillon.

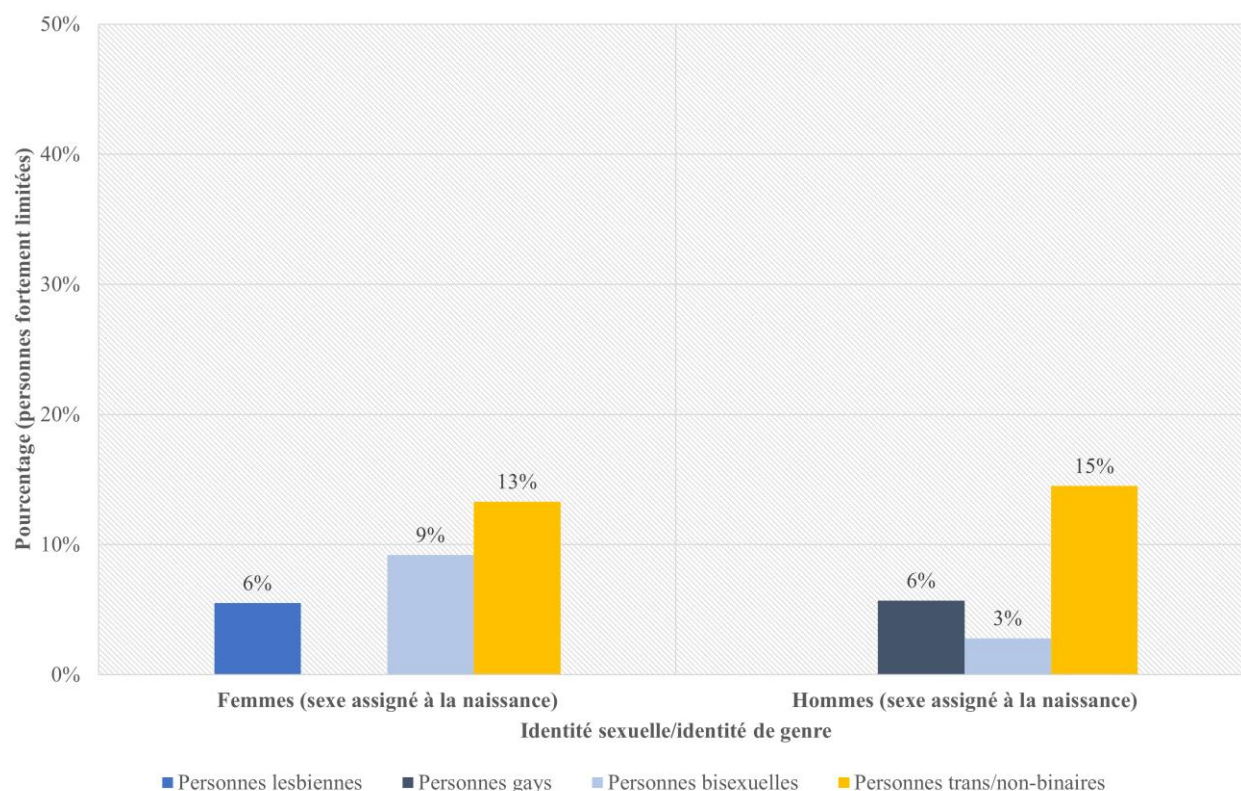


Figure 44 : Limitations dans la vie quotidienne dues à des problèmes de santé (personnes fortement limitées) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

⁵³² Au total, 1997 personnes ont répondu à cette question.

⁵³³ $\chi^2(3) = 53,582$; $p < ,001$

⁵³⁴ $p < ,001$

⁵³⁵ $p = ,007$

⁵³⁶ $p = ,002$

⁵³⁷ $p = ,002$

4.4.1.5 Maladies chroniques et problèmes de santé de longue durée

Dans le cadre de l'ESS (2012, 2017), 29 % des personnes interrogées ont indiqué avoir une maladie chronique ou un problème de santé de longue durée⁵³⁸, avec des différences entre les groupes de comparaison (voir fig. 45)⁵³⁹. Une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées pris en compte, il apparaissait en effet que les personnes bisexuelles présentaient par rapport aux personnes hétérosexuelles une probabilité légèrement accrue de souffrir d'une maladie chronique ou d'un problème de santé de longue durée ($OR = 1,49$)⁵⁴⁰. Il en allait tendanciellement de même pour les femmes lesbiennes ($OR = 1,31$)⁵⁴¹. S'agissant des hommes gays, les résultats confirment toutefois les constatations d'études antérieures, selon lesquelles ils ne sont pas davantage sujets aux maladies chroniques que les hommes hétérosexuels (voir point 2.2). Bien qu'en proportion, les hommes gays (30,6 %) aient été légèrement plus nombreux que les hommes hétérosexuels (27,3 %) à indiquer souffrir de maladies chroniques, l'effet n'était que tendanciellement significatif une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées pris en compte ($OR = 1,32$)⁵⁴². Toutefois, les hommes bisexuels avaient par rapport aux hommes hétérosexuels une probabilité légèrement plus élevée d'avoir une maladie chronique lorsque l'on prenait en compte les caractéristiques susmentionnées ($OR = 1,56$)⁵⁴³.

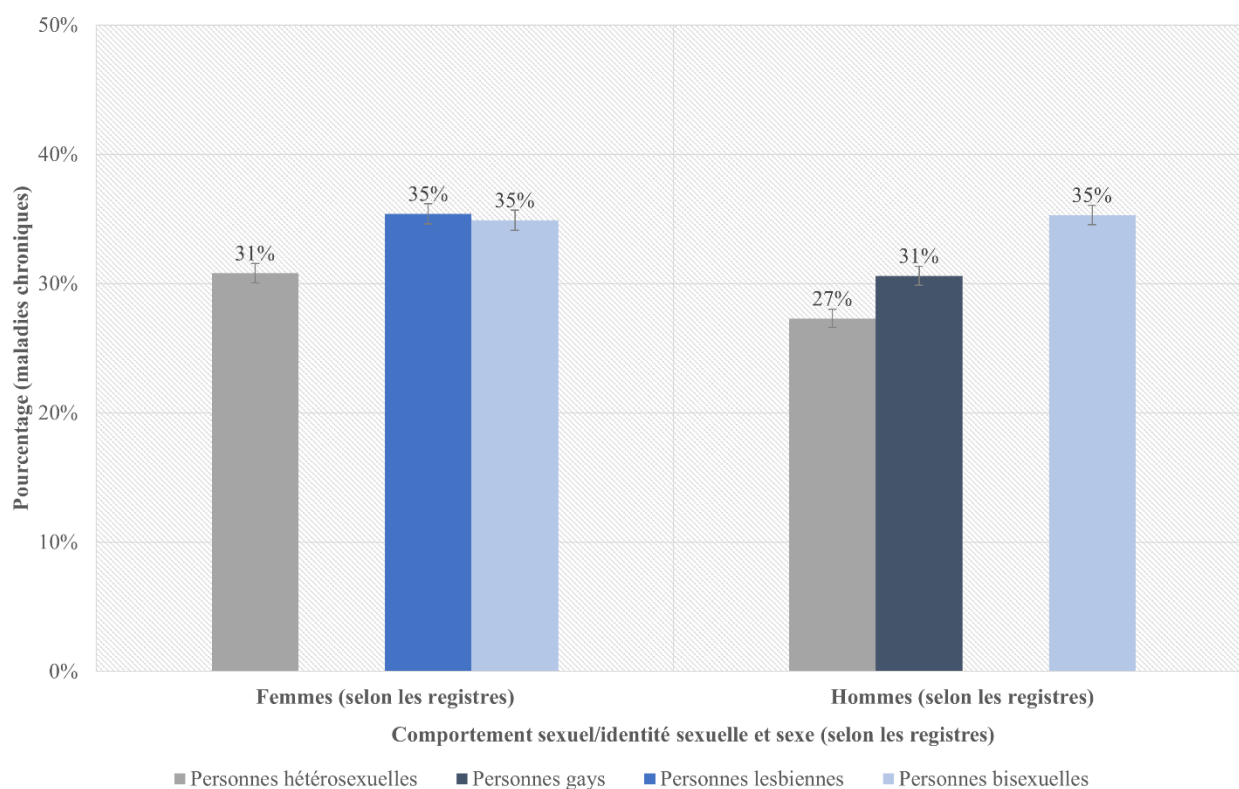


Figure 45 : Maladies chroniques et problèmes de santé de longue durée ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

⁵³⁸ Un problème de santé qui a duré ou qui durera probablement 6 mois ou plus ; au total, 29 861 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

⁵³⁹ $\chi^2(3) = 13,264$; $p = ,004$

⁵⁴⁰ $p < ,001$

⁵⁴¹ $p = ,070$

⁵⁴² $p = ,064$

⁵⁴³ $p = ,003$

Dans le cadre de « LGBT Health », 47 % des personnes interrogées ont dit souffrir depuis au moins 6 mois d'une maladie chronique ou d'un problème de santé persistant⁵⁴⁴. Les personnes trans/non-binaires (56,9 %) étaient particulièrement concernées (voir fig. 46)⁵⁴⁵, un lien qui apparaissait aussi une fois l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées pris en compte⁵⁴⁶. De manière générale, les personnes trans/non-binaires présentaient par rapport aux personnes cis, compte tenu des caractéristiques susmentionnées, une probabilité accrue ($OR = 1,73$)⁵⁴⁷ de souffrir d'une maladie chronique ou d'un problème de santé de longue durée. Comme on pouvait s'y attendre, un effet de l'âge prononcé a par ailleurs été observé, la probabilité pour les personnes de 50 et plus, notamment, de souffrir de ce type de pathologies étant nettement plus élevée que pour les personnes âgées de 15 à 29 ans ($OR=3,76$)⁵⁴⁸.

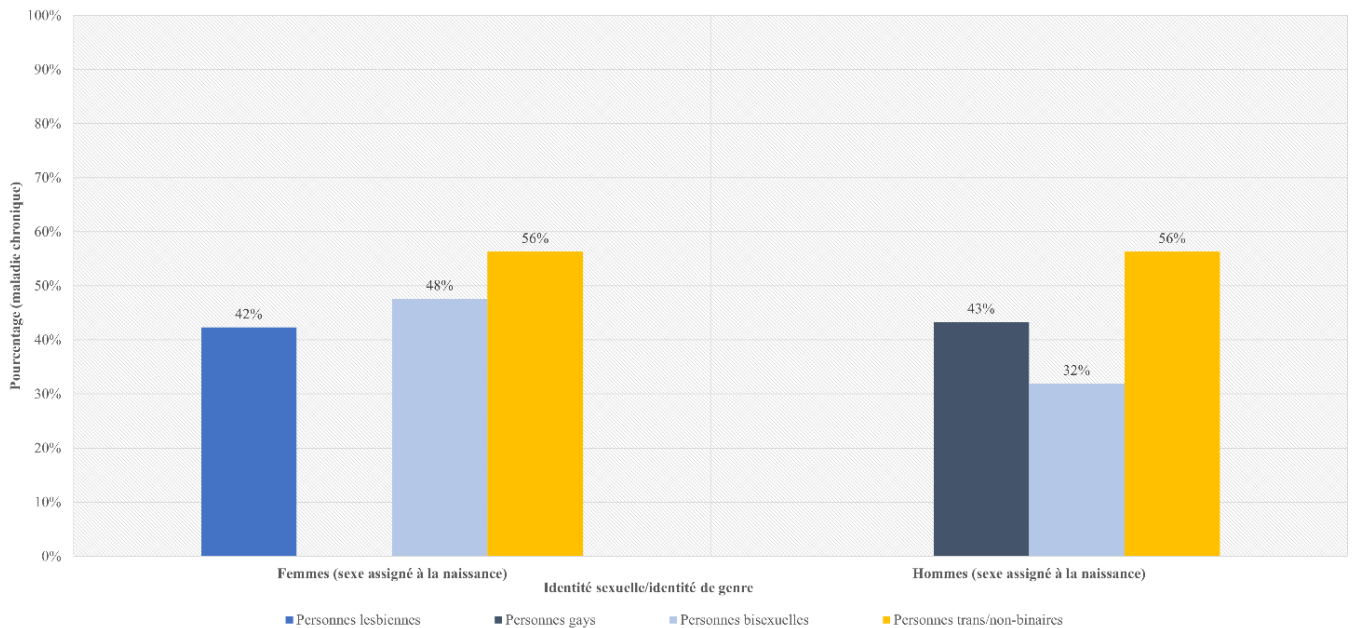


Figure 46 : Maladies chroniques et problèmes de santé de longue durée ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

4.4.1.6 Infection par le coronavirus

Au moment de l'enquête, 88 % des personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health » n'avaient encore jamais été infectées par le coronavirus⁵⁴⁹, ce qui correspond à peu près à la proportion dans l'ensemble de la population, si l'on se réfère aux chiffres communiqués lors de la rédaction du présent rapport⁵⁵⁰. On observait cependant d'importantes différences entre les groupes de comparaison. Ainsi, les personnes trans/non-binaires (7,4 %) interrogées ont rapporté nettement moins souvent avoir été infectées par le coronavirus que les autres groupes de comparaison (11,5 à 15,2 %), un lien qui restait statistiquement significatif une fois pris en compte l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées, ainsi que le nombre de tests de dépistage effectués. Par rapport aux personnes trans/non-binaires interrogées, les femmes cis lesbiennes ($OR = 2,17$)⁵⁵¹ et les personnes cis bisexuelles ($OR = 2,23$)⁵⁵² avaient en effet une probabilité nettement

⁵⁴⁴ Un problème de santé qui a duré ou qui durera probablement 6 mois ou plus ; 1974 personnes ont répondu à cette question.

⁵⁴⁵ $\chi^2(3) = 27,582$; $p < ,001$

⁵⁴⁶ Femmes lesbiennes : $OR = 0,46$; $p < ,001$; hommes gays : $OR = 0,70$; $p = ,032$; personnes bisexuelles : $OR = 0,63$; $p = ,003$

⁵⁴⁷ $p < ,001$

⁵⁴⁸ $p < ,001$

⁵⁴⁹ 1573 personnes ont répondu à cette question.

⁵⁵⁰ Voir <https://www.covid19.admin.ch/de/overview?time=total> (état : 12 décembre 2021)

⁵⁵¹ $p = ,014$

⁵⁵² $p = ,006$

plus élevée d'avoir déjà contracté le coronavirus. D'une manière générale également, ce lien entre l'identité de genre et une infection par le coronavirus était statistiquement significatif lorsque l'on prenait en compte les caractéristiques susmentionnées : les personnes trans/non-binaires avaient ainsi une probabilité significativement moindre ($OR = 0,54$)⁵⁵³ que les personnes cis de l'avoir contracté.

4.4.1.7 Indice de masse corporelle (IMC)

Parmi les personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017), 57 % présentaient un IMC dans les limites de la normale⁵⁵⁴. Tandis que très peu de personnes étaient en sous-poids (3,2 %), 30 % pouvaient être considérées en surpoids, et 1 personne sur 10 était obèse (10,0 %). On observait cependant d'importantes différences entre les groupes de comparaison. Ainsi, par rapport aux personnes hétérosexuelles (40,5 %), les femmes lesbiennes en particulier (29,5 %), mais aussi les personnes bisexuelles (32,2 %) et les hommes gays (34,3 %), étaient nettement moins souvent en surpoids ou obèses (voir fig. 47)⁵⁵⁵. Cependant, une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées pris en compte, seuls les hommes gays avaient encore une probabilité bien plus faible que les personnes hétérosexuelles de présenter une surcharge pondérale ($OR = 0,56$)⁵⁵⁶. L'IMC était légèrement plus influencé par le sexe (selon les registres) et l'âge des personnes interrogées, les femmes étant un peu moins susceptibles que les hommes (sexe selon les registres) d'être en surpoids ou de souffrir d'obésité ($OR = 0,41$)⁵⁵⁷. Il en allait de même pour les personnes plus jeunes (16 à 49 ans) par rapport aux plus âgées (50 ans et plus) ($OR = 0,46$)⁵⁵⁸.

Des études montrent que les hommes gays ont un IMC inférieur à celui des hommes hétérosexuels, tandis que l'obésité touche davantage les femmes lesbiennes que les femmes hétérosexuelles (voir point 2.2). La présente étude a pu confirmer ce premier constat, dans la mesure où les hommes gays (34,3 %) étaient nettement moins souvent en surpoids ou obèses que les hommes hétérosexuels (50,8 %) ou bisexuels (46,0 %)⁵⁵⁹. En prenant en compte l'année du relevé ainsi que l'âge, le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées, la probabilité d'être en surcharge pondérale était plus faible pour les hommes gays que pour les hommes hétérosexuels ($OR = 0,55$)⁵⁶⁰. Par contre, s'agissant des femmes interrogées (sexe selon les registres), les résultats contredisent ceux des autres études (voir point 2.2) : en Suisse, les femmes bisexuelles (24,1 %) étaient ainsi nettement moins souvent en surpoids ou obèses que les femmes hétérosexuelles (29,6 %), et les femmes lesbiennes n'étaient pas davantage en surcharge pondérale que les femmes hétérosexuelles (29,5 %)⁵⁶¹. L'écart tendait à être statistiquement significatif. Toutefois, le lien entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et l'IMC disparaissait une fois pris en compte l'année du relevé ainsi que l'âge, le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées.

⁵⁵³ $p = ,011$

⁵⁵⁴ Au total, les informations relatives à 29 762 personnes (données pondérées) ont pu être retenues.

⁵⁵⁵ $\chi^2(3) = 25,926 ; p < ,001$

⁵⁵⁶ $p < ,001$

⁵⁵⁷ $p < ,001$

⁵⁵⁸ $p < ,001$

⁵⁵⁹ $\chi^2(2) = 26,694 ; p < ,001$

⁵⁶⁰ $p < ,001$

⁵⁶¹ $\chi^2(2) = 5,610 ; p = ,061$

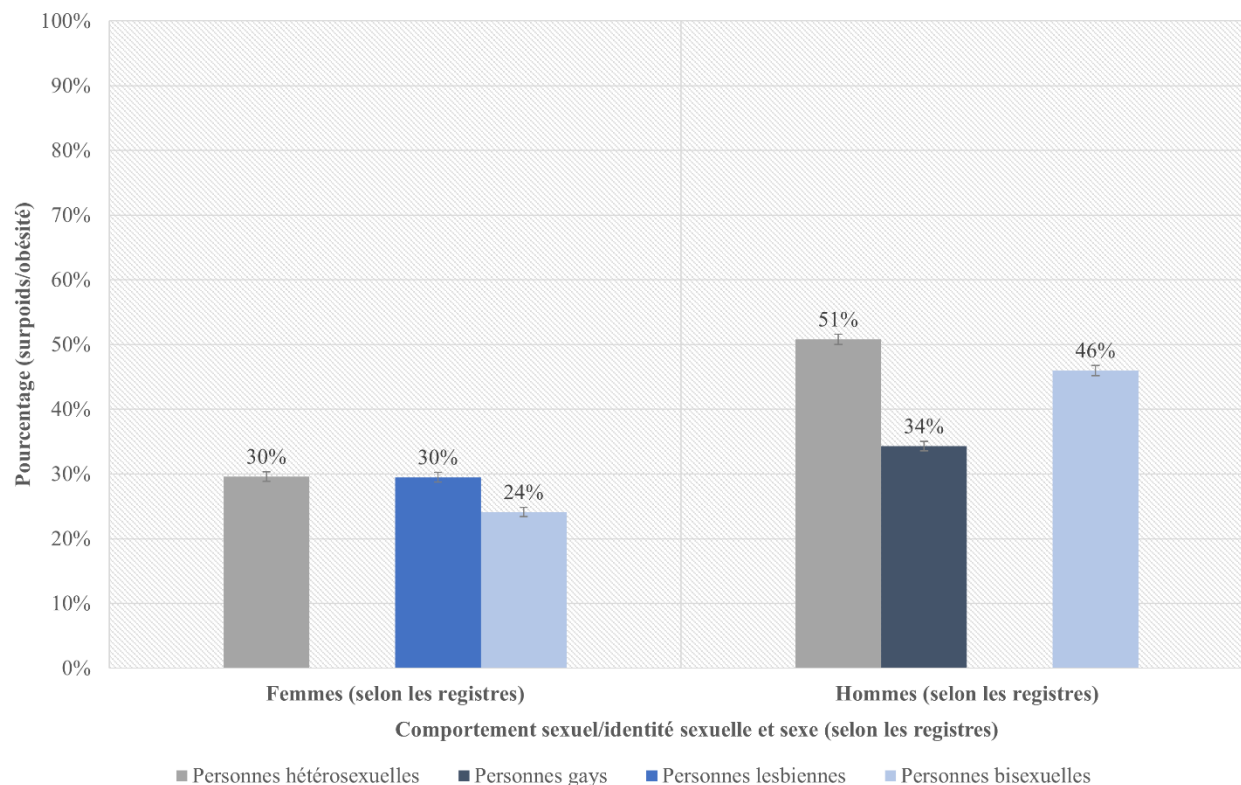


Figure 47 : Indice de masse corporelle (surpoids/obésité) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

La majorité des personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health » présentaient elles aussi un poids considéré comme normal (63,8 %) ⁵⁶². Un peu plus de 1 personne sur 5 (20,8 %) était toutefois en surpoids et plus de 1 sur 10 souffrait d'obésité (11,2 %). Au contraire, 4 % des personnes interrogées avaient une insuffisance pondérale. Il est apparu que les personnes bisexuelles (27,1 %) étaient tendanciellement moins souvent en surpoids ou obèses que les autres groupes de comparaison (30,1 à 35,3 %) ⁵⁶³. Cependant, une fois pris en compte l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et le revenu net personnel des personnes interrogées, ce lien n'était plus statistiquement significatif. En ce qui concerne le lien entre l'orientation sexuelle des personnes interrogées (voir annexe 3) et l'IMC, il est apparu que les FSF* avaient une probabilité plus faible que les personnes bi-/pansexuelles ($OR = 0,68$) ⁵⁶⁴ d'être en surcharge pondérale.

Bilan intermédiaire : santé physique

Bien que le phénomène ne soit pas aussi marqué dans tous les domaines, les résultats mettent en évidence, à l'instar de l'état de la recherche internationale (voir point 2.2), des inégalités entre les personnes LGB et le reste de la population ainsi qu'au sein du groupe de comparaison LGB. En accord avec le constat selon lequel les personnes LGB sont nettement plus actives physiquement que les personnes hétérosexuelles (voir point 4.3.1.1), l'IMC fait ici figure d'exception. Il a ainsi été possible de confirmer, s'agissant des hommes (sexe selon les registres), les résultats d'autres études qui montraient que les hommes gays étaient moins souvent en surpoids ou obèses que les hommes hétérosexuels (voir point 2.2). Contrairement à ce qu'ont constaté des études internationales, les femmes lesbiennes n'étaient pas plus fréquemment en surcharge pondérale que les femmes hétérosexuelles en Suisse. Il faudrait des études comportant un échantillon LGB représentatif plus conséquent pour établir s'il s'agit dans une certaine mesure d'un effet d'échantillonnage ou si la situation en Suisse est effectivement différente. Étant

⁵⁶² Au total, 1850 personnes ont pu être prises en compte pour le calcul de l'IMC.

⁵⁶³ $\chi^2(3) = 7,736$; $p = ,052$

⁵⁶⁴ $p = ,012$

donné que les résultats relatifs à l'activité physique vont dans le même sens, on peut toutefois le supposer (voir point 4.3.1.1).

Les inégalités deviennent particulièrement prononcées au regard des résultats de « LGBT Health », y compris lorsque l'on prend en compte un probable effet de la pandémie de coronavirus ainsi que le fait que les personnes ayant participé à l'enquête ont aussi été recrutées par l'intermédiaire de spécialistes et d'institutions du système de santé. Les différences par rapport à l'ESS tiennent en effet en premier lieu au fardeau nettement plus lourd porté par les personnes trans/non-binaires en matière de santé, qui a également pu être démontré par d'autres études (voir chap. 2). Ce groupe, qui n'a pas été pris en compte dans l'ESS jusqu'ici, est en effet largement surreprésenté dans l'échantillon de « LGBT Health ». Les personnes trans/non-binaires ont ainsi jugé leur propre état de santé nettement moins bon et ont présenté beaucoup plus souvent des troubles importants au cours des 4 semaines précédant l'enquête. En outre, les personnes trans/non binaires étaient plus nombreuses à être limitées dans leur vie quotidienne en raison de problèmes de santé et souffraient plus souvent de maladies chroniques ou de longue durée. Il est urgent de mener des études supplémentaires sur le sujet en vue de vérifier ces résultats au moyen d'un échantillon aléatoire plus large de personnes LGBT.

4.4.2 Santé psychique

En ce qui concerne la santé psychique, les deux enquêtes (ESS, « LGBT Health ») ont intégré les indicateurs suivants :

- qualité de vie,
- énergie et vitalité,
- détresse psychologique,
- dépression,
- consommation de psychotropes,
- pensées suicidaires et tentatives de suicide.

Dans le cadre de « LGBT Health », le questionnaire interrogeait en outre sur la présence d'autres maladies psychiques (troubles de l'alimentation, TDAH), les comportements d'automutilation ainsi que les démarches de recours à une aide en cas de pensées suicidaires.

4.4.2.1 Qualité de vie

Sur l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017), 93 % ont dit avoir une qualité de vie (très) bonne ; les 7 % restants étaient partagés entre les personnes qui considéraient avoir une qualité de vie ni bonne ni mauvaise (5,9 %) et celles qui la jugeaient (très) mauvaise (1,1 %) ⁵⁶⁵. Aucune différence significative entre les groupes de comparaison n'a été observée à cet égard (voir fig. 48) ⁵⁶⁶. Cependant, une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation, la nationalité et l'état de santé subjectif des personnes interrogées pris en compte, la probabilité pour les personnes LGB de considérer leur qualité de vie comme (très) bonne était moindre que pour le reste de la population ($OR = 0,70$) ⁵⁶⁷. Il a de plus été observé que les personnes qui évaluaient leur état de santé comme (très) bon avaient par rapport aux autres une probabilité 12 fois plus élevée de juger leur qualité de vie (très) bonne ($OR = 11,65$) ⁵⁶⁸.

⁵⁶⁵ Au total, des informations relatives à 29 896 personnes (données pondérées) étaient disponibles.

⁵⁶⁶ $p = ,160$

⁵⁶⁷ $p = ,005$

⁵⁶⁸ $p = ,000$

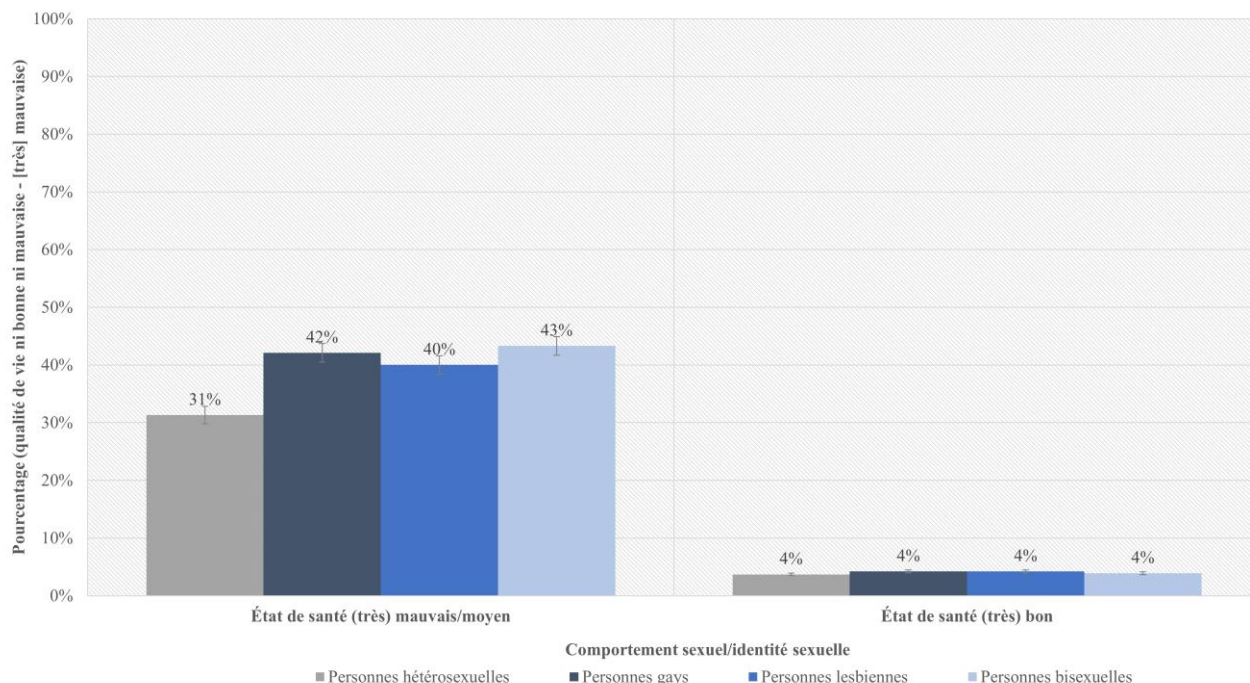


Figure 48 : Qualité de vie (ni bonne ni mauvaise - [très] mauvaise) ; données ventilées par groupe de comparaison et par état de santé subjectif ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

« LGBT Health » dresse un tableau quelque peu différent : 78 % des personnes interrogées y ont indiqué évaluer leur qualité de vie comme (très) bonne, et sur les 22 % restants, 5 % la jugeaient (très) mauvaise⁵⁶⁹. Des différences significatives ont été observées entre les groupes de comparaison. Ainsi, les personnes cis LGB (80,0 à 86,0 %) ont nettement plus souvent considéré leur qualité de vie comme (très) bonne que les personnes trans/non-binaires interrogées (61,8 %) (voir fig. 49)⁵⁷⁰. En prenant en compte l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation, la nationalité et l'état de santé autoévalué des personnes interrogées, les hommes cis gays ($OR = 3,03$), les femmes cis lesbiennes ($OR = 2,26$) et les personnes cis bisexuelles ($OR = 2,15$) présentaient par rapport aux personnes trans/non-binaires une probabilité significativement accrue de qualifier leur qualité de vie de (très) bonne⁵⁷¹. Il apparaissait en outre que, comparées aux hommes, les femmes (sexe assigné à la naissance) avaient une probabilité significativement moindre de faire état d'une (très) bonne qualité de vie ($OR = 0,55$)⁵⁷². Comme dans le cadre de l'ESS, c'est toutefois l'état de santé autoévalué qui avait ici aussi l'effet le plus fort sur l'appréciation de la qualité de vie ($OR = 6,92$) (cf. fig. 49)⁵⁷³. Il convient toutefois, lors de l'interprétation de ces résultats, de prendre en compte le fait que la pandémie de coronavirus et les mesures mises en place pour y faire face ont eu des répercussions négatives sur la qualité de vie de la population générale en Suisse. Au moment de l'enquête « LGBT Health », le niveau des personnes qui ont rapporté une qualité de vie (très) mauvaise était même supérieur à celui indiqué au printemps 2020, c'est-à-dire lors du premier confinement (voir COVID-19 Social Monitor⁵⁷⁴). Ce phénomène peut cependant tout au plus expliquer l'écart entre les personnes LGB interrogées dans le cadre de l'ESS et de « LGBT Health », mais pas les différences entre les deux enquêtes. Ces dernières tiennent probablement, elles aussi, à la surreprésentation des personnes trans/non-binaires dans « LGBT Health » ainsi qu'aux pressions plus importantes qu'elles subissent. Bien que les personnes trans et non-binaires aient une fois de plus été particulièrement touchées par les mesures de lutte contre le COVID-19 s'agissant de la mise en œuvre de mesures

⁵⁶⁹ Les données de 2059 personnes étaient disponibles sur ce sujet.

⁵⁷⁰ $\chi^2(3) = 115,227$; $p < ,001$

⁵⁷¹ $p < ,001$ dans chaque cas

⁵⁷² $p = ,002$

⁵⁷³ $p < ,001$

⁵⁷⁴ <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

de réassignation sexuelle, les différences en ce qui concerne les difficultés occasionnées par la pandémie ne sauraient à elles seules expliquer les écarts observés.

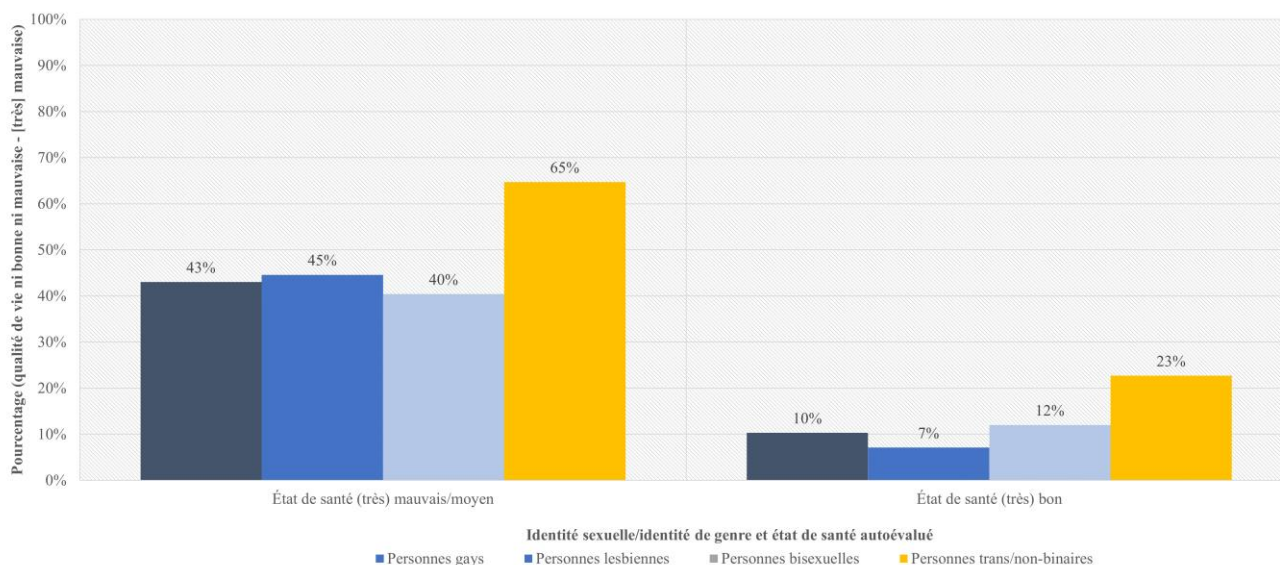


Figure 49 : Qualité de vie (ni bonne ni mauvaise - [très] mauvaise) ; données ventilées par groupe de comparaison et par état de santé subjectif ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

4.4.2.2 Énergie et vitalité

Dans le cadre des deux enquêtes, le niveau d'énergie et de vitalité des personnes interrogées durant les 4 semaines précédentes a été évalué sur la base de l'indice d'énergie et de vitalité (EVI)⁵⁷⁵. Un peu moins de la moitié des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2017) avaient eu sur cette période un niveau d'énergie et de vitalité élevé (48,9 %)⁵⁷⁶, 29 % un niveau faible et les 22 % restants un niveau « moyen ». Des différences significatives ont été relevées entre les groupes de comparaison. Ainsi, on a moins souvent observé chez les hommes gays (42,7 %), les femmes lesbiennes (38,6 %) et les personnes bisexuelles (38,1 %) un niveau d'énergie et de vitalité élevé que chez les personnes hétérosexuelles (49,2 %) (voir fig. 50)⁵⁷⁷. Un lien significatif entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle⁵⁷⁸ et le niveau d'énergie et de vitalité a aussi pu être constaté une fois pris en compte l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation, la nationalité et l'état de santé subjectif des personnes interrogées : les personnes LGB avaient ainsi une probabilité nettement plus faible que les personnes hétérosexuelles d'avoir eu au cours des 4 semaines précédant l'enquête un niveau d'énergie et de vitalité moyen à élevé (OR = 0,66)⁵⁷⁹. Il en allait de même pour les femmes en comparaison des hommes (sexe selon les registres) (OR = 0,72)⁵⁸⁰ (fig. 50).

⁵⁷⁵ Sous-échelle du questionnaire SF-36 (Ware et Sherbourne, 1992).

⁵⁷⁶ Au total, des informations relatives à 16 028 personnes (données pondérées) étaient disponibles.

⁵⁷⁷ $\chi^2(6) = 25,081$; $p < ,001$

⁵⁷⁸ Au vu des faibles fréquences dans les cellules, toutes les personnes LGB ont de nouveau été regroupées en une seule catégorie et comparées avec le reste de la population.

⁵⁷⁹ $p < ,001$

⁵⁸⁰ $p < ,001$

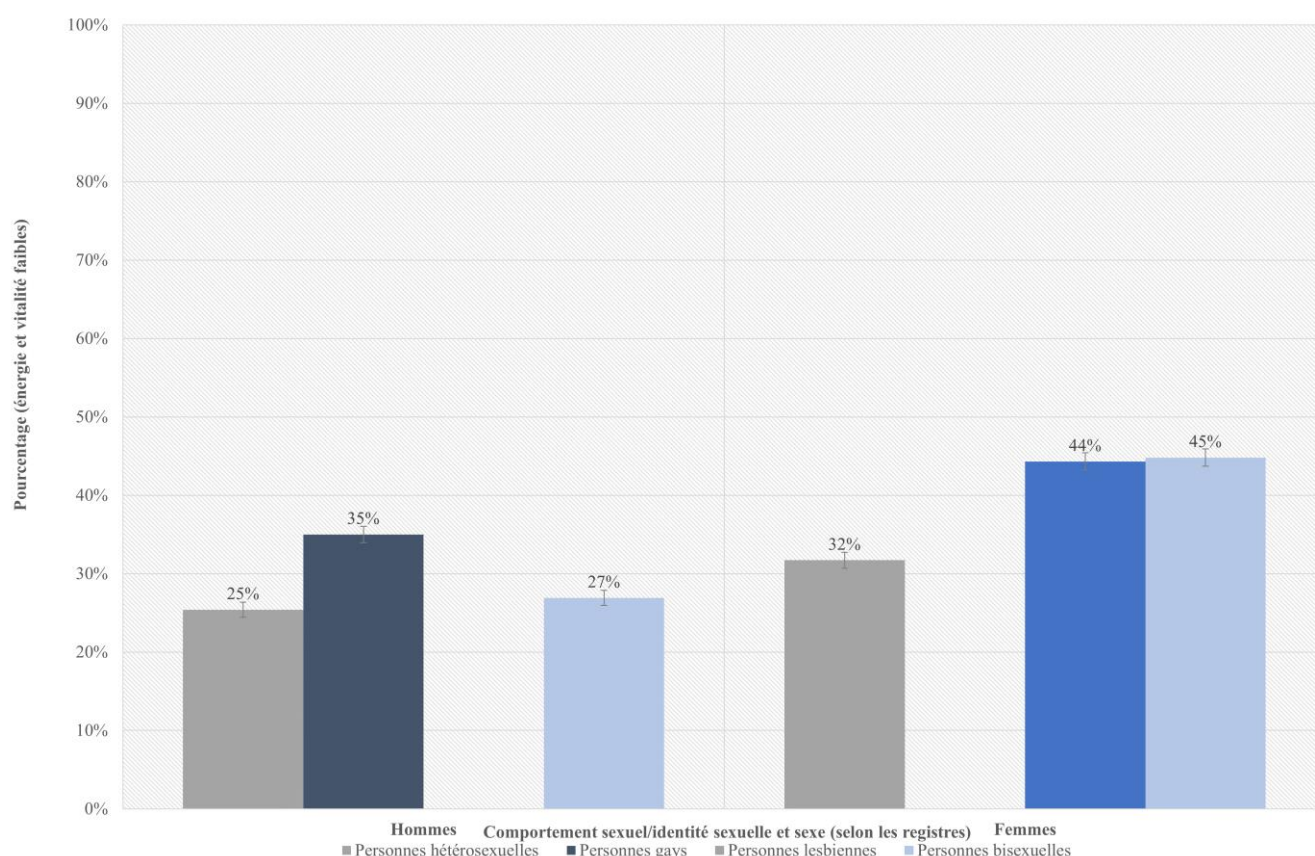


Figure 50 : Énergie et vitalité (niveau faible) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2017)

Ici aussi, le tableau était différent dans « LGBT Health » : 64 % des personnes LGBT interrogées y ont présenté un niveau d'énergie et de vitalité faible au cours des 4 semaines précédant l'enquête⁵⁸¹. On peut supposer à cet égard que la pandémie est en partie responsable de ce taux. Cependant, comme pour d'autres indicateurs examinés précédemment, les différences importantes entre l'échantillon ESS et l'échantillon « LGBT Health » s'expliquent probablement surtout par la surreprésentation des personnes trans/non-binaires, qui rencontrent davantage de difficultés. Plus d'un cinquième affichaient un niveau d'énergie et de vitalité élevé (20,9 %), et le reste des personnes interrogées un niveau moyen (15,0 %). Des différences significatives apparaissaient ici aussi entre les groupes de comparaison. Les personnes trans/non-binaires (11,4 %) et cis bisexuelles (15,4 %) avaient ainsi eu nettement moins souvent un niveau d'énergie et de vitalité élevé durant les 4 semaines précédentes que les hommes cis gays (30,5 %) et les femmes cis lesbiennes (22,3 %) interrogés (voir fig. 51)⁵⁸². Cet écart restait significatif en prenant en compte l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées : les femmes cis lesbiennes ($OR = 3,59$)⁵⁸³, les personnes cis bisexuelles ($OR = 2,31$)⁵⁸⁴ et les hommes cis gays ($OR = 1,84$)⁵⁸⁵ présentaient par rapport aux personnes trans/non-binaires une probabilité nettement accrue d'avoir eu au cours des 4 semaines précédentes un niveau d'énergie et de vitalité élevé qu'un niveau faible ou moyen.

⁵⁸¹ Les données de 2038 personnes étaient disponibles sur ce sujet.

⁵⁸² $\chi^2(3) = 72,237$; $p < ,001$

⁵⁸³ $p < ,001$

⁵⁸⁴ $p = ,002$

⁵⁸⁵ $p < ,001$

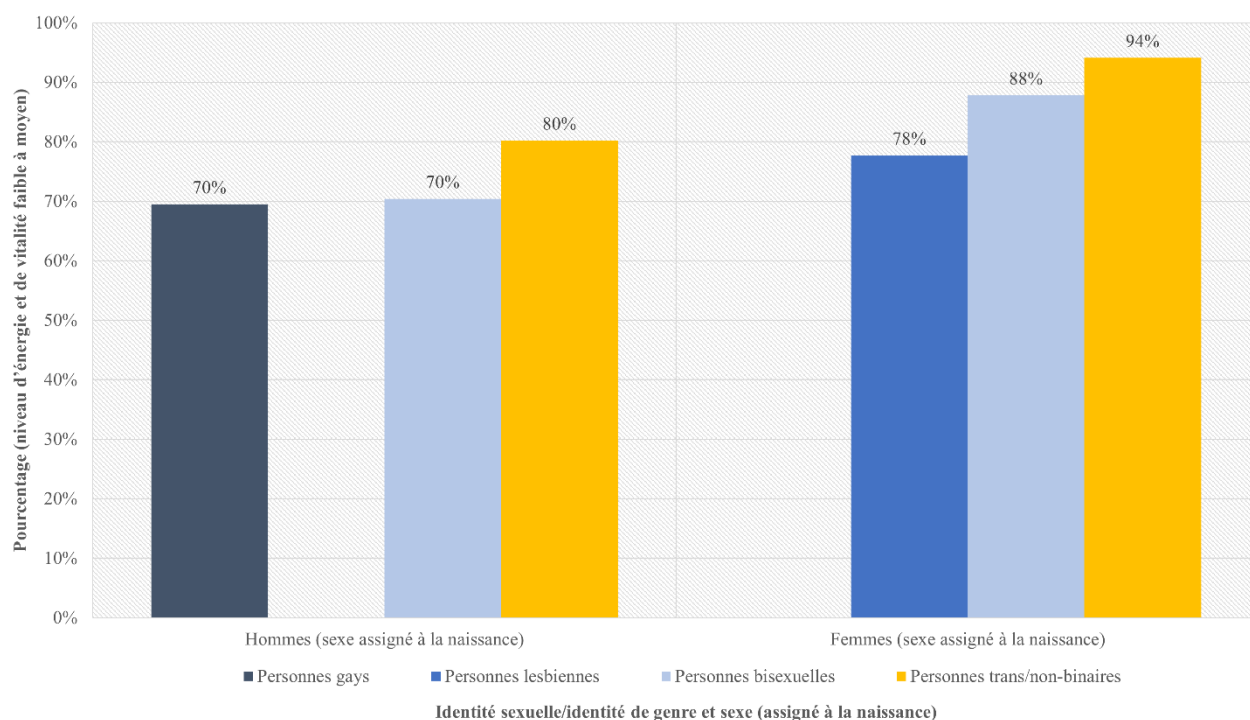


Figure 51 : Énergie et vitalité (niveau faible à moyen) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

4.4.2.3 Détresse psychologique

Dans les deux enquêtes, la détresse psychologique a été mesurée à l'aide d'un indice basé sur l'indice de santé mentale MHI-5⁵⁸⁶. La majorité des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) n'avaient ressenti aucune détresse psychologique, ou seulement de manière minimale (84,5 %) ⁵⁸⁷ ; 4 % présentaient un niveau élevé et 12 % un niveau moyen. De nettes différences ont été constatées entre les groupes de comparaison, les personnes LGB faisant plus fréquemment état d'une détresse psychologique moyenne à élevée (21,5 à 29,3 %) que le reste de la population (15,2 %) ⁵⁸⁸. Ce lien entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et la détresse psychologique restait significatif lorsque l'on prenait en compte l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées. Ainsi, les hommes gays ($OR = 2,00$), les femmes lesbiennes ($OR = 2,41$) et les personnes bisexuelles ($OR = 1,71$) avaient une probabilité plus élevée que le reste de la population d'être moyennement à fortement affectés psychiquement ⁵⁸⁹. Contrairement à ce qu'avaient constaté d'autres études (voir point 2.5), les personnes LGB de 50 ans et plus n'étaient pas nettement plus sujettes à une détresse psychologique que les personnes LGB plus jeunes, une fois pris en compte l'année du relevé ainsi que le sexe (selon les registres), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées ⁵⁹⁰. Les femmes (28,1 %) présentaient toutefois plus fréquemment que les hommes (19,5 %) (sexe selon les registres) un niveau de détresse moyen à élevé (voir fig. 52), y compris compte tenu de l'année du relevé, de l'âge, du niveau de formation et de la nationalité des personnes interrogées ainsi que du groupe d'appartenance ($OR = 1,52$) ⁵⁹¹.

⁵⁸⁶ Cet indice fait également partie du SF-36 (Ware et Sherbourne, 1992).

⁵⁸⁷ Des informations relatives à 29 653 personnes (données pondérées) étaient disponibles sur ce sujet.

⁵⁸⁸ $\chi^2(3) = 57,604$; $p < ,001$

⁵⁸⁹ $p < ,001$ dans chaque cas

⁵⁹⁰ $p = ,524$

⁵⁹¹ $p = ,009$

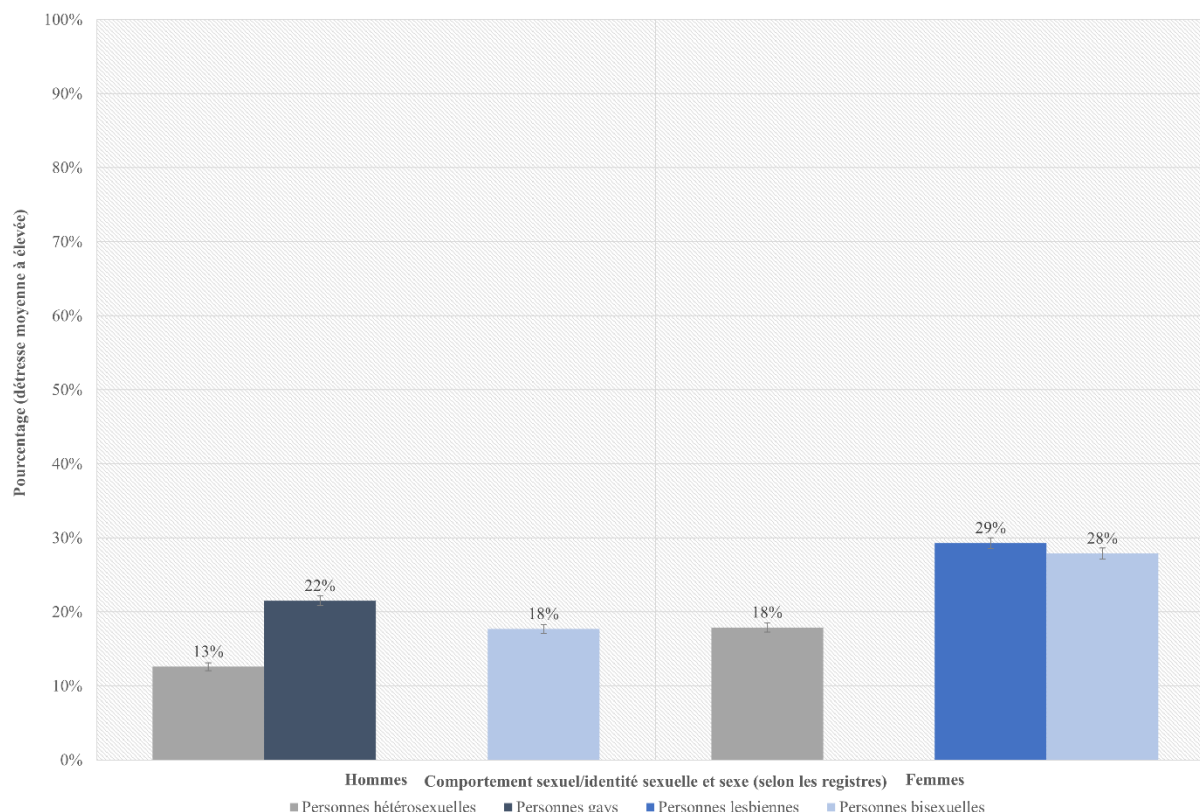


Figure 52 : Détresse psychologique (moyenne à élevée) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

Plus de la moitié des personnes LGBT interrogées dans le cadre de « LGBT Health » présentaient une détresse psychologique moyenne à élevée⁵⁹². Ce degré plus élevé de souffrances psychiques ne s'explique probablement pas entièrement par les pressions plus importantes généralement subies par les personnes LGB en Suisse ou la surreprésentation des personnes trans/non-binaires, mais aussi, du moins en partie, par les effets de la pandémie de coronavirus. Ainsi, au moment de l'enquête, le niveau de stress dans la population générale suisse était aussi important que lors du premier confinement au printemps 2020 (COVID-19 Social Monitor⁵⁹³). À ce moment, la proportion des personnes présentant une détresse psychologique élevée, soit près de 8 %, était bien plus grande qu'en 2017 (voir supra).

Des différences significatives entre les groupes de comparaison ont aussi été observées en ce qui concerne le degré de détresse psychologique, les personnes trans/non-binaires (72,1 %) étant une fois encore bien plus fortement affectées que les personnes cis LGB (41,7 à 64,1 %) (voir fig. 53)⁵⁹⁴. Les hommes cis gays étaient quant à eux les moins atteints. Ces écarts persistaient aussi en prenant en compte l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées : les femmes cis lesbiennes (OR = 2,72), les hommes cis gays (OR = 2,68) et les personnes cis bisexuelles (OR = 1,68) avaient ainsi une probabilité significativement accrue par rapport aux personnes trans/non-binaires de ne souffrir que d'une détresse psychologique légère⁵⁹⁵.

⁵⁹² Au total, 2038 personnes ont répondu à cette question.

⁵⁹³ <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

⁵⁹⁴ $\chi^2(3) = 132,144$; $p < ,001$

⁵⁹⁵ $p < ,001$ dans chaque cas

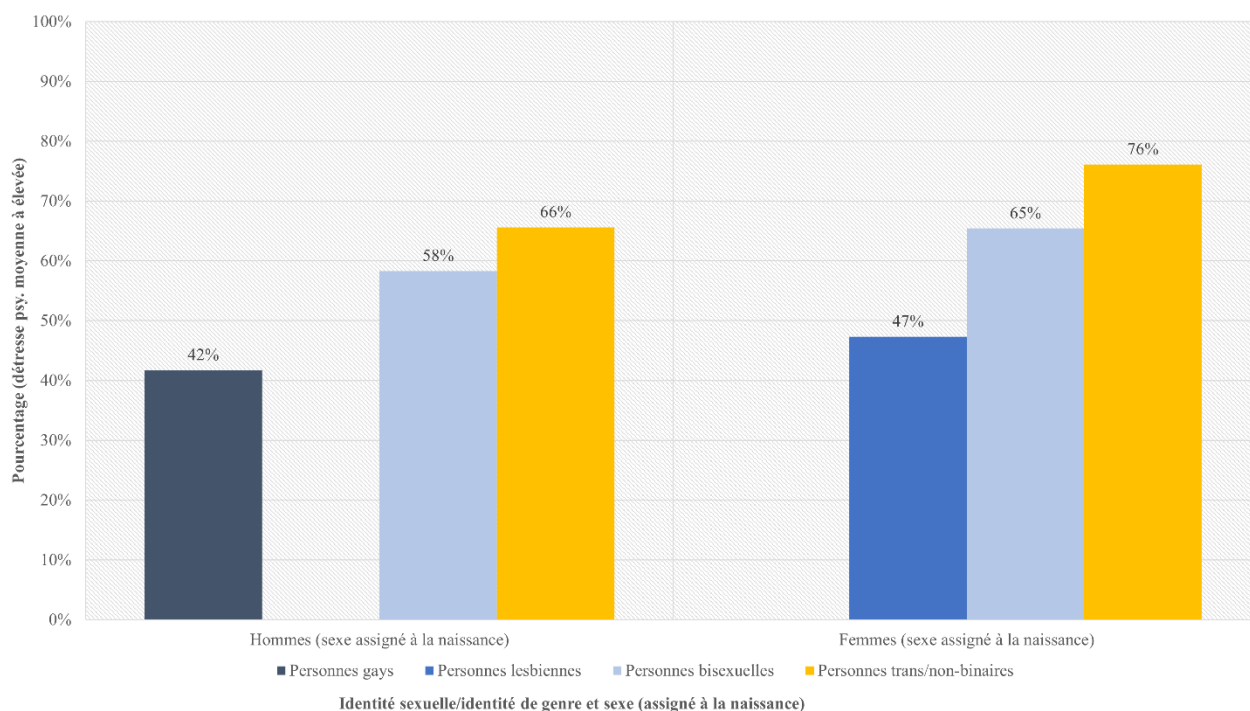


Figure 53 : Détresse psychologique (moyenne à élevée) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

4.4.2.4 Dépression

En vue de déceler les symptômes dépressifs chez les personnes interrogées au cours des 2 semaines précédant les enquêtes, toutes deux ont recouru au Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Löwe, Spitzer, Zipfel et Herzog, 2002). Ce dernier se fonde sur les critères diagnostiques du DSM-IV pour la dépression majeure et permet la constitution d'un indice pour l'appréciation des symptômes rapportés. Il convient néanmoins de garder à l'esprit qu'il s'agit de données auto-rapportées par les personnes interrogées et non d'un diagnostic psychiatrique. Parmi les personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017), 92 % n'avaient pas de symptômes dépressifs ou uniquement des symptômes légers⁵⁹⁶, alors que 8 % au contraire ont rapporté des symptômes modérés à (modérément) graves. Il est apparu que les personnes LGB (14,0 à 22,2 %) présentaient nettement plus souvent des symptômes dépressifs modérés à (modérément) graves que le reste de la population (7,4 %) (voir fig. 54)⁵⁹⁷, un écart qui persistait une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées contrôlés. Ainsi, les hommes gays ($OR = 2,14$), les femmes lesbiennes ($OR = 3,50$) et les personnes bisexuelles ($OR = 2,43$)⁵⁹⁸ avaient une probabilité nettement plus élevée que les personnes hétérosexuelles de faire état de symptômes dépressifs modérés à (modérément) graves que des symptômes légers ou aucuns symptômes. Contrairement à ce qu'avaient constaté d'autres études (voir point 2.5), les personnes LGB plus âgées n'étaient pas plus sujettes à la dépression que les plus jeunes. À l'inverse, alors que 10 % des personnes LGB de 50 ans et plus avaient présenté des symptômes dépressifs modérés à (modérément) graves au cours des 2 semaines précédant l'enquête, ce pourcentage était de 18 % chez les plus jeunes⁵⁹⁹. Toutefois, en prenant en compte l'année du relevé ainsi que le sexe (selon les registres), le comportement sexuel ou l'identité sexuelle, le

⁵⁹⁶ Des informations relatives à 29 008 personnes (données pondérées) étaient disponibles sur ce sujet.

⁵⁹⁷ $\chi^2(3) = 100,975$; $p < ,001$

⁵⁹⁸ $p < ,001$ dans chaque cas

⁵⁹⁹ $\chi^2(1) = 7,181$; $p = ,007$

niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées, le lien entre l'âge et les symptômes dépressifs au cours des 2 semaines précédentes n'était plus que tendanciellement significatif ($OR = 0,62$)⁶⁰⁰.

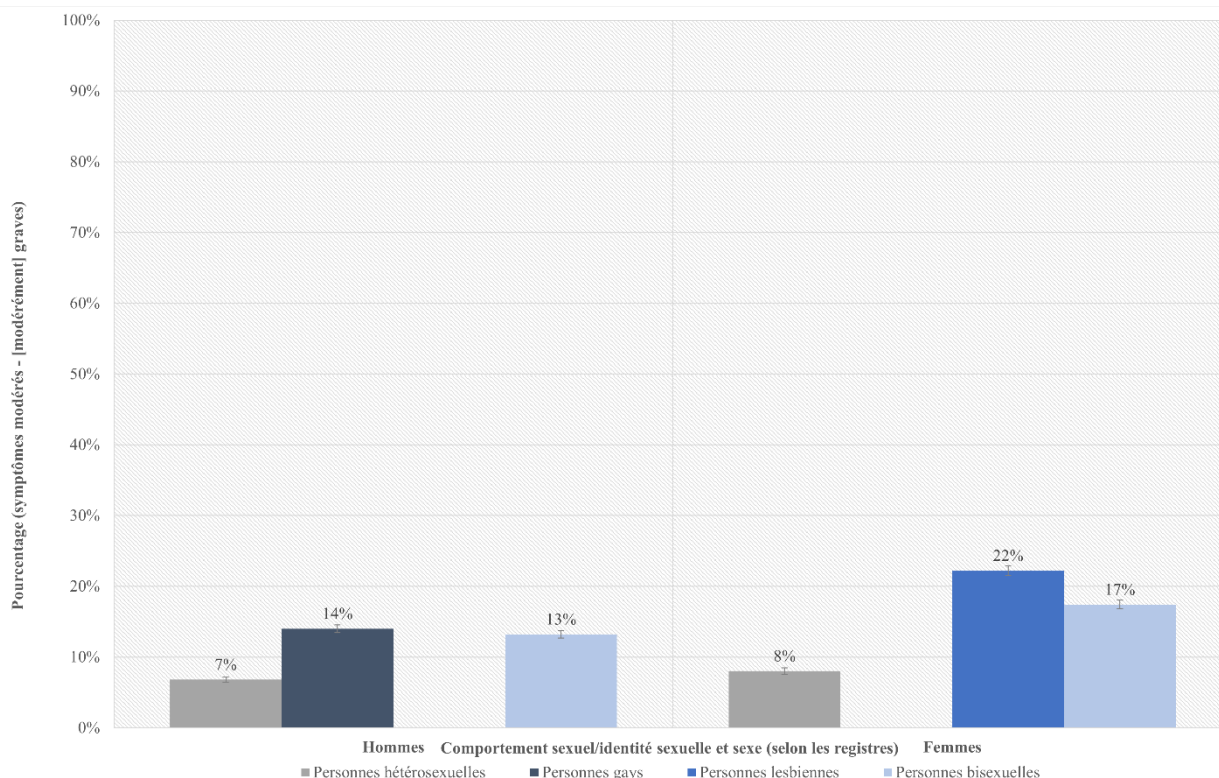


Figure 54 : Dépression (2 semaines précédentes) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : ESS 2012, 2017)

En comparaison de l'échantillon LGB de l'ESS (2012, 2017), les personnes LGBT de « LGBT Health » étaient bien plus nombreuses à présenter des symptômes dépressifs modérés à (modérément) graves. Ainsi, plus des deux tiers (68,4 %) de toutes les personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health »⁶⁰¹ avaient présenté au cours des 2 semaines précédentes une absence de symptômes dépressifs ou des symptômes légers. En revanche, 15 % ont rapporté des symptômes (modérément) graves, et 17 % des symptômes modérés. Ces taux s'expliquent probablement d'une part, par la grande proportion de personnes trans/non-binaires, qui – conformément à d'autres études (voir point 2.5) – souffrent nettement plus souvent de symptômes dépressifs modérés à (modérément) graves que les personnes cis LGB interrogées. D'autre part, des études ont montré pour la Suisse aussi que la pandémie de COVID-19 a entraîné une hausse des symptômes dépressifs sévères (notamment De Quervain et al., 2020).

En concordance avec l'ESS et d'autres études (voir point 2.5), les résultats montrent d'importantes différences entre les groupes de comparaison. En effet, alors que la majorité des hommes cis gays (81,6 %), des femmes cis lesbiennes (74,9 %) et des personnes cis bisexuelles (61,9 %) avaient présenté au cours des 2 semaines précédentes des symptômes légers voire inexistantes, ce n'était le cas que pour la moitié des personnes trans/non-binaires (49,8 %) (voir fig. 55)⁶⁰². Des symptômes (modérément) graves d'une dépression ont été décelés chez plus d'un quart de ces dernières (26,9 %). Le lien entre l'identité sexuelle ou de genre et la dépression (au cours des 2 semaines précédentes) demeurait significatif lorsque l'on prenait en compte l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées. Comparées aux personnes trans/non-binaires, les femmes cis lesbiennes ($OR = 2,51$), les hommes cis gays ($OR = 3,25$) et les personnes cis bisexuelles ($OR = 1,81$) avaient

⁶⁰⁰ $p = ,057$

⁶⁰¹ Au total, 1969 personnes ont répondu à cette question.

⁶⁰² $\chi^2(6) = 163,441$; $p < ,001$

une probabilité nettement accrue d'avoir présenté au cours des 2 semaines précédentes des symptômes dépressifs légers, voire inexistants⁶⁰³. Un effet significatif de l'âge a en outre été observé : les personnes de 15 à 29 ans avaient ainsi, par rapport aux deux autres cohortes plus âgées (30 à 49 ans ; 50 ans et plus) une probabilité plus élevée de montrer des symptômes légers, voire inexistants, que des symptômes modérés ou plus sévères. Le sexe (assigné à la naissance) n'avait en revanche aucun effet significatif.

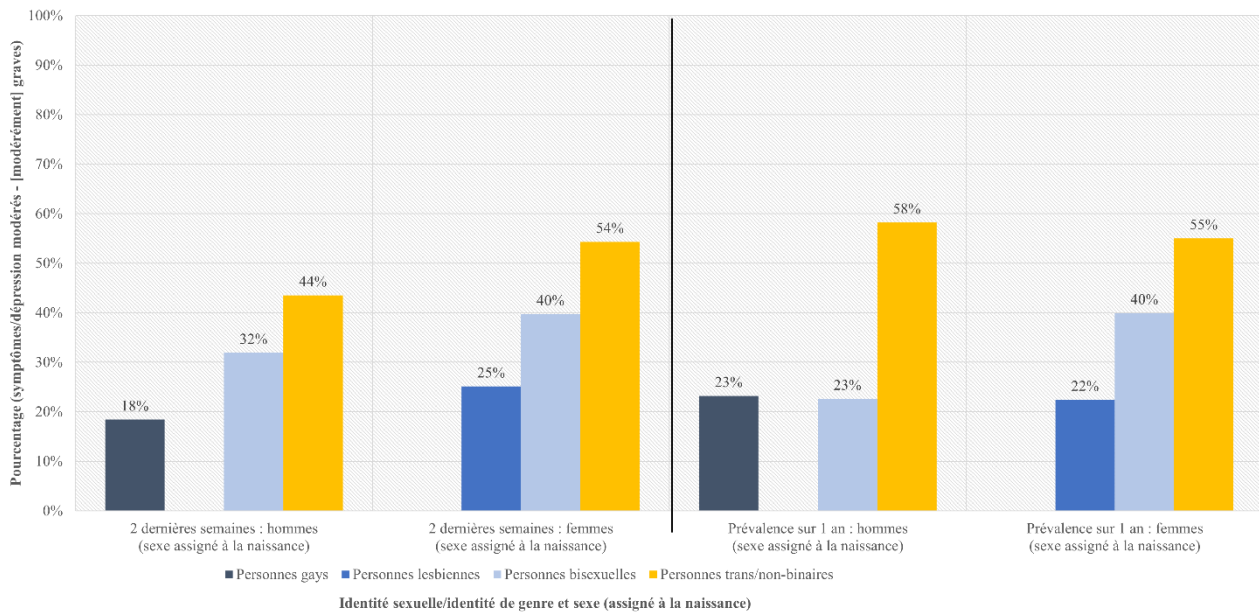


Figure 55 : Dépression (au cours des 2 semaines précédentes et prévalence sur un an) ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

Dans le cadre de « LGBT Health », la prévalence sur un an d'une dépression (selon les indications des personnes interrogées) s'élevait à 34 %⁶⁰⁴, avec les mêmes différences significatives entre les groupes de comparaison. En d'autres termes, il était aussi nettement plus fréquent pour les personnes trans/non-binaires (56,5 %) d'avoir présenté une dépression l'année précédant l'enquête que pour les personnes cis LGB interrogées (22,5 à 36,7 %) (voir fig. 55)⁶⁰⁵. Ces écarts persistaient aussi en prenant en compte l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées : les femmes cis lesbiennes ($OR = 0,28$), les hommes cis gays ($OR = 0,28$) et les personnes cis bisexuelles ($OR = 0,42$) avaient ainsi une probabilité nettement réduite par rapport aux personnes trans/non-binaires d'avoir souffert d'une dépression l'année précédant l'enquête⁶⁰⁶. Comme pour les symptômes dépressifs au cours des 2 semaines précédentes, on a pu observer le même effet de l'âge et l'absence d'incidence du sexe.

Afin de mieux comprendre quels sont les facteurs de risque et de protection ayant une influence sur la symptomatologie dépressive chez les personnes LGBT en Suisse, une autre régression logistique binaire a été calculée, qui incluait, outre l'âge, le sexe (assigné à la naissance) et l'identité sexuelle ou de genre, les facteurs de risque que constituent les expériences de discrimination (dans d'autres situations, prévalence-vie-entière) et l'homonégativité intériorisée ainsi que les facteurs de protection que sont le soutien social et le sentiment d'efficacité personnelle⁶⁰⁷. Il en est ressorti qu'à eux seuls, le sexe (assigné à la naissance) et l'homonégativité intériorisée n'avaient aucune influence significative sur la présence d'une symptomatologie dépressive. Comme on pouvait s'y

⁶⁰³ $p < ,001$ dans chaque cas

⁶⁰⁴ Au total, 1774 personnes ont répondu à cette question.

⁶⁰⁵ $\chi^2(3) = 157,904$; $p < ,001$

⁶⁰⁶ $p < ,001$ dans chaque cas

⁶⁰⁷ Le modèle de régression était statistiquement significatif, $\chi^2(10) = 241,147$, $p < ,001$, avec une part de variance expliquée acceptable, d'un R^2 de Nagelkerke = ,277 (selon Backhaus, Erichson, Plinke et Weiber [2003]). Le pourcentage global de classification correcte était de 77,7 %, avec une sensibilité de 40,3 % et une spécificité de 92,1 %.

attendre, cependant, la probabilité augmentait pour les personnes qui avaient déjà subi au cours de leur vie des discriminations dans d'autres situations que dans le cadre de soins de santé. À l'inverse, il a été possible d'identifier une influence protectrice d'un âge plus avancé (30 à 49 ans et 50 ans et plus), d'un sentiment élevé d'efficacité personnelle ainsi que d'un soutien social moyen ou fort. Toutefois, l'identité sexuelle ou de genre influençait toujours de manière significative la présence d'une symptomatologie dépressive lorsque l'on tenait compte de ces facteurs de protection et de risque, les personnes cis LGB présentant par rapport aux personnes trans/non-binaires une probabilité moindre de montrer des symptômes dépressifs sévères. Les coefficients de modélisation et les tailles d'effet sont indiqués dans le tableau A4.1, à l'annexe 4⁶⁰⁸.

4.4.2.5 Troubles de l'alimentation et TDAH

Les personnes ayant pris part à « LGBT Health » ont également été interrogées sur la présence d'autres maladies psychiques, en particulier de troubles de l'alimentation ou d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Une majorité (86,2 %) a indiqué ne pas avoir souffert de troubles de l'alimentation au cours de l'année précédente⁶⁰⁹. Toutefois, les personnes trans/non-binaires (24,7 %) ont de nouveau été significativement plus souvent concernées que les personnes cis bisexuelles (17,5 %), les femmes cis lesbiennes (8,9 %) et les hommes cis gays (7,3 %)⁶¹⁰. Le lien entre le comportement sexuel ou l'identité sexuelle et un trouble de l'alimentation restait significatif même compte tenu de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation et de la nationalité des personnes interrogées. Les femmes cis lesbiennes ($OR = 0,34$)⁶¹¹, les hommes cis gays ($OR = 0,31$)⁶¹² et les personnes cis bisexuelles ($OR = 0,68$)⁶¹³ avaient ainsi une probabilité nettement réduite par rapport aux personnes trans/non-binaires d'avoir souffert d'un trouble de l'alimentation. Il est intéressant de noter qu'aucun effet du sexe ni de l'âge n'a pu être observé à cet égard.

La situation est similaire en ce qui concerne le TDAH. Ici aussi, la plupart des personnes interrogées (86,4 %) ont indiqué ne pas avoir de TDAH⁶¹⁴. Des différences significatives ont également été observées entre les sous-groupes. En l'occurrence, les personnes trans/non-binaires (28,8 %) ont indiqué significativement plus souvent être concernées que les personnes cis bisexuelles (14,2 %), les femmes cis lesbiennes (8,4 %) et les hommes cis gays (6,7 %)⁶¹⁵. Ces écarts persistaient lorsque l'on prenait en compte l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées. Les femmes cis lesbiennes ($OR = 0,31$), les hommes cis gays ($OR = 0,18$) et les personnes cis bisexuelles ($OR = 0,38$) avaient ainsi une probabilité nettement inférieure par rapport aux personnes trans/non-binaires de souffrir d'un TDAH⁶¹⁶. On a de plus constaté à ce sujet un effet significatif de l'âge et, de manière tendancielle, un effet du sexe : les personnes de 50 ans et plus avaient une probabilité moindre de présenter un TDAH que les personnes de 15 à 29 ans ($OR = 0,32$)⁶¹⁷, tandis que les femmes (sexe assigné à la naissance) montraient une probabilité légèrement accrue ($OR = 1,47$)⁶¹⁸.

4.4.2.6 Prise de médicaments psychotropes au cours des 7 jours précédents

Dans leur grande majorité (93,1 %), les personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2012, 2017) n'avaient pas pris de médicaments psychotropes au cours des 7 jours précédant le relevé⁶¹⁹. Sur ce laps de temps, les autres avaient consommé soit des somnifères et/ou des calmants/tranquillisants ou des antidépresseurs (5,1 %), soit aussi bien des somnifères et/ou des calmants/tranquillisants que des antidépresseurs (1,8 %), ce qui signifie qu'au total, 7 % ont

⁶⁰⁸ Les analyses correspondantes, avec le concept tridimensionnel de l'orientation sexuelle, sont également disponibles à l'annexe 4.

⁶⁰⁹ 1933 personnes ont répondu à cette question.

⁶¹⁰ $\chi^2(3) = 83,083$; $p < ,001$

⁶¹¹ $p < ,001$

⁶¹² $p < ,001$

⁶¹³ $p = ,038$

⁶¹⁴ 1795 personnes ont répondu à cette question.

⁶¹⁵ $\chi^2(3) = 116,457$; $p < ,001$

⁶¹⁶ $p < ,001$ dans chaque cas

⁶¹⁷ $p < ,001$

⁶¹⁸ $p = ,060$

⁶¹⁹ 29 906 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

pris des médicaments psychotropes. Lorsque l'on compare les sous-groupes, il s'avère que la part des personnes qui ont pris au cours de la semaine précédente des somnifères et/ou des calmants/tranquillisants était bien plus élevée chez les femmes lesbiennes (18,3 %) que chez les personnes bisexuelles (10,9 %), les hommes gays (9,4 %) et les personnes hétérosexuelles (6,8 %) ⁶²⁰. Une fois pris en compte l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées, il est apparu que les personnes LGB ⁶²¹ avaient une probabilité 2 fois plus élevée que le reste de la population d'avoir consommé des substances psychotropes au cours des 7 jours précédents (somnifères et/ou calmants/tranquillisants et/ou antidépresseurs) ($OR = 2,05$) ⁶²². Les femmes (sexe selon les registres) étaient particulièrement concernées ($OR = 1,60$) ⁶²³. Ce résultat n'est pas surprenant eu égard à la détresse psychologique plus importante que subissent les personnes LGB.

Dans le cadre de « LGBT Health » également, la majorité (79,4 %) des personnes interrogées ont indiqué n'avoir pris *aucun* médicament psychotrope au cours des 7 jours précédant l'enquête. Par contre, 15 % avaient pris des somnifères et/ou des calmants/tranquillisants ou des antidépresseurs, et 6 % avaient consommé aussi bien des somnifères et/ou des calmants/tranquillisants que des antidépresseurs. Les personnes trans/non-binaires présentant une détresse psychologique plus importante que les personnes cis LGB, il n'est pas étonnant qu'elles aient été bien plus nombreuses (31,1 %) que les secondes (15,2 à 18,3 %) à avoir consommé les médicaments psychotropes susmentionnés. Le lien entre l'identité sexuelle ou de genre et une prise de médicaments restait aussi significatif une fois pris en compte l'âge et le sexe assigné à la naissance. Comparées aux personnes trans/non-binaires, les femmes cis lesbiennes ($OR = 0,40$) ⁶²⁴, les hommes cis gays ($OR = 0,57$) ⁶²⁵ et les personnes cis bisexuelles ($OR = 0,47$) ⁶²⁶ avaient ainsi une probabilité nettement moindre d'avoir pris au cours des 7 jours précédents des somnifères et/ou des calmants/tranquillisants et/ou des antidépresseurs. Aucun effet de l'âge ou du sexe n'a pu être observé à cet égard.

4.4.2.7 Suicidalité

La grande majorité (96,5 %) des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS (2017) ⁶²⁷ n'ont *jamaï*s tenté de mettre fin à leurs jours. Parmi les personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie, 13 % ont indiqué que cela avait eu lieu au cours des 12 mois précédents ⁶²⁸. Des différences significatives ont été observées entre les groupes de comparaison : par rapport au reste de la population (3,3 %), les femmes lesbiennes (13,9 %), les personnes bisexuelles (12,2 %) et les hommes gays (8,1 %) ont nettement plus souvent rapporté avoir tenté de mettre fin à leurs jours au moins une fois dans leur vie (voir fig. 56) ⁶²⁹. Ce lien restait aussi significatif une fois l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées contrôlés. Les personnes LGB présentaient ainsi une probabilité 4 fois plus élevée que le reste de la population d'avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie que de ne pas en avoir fait ($OR = 3,90$) ⁶³⁰. Par rapport aux hommes, la probabilité pour les femmes (sexe selon les registres) d'avoir déjà essayé de se suicider était légèrement plus élevée ($OR = 1,31$) ⁶³¹ (voir fig. 56). Cette différence n'a toutefois pas été constatée pour la

⁶²⁰ $\chi^2(3) = 35,573$; $p < ,001$

⁶²¹ Au vu des faibles fréquences dans les cellules, toutes les personnes LGB ont été regroupées et comparées avec le reste de la population.

⁶²² $p < ,001$

⁶²³ $p < ,001$

⁶²⁴ $p < ,001$

⁶²⁵ $p = ,002$

⁶²⁶ $p < ,001$

⁶²⁷ Au total, 16 527 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question posée dans le cadre de l'ESS 2017.

⁶²⁸ Au total, 584 personnes ont indiqué avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie. Parmi ces personnes, 568 ont répondu à la question qui visait à préciser si une tentative avait eu lieu au cours des 12 mois précédents.

⁶²⁹ $\chi^2(3) = 85,357$; $p < ,001$; à noter qu'une cellule contenant des fréquences attendues inférieures à 5, il est possible que les résultats soient erronés. C'est pour cette raison que l'on a également comparé la prévalence-vie-entière chez les personnes LGB et dans le reste de la population. Le résultat était lui aussi significatif ($\chi^2(1) = 78,542$; $p < ,001$).

⁶³⁰ $p < ,001$

⁶³¹ $p = ,002$

prévalence sur un an. Ainsi, 16 % des personnes LGB qui avaient déjà essayé de se suicider avaient fait leur tentative au cours de l'année précédant l'enquête, un pourcentage qui s'élevait à 13 % pour le reste de la population⁶³².

Dans le cadre de l'ESS (2017), il a également été demandé aux personnes qui avaient déjà essayé de mettre fin à leurs jours si cette tentative avait été abordée avec quelqu'un d'autre. Un peu plus des trois quarts des personnes concernées ont indiqué avoir cherché du soutien après leur tentative de suicide (77,7 %)⁶³³. À peu près la moitié en avaient parlé respectivement avec quelqu'un de leur entourage personnel (46,3 %) et/ou avec une personne exerçant une profession de la santé (55,0 %). Il est apparu que les personnes LGB ont un peu moins souvent cherché du soutien (68,6 %) que le reste de la population (78,5 %). De manière tendancielle, toutefois – et compte tenu de l'année du relevé ainsi que du niveau de formation, de la nationalité et de l'âge des personnes interrogées et du groupe d'appartenance – les femmes présentaient par rapport aux hommes (sexe selon les registres) une probabilité significativement accrue d'avoir sollicité du soutien après une tentative de suicide ($OR = 1,47$)⁶³⁴.

À la question visant à déterminer la fréquence, au cours des 2 semaines précédentes, à laquelle les personnes interrogées ont pensé qu'il vaudrait mieux mourir ou envisagé de se faire du mal d'une manière ou d'une autre, la grande majorité a indiqué que cela n'avait *jamaï*s été le cas (93,2 %)⁶³⁵. Des différences significatives ont aussi été constatées entre les groupes de comparaison à ce sujet. Ainsi, les hommes gays (14,2 %) et les personnes bisexuelles (13,3 %) ont indiqué nettement plus souvent que les personnes hétérosexuelles (6,6 %) et les femmes lesbiennes (6,1 %) avoir eu des pensées suicidaires au cours des 2 semaines précédant l'enquête (voir fig. 56)⁶³⁶. Une fois pris en compte l'année du relevé ainsi que l'âge, le sexe (selon les registres), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées, les personnes LGB avaient une probabilité 2 fois plus élevée que le reste de la population d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 2 semaines précédentes ($OR = 2,22$)⁶³⁷. Les femmes avaient par rapport aux hommes (sexe selon les registres) une probabilité légèrement moindre d'avoir eu de telles pensées dans ce laps de temps ($OR = 0,88$)⁶³⁸ (voir fig. 56).

⁶³² $p = ,517$

⁶³³ Sur les 584 personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide, 570 ont répondu à cette question.

⁶³⁴ $p = ,062$

⁶³⁵ Au total, 29 489 personnes (données pondérées) ont répondu à cette question.

⁶³⁶ $\chi^2(3) = 64,612$; $p < ,001$

⁶³⁷ $p < ,001$; au vu des faibles fréquences dans les cellules, les personnes LGB ont été rassemblées en un seul groupe et comparées avec le reste de la population.

⁶³⁸ $p = ,004$

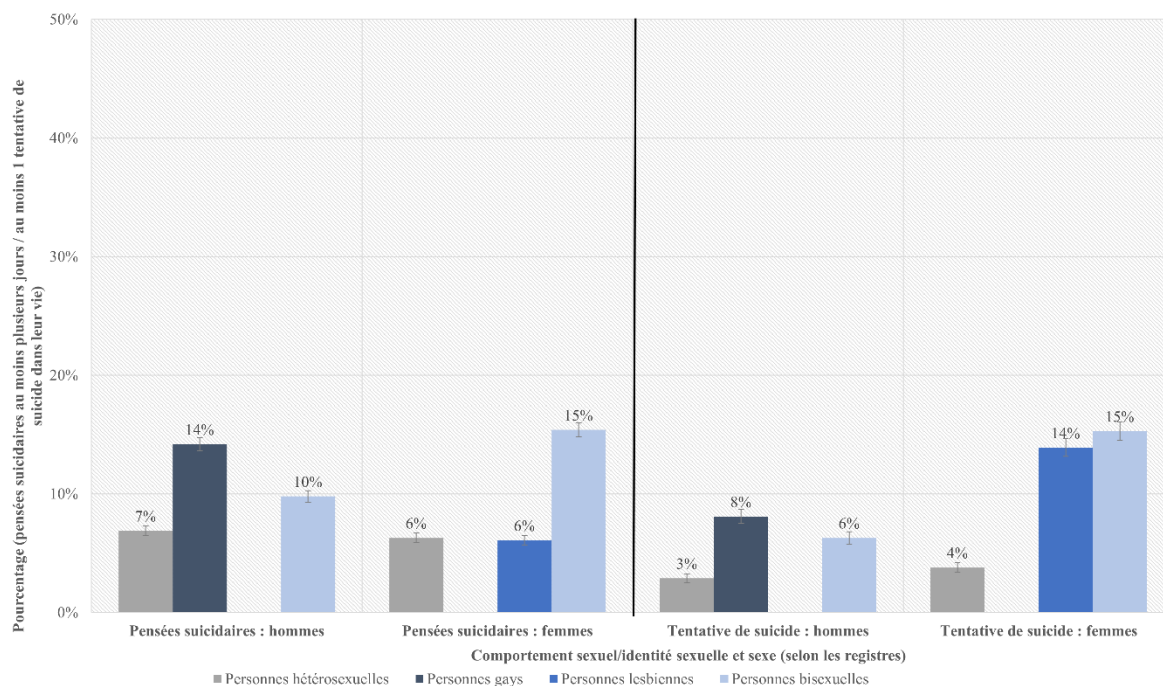


Figure 56 : Tentative de suicide (prévalence-vie-entière) et pensées suicidaires ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (selon les registres) ; estimations non ajustées (IC = 95 %) (données : respectivement ESS 2017 et ESS 2012, 2017)

Dans leur très grande majorité également, les personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health » n'avaient jamais tenté de mettre fin à leurs jours (82,4 %) ⁶³⁹. Parmi les 348 personnes qui avaient essayé de se suicider au moins une fois au cours de leur vie, 15 % ont indiqué avoir fait une tentative au cours des 12 mois précédant l'enquête. La moitié environ avaient survécu jusqu'ici à une tentative et à peu près la même proportion à plusieurs tentatives ⁶⁴⁰. Au moment de la première tentative de suicide, la moitié des personnes concernées étaient adolescentes (12 à 17 ans) (52,1 %), 34 % au début de l'âge adulte (18 à 39 ans) et 4 % à l'âge adulte moyen (40 à 64 ans). Selon les données fournies, 11 % avaient fait leur première tentative de suicide durant la petite enfance ou pendant l'enfance (2 à 5 ans ou 6 à 11 ans). En moyenne, les personnes interrogées étaient âgées de 16 à 18 ans lorsqu'elles avaient pour la première fois tenté de mettre fin à leurs jours ⁶⁴¹.

Des différences significatives entre les groupes de comparaison ont été constatées, s'agissant tant de la prévalence-vie-entière que de la prévalence sur un an. Les personnes trans/non-binaires (30,6 %) avaient ainsi nettement plus souvent essayé de mettre fin à leurs jours au cours de leur vie que les personnes cis LGB interrogées (10,9 à 15,6 %) (voir fig. 57) ⁶⁴². Une fois pris en compte l'âge, le sexe (assigné à la naissance), le niveau de formation et la nationalité des personnes interrogées ainsi que la présence d'un trouble dépressif au cours de l'année précédant l'enquête, les personnes trans/non-binaires avaient par rapport aux hommes cis gays ($OR = 1,96$) ⁶⁴³ et aux personnes cis bisexuelles ($OR = 1,56$) ⁶⁴⁴ interrogés une probabilité bien plus forte d'avoir fait au moins une tentative de suicide. Comparées aux personnes qui n'avaient pas souffert de dépression au cours de l'année précédant l'enquête, les personnes qui en avaient souffert avaient une probabilité 5 fois plus élevée d'avoir déjà essayé au moins une fois

⁶³⁹ Au total, 1967 personnes ont explicitement décidé de fournir des indications sur le thème de la suicidalité ; les 97 personnes restantes ont délibérément passé ce bloc de questions ou ont sauté la question invitant à préciser si elles étaient d'accord de répondre aux questions sur ce thème.

⁶⁴⁰ Sur les 348 personnes qui avaient déjà tenté de se suicider, 278 ont fourni des précisions à ce sujet.

⁶⁴¹ $M = 18,08$; $Md = 16,00$; $SD = 8,54$

⁶⁴² $\chi^2(3) = 81,867$; $p < ,001$

⁶⁴³ $p = ,003$

⁶⁴⁴ $p = ,037$

de mettre fin à leurs jours ($OR = 5,29$)⁶⁴⁵. Les personnes trans/non-binaires (19,5 %) et les personnes cis bisexuelles (19,2 %) ont été nettement plus nombreuses que les femmes cis lesbiennes (10,8 %) et les hommes cis gays (5,9 %) interrogés à rapporter plus fréquemment au moins une tentative de suicide au cours de l'année précédant l'enquête⁶⁴⁶. Pour ce qui est de la fréquence des tentatives de suicide également, on a constaté des différences significatives entre les groupes de comparaison, les personnes trans/non-binaires (16,3 %) ayant bien plus souvent fait plus d'une tentative de suicide que les personnes cis LGB interrogées (4,7 à 5,9 %)⁶⁴⁷.

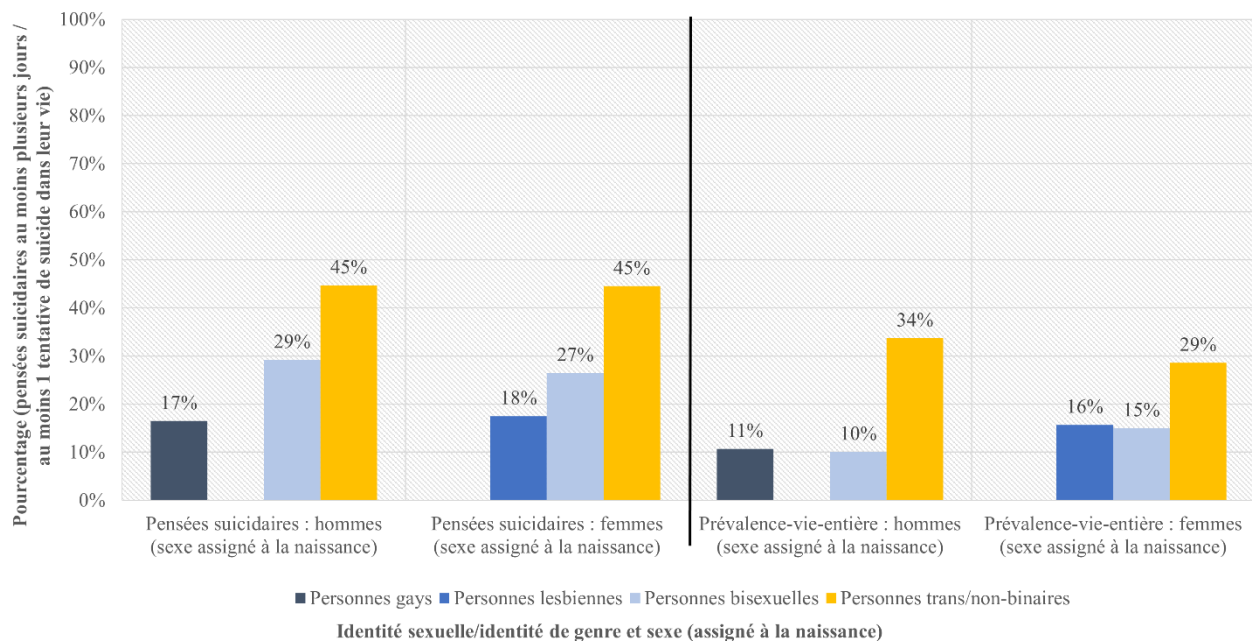


Figure 57 : Tentative de suicide (prévalence-vie-entière) et pensées suicidaires ; données ventilées par groupe de comparaison et par sexe (assigné à la naissance) ; estimations non ajustées (données : « LGBT Health »)

Afin de mieux comprendre quels sont les facteurs de risque et de protection ayant une influence sur la réalisation d'une tentative de suicide, une autre régression logistique binaire a été calculée, qui incluait, outre l'âge, le sexe (assigné à la naissance) et l'identité sexuelle ou de genre, les facteurs de risque que constituent les expériences de discrimination (dans d'autres situations, prévalence-vie-entière), l'homonégativité intériorisée et la dépression (12 derniers mois) ainsi que les facteurs de protection que sont le soutien social et le sentiment d'efficacité personnelle⁶⁴⁸. Il en est ressorti que ni le sexe (assigné à la naissance), ni l'âge ni l'homonégativité intériorisée n'avaient une influence significative sur la réalisation d'une tentative de suicide. Comme on pouvait s'y attendre, cependant, la probabilité augmentait pour les personnes qui avaient déjà subi au cours de leur vie des discriminations dans d'autres situations que dans le cadre de soins de santé ainsi que pour celles qui avaient souffert d'une dépression au cours des 12 mois précédents. Un sentiment élevé d'efficacité personnelle ainsi qu'un soutien social fort plutôt que faible entraînaient en revanche une diminution de la probabilité de tentative de suicide. Le soutien social avait donc eu ici une influence protectrice. Il apparaît en outre que l'identité sexuelle ou l'identité de genre n'augmentait pas en soi la probabilité d'une tentative de suicide. Ainsi, lorsque l'on intègre les facteurs de risque et de protection mentionnés, l'identité sexuelle ou de genre n'est plus statistiquement significative. Les coefficients de modélisation et les tailles d'effet (OR) sont indiqués dans le tableau A4.3, à l'annexe 4⁶⁴⁹.

⁶⁴⁵ $p < ,001$

⁶⁴⁶ $\chi^2(3) = 8,633$; $p = ,035$; au vu des faibles fréquences dans les cellules, des analyses plus différenciées n'ont pas été réalisées.

⁶⁴⁷ $\chi^2(6) = 75,670$; $p = ,001$; au vu des faibles fréquences dans les cellules, des analyses plus différenciées n'ont pas été réalisées.

⁶⁴⁸ Le modèle de régression était statistiquement significatif, $\chi^2(11) = 176,193$, $p < ,001$, avec une part de variance expliquée acceptable, d'un R^2 de Nagelkerke = ,258 (selon Backhaus et al. [2003]). Le pourcentage global de classification correcte était de 85,7 %, avec une sensibilité de 24,7 % et une spécificité de 97,0 %.

⁶⁴⁹ Les analyses correspondantes, avec le concept tridimensionnel de l'orientation sexuelle, sont également disponibles à l'annexe 4.

Un cinquième des personnes qui avaient déjà tenté de mettre fin à leurs jours n'en ont parlé à personne⁶⁵⁰. Plus de la moitié ont évoqué leur tentative de suicide respectivement avec quelqu'un de leur entourage personnel (58,4 %) et/ou avec une personne exerçant une profession de la santé (53,6 %). Ensuite, 43 % ont dit s'être confiées à un ou une spécialiste du domaine psychosocial (par ex. service de conseil téléphonique, centre de conseil, pasteur/aumônier) et 5 % avec les membres d'un groupe de soutien.

Il était arrivé à un peu plus d'un quart (25,8 %) de toutes les personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health » d'avoir pensé qu'il vaudrait mieux mourir ou envisagé de se faire du mal d'une manière ou d'une autre au moins plusieurs jours au cours des 2 semaines précédentes⁶⁵¹. Des différences significatives ont une fois encore été observées entre les groupes de comparaison. Les personnes trans/non-binaires (44,6 %) avaient ainsi nettement plus souvent indiqué avoir eu ce genre de pensées que les personnes cis LGB interrogées (16,5 à 27,0 %) (voir fig. 57)⁶⁵². On observait également ce lien en tenant compte de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation et de la nationalité des personnes interrogées ainsi que de la présence d'une dépression au cours de l'année précédant l'enquête. Comparées aux femmes cis lesbiennes ($OR = 1,82$)⁶⁵³, aux hommes cis gays ($OR = 2,10$)⁶⁵⁴ et aux personnes cis bisexuelles ($OR = 1,50$)⁶⁵⁵, les personnes trans/non-binaires avaient ainsi une probabilité 2 fois plus élevée d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 2 semaines précédant l'enquête. Les personnes qui avaient souffert d'une dépression l'année précédente présentaient par rapport aux personnes qui n'étaient pas dans ce cas une probabilité plus de 11 fois supérieure d'avoir eu des pensées suicidaires que de ne pas en avoir eu ($OR = 11,62$)⁶⁵⁶. Au regard des personnes interrogées âgées de 15 à 29 ans, celles appartenant aux deux autres cohortes d'âge (30 à 49 ans ; 50 ans et plus) avaient une probabilité nettement moindre d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 2 semaines précédentes ($OR = 0,66$ et $0,58$, respectivement)⁶⁵⁷.

4.4.2.8 Comportement d'automutilation

Près d'un tiers (31,7 %) des personnes interrogées dans le cadre de « LGBT Health » ont indiqué s'être volontairement infligé des blessures au moins une fois dans leur vie⁶⁵⁸, avec de nettes différences entre les groupes de comparaison. Alors que plus de la moitié de toutes les personnes trans/non-binaires (54,2 %) s'étaient déjà infligé volontairement des blessures au cours de leur vie, ce pourcentage était de 40 % chez les personnes cis bisexuelles, 30 % chez les femmes cis lesbiennes et 9 % chez les hommes cis gays⁶⁵⁹. On observait également ce lien entre l'identité sexuelle ou de genre et les comportements d'automutilation en tenant compte de l'âge, du sexe (assigné à la naissance), du niveau de formation et de la nationalité des personnes interrogées ainsi que de la présence d'une dépression au cours de l'année précédant l'enquête. Les personnes trans/non-binaires avaient alors une probabilité 4 fois plus forte que les hommes cis gays de s'être déjà infligé des blessures ($OR = 4,00$), et plus de 2 fois plus élevée par rapport aux femmes cis lesbiennes ($OR = 2,40$) et aux personnes cis bisexuelles ($OR = 2,13$)⁶⁶⁰. Conformément aux attentes, un lien significatif a été constaté entre le comportement d'automutilation et la présence d'une dépression, les personnes ayant souffert d'une dépression au cours des 12 mois précédant l'enquête présentant une probabilité 3 fois plus élevée que les autres de s'être déjà infligé des blessures ($OR = 3,43$)⁶⁶¹. De plus, un effet significatif de l'âge et du sexe a pu être observé : les personnes interrogées plus âgées avaient en effet une probabilité

⁶⁵⁰ Sur les 348 personnes qui ont indiqué avoir tenté de se suicider, 332 ont fourni des précisions à ce sujet.

⁶⁵¹ 2036 personnes ont répondu à cette question.

⁶⁵² $\chi^2(3) = 141,556$; $p < ,001$

⁶⁵³ $p = ,006$

⁶⁵⁴ $p < ,001$

⁶⁵⁵ $p = ,054$

⁶⁵⁶ $p < ,001$

⁶⁵⁷ $p = ,016$ dans chaque cas

⁶⁵⁸ Au total, 1974 personnes ont répondu à cette question.

⁶⁵⁹ $\chi^2(3) = 271,234$; $p < ,001$

⁶⁶⁰ $p < ,001$ dans chaque cas

⁶⁶¹ $p < ,001$

plus faible que les 15 à 29 ans d'avoir eu un comportement d'automutilation, tout comme les hommes en comparaison des femmes (sexe assigné à la naissance).

Bilan intermédiaire : santé psychique

De manière plus marquée qu'en ce qui concerne la santé physique, les résultats montrent que les personnes LGB sont nettement plus affectées psychiquement que le reste de la population. Elles présentaient aussi bien un degré de détresse psychologique plus élevé qu'un taux plus important de dépressions, et consommaient en conséquence plus fréquemment des médicaments psychotropes. L'enquête « LGBT Health » met de plus en évidence, comme d'autres études (voir point 2.5), l'importante détresse psychologique des personnes trans et non-binaires. Il convient, eu égard à ces résultats, de tenir compte de l'impact négatif de la pandémie de coronavirus sur la santé psychique (notamment De Quervain et al., 2020) ainsi que de la surreprésentation des personnes trans et non-binaires dans l'échantillon de « LGBT Health ». Si ces facteurs offrent à eux seuls une explication possible pour les écarts considérables entre l'ESS et « LGBT Health », ce n'est pas le cas pour les différences au sein du groupe de comparaison LGBT.

En particulier, la forte prévalence de la dépression dans la population LGBT représente un risque de suicide élevé. Les analyses montrent en conséquence que les personnes LGB ont nettement plus souvent fait une tentative de suicide au cours de leur vie que le reste de la population. Environ 11 % des personnes LGB étaient concernées. Par rapport au reste de la population, la probabilité pour les personnes LGB d'avoir déjà essayé de mettre fin à leurs jours était ainsi 4 fois plus élevée. Par conséquent, elles avaient aussi plus fréquemment des pensées suicidaires. Le taux élevé de tentatives de suicide a aussi été observé dans « LGBT Health ». La plupart des personnes interrogées avaient fait une première tentative de suicide à l'adolescence ; 32 % s'étaient déjà infligé des blessures. Une majorité des personnes interrogées avaient sollicité un soutien après avoir fait une tentative de suicide, que ce soit auprès de quelqu'un de leur entourage personnel et/ou de spécialistes. Il apparaît cependant qu'un cinquième n'avaient parlé à personne de leur tentative de suicide. L'enquête « LGBT Health » montre en outre que les personnes trans et non-binaires sont davantage touchées que les personnes cis LGB : non seulement elles avaient plus souvent déjà essayé de mettre fin à leurs jours, mais elles avaient aussi été plus nombreuses à avoir fait plus d'une tentative.

S'agissant de la probabilité de faire une tentative de suicide, les analyses montrent l'action conjuguée des facteurs de protection et de risque retenus. Il apparaissait aussi à cet égard que l'identité sexuelle ou l'identité de genre n'augmentait pas en soi la probabilité d'une tentative de suicide. Ce sont plutôt les expériences vécues dans l'entourage et la société qui engendrent des facteurs de stress spécifiques aux personnes LGBT (par ex. discrimination fondée sur l'identité sexuelle ou l'identité de genre) et amoindrissent les facteurs de protection (par ex. soutien social). Ce sont ces facteurs qui, en conjonction, influencent la santé psychique des personnes LGBT (voir point 2.5).

5 Conclusion et recommandations

Dans tous les grands domaines thématiques analysés (selon le postulat Marti), à savoir l'accès aux soins, la santé physique, la santé sexuelle, la consommation de substances et la santé psychique, il s'est avéré que les personnes LGB(T) sont confrontées à une inégalité des chances en matière de santé par rapport au reste de la population suisse. À cet égard, on a constaté que les écarts pouvaient varier entre les différents domaines et au sein de ces derniers, et que dans certains sous-domaines, les personnes LGB ne sont pas désavantagées (par ex. activité physique). Conformément au mandat confié par l'OFSP et au postulat Marti, la conclusion énumère les domaines (de santé) dans lesquels les personnes LGB(T) sont confrontées à une inégalité des chances en matière de santé par rapport au reste de la population suisse et sont donc moins bien loties, et dans lesquelles il convient de prendre des mesures⁶⁶². Il s'agit des domaines suivants :

Santé psychique : à l'instar des études internationales, les données suisses indiquent que la population LGBT est nettement désavantagée par rapport au reste de la population suisse en ce qui concerne la santé mentale. Il y a un grand besoin d'agir, et d'agir urgemment. Ce désavantage se traduit par exemple par une prévalence nettement plus élevée de la dépression, des pensées suicidaires et des tentatives de suicide ainsi que par le moindre développement des facteurs de protection sociale et psychique chez les personnes LGBT que dans le reste de la population suisse. La probabilité de tentatives de suicide (prévalence-vie-entière) est environ 4 fois plus élevée chez les personnes LGB que dans le reste de la population suisse (données ESS). 11 % des personnes LGB interrogées dans le cadre de l'ESS et 18 % des personnes LGBT interrogées l'année dernière (« LGBT Health ») ont déjà fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, le plus souvent pendant l'adolescence. Les personnes trans et non-binaires sont particulièrement touchées par ce phénomène. Elles ne sont pas seulement plus touchées psychologiquement que les personnes cisgenres LGB, elles sont également plus nombreuses à avoir fait une tentative de suicide, et plus nombreuses à en avoir fait plus d'une dans leur vie. En ce qui concerne la prévalence de la dépression sur une année, les personnes trans/non-binaires étaient également les plus touchées au sein du groupe LGBT.

Expériences de discrimination et de violence, renoncement aux prestations de santé et obstacles à l'accès aux soins : comme cela a été largement démontré au niveau international (voir chap. 2), les résultats de l'enquête complémentaire « LGBT Health » montrent également que de nombreuses personnes LGBT suisses font l'objet de discriminations ou de violences en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre (67,6 % au moins une fois dans leur vie). De telles expériences sont également vécues dans le cadre des soins de santé (26,6 % au moins une fois dans leur vie), les personnes trans/non-binaires étant les plus touchées. La protection des personnes LGBT contre la stigmatisation, la discrimination et la violence doit être renforcée en Suisse, de manière générale et en particulier dans le domaine des soins de santé. On peut ainsi supposer qu'une partie de la population LGBT n'a pas recours aux prestations médicales, comme le montre la littérature internationale (voir chap. 2). La proportion de personnes LGBT qui renoncent à des prestations de santé par manque de confiance dans le corps médical, les hôpitaux, etc., est plus de deux fois supérieure à celle de la population résidant en Suisse (16,2 % contre 6,9 %). Il est peu probable qu'il s'agisse ici d'un simple effet d'échantillonnage, compte tenu des preuves internationales claires sur les obstacles à l'accès aux soins de santé pour les personnes LGBT (voir chap. 2). En Suisse aussi, des mesures claires sont nécessaires pour réduire les obstacles à l'accès aux soins pour les personnes LGBT.

Consommation de substances (tabac, alcool, substances illégales) : les résultats, tout comme l'état de la recherche internationale en général, montrent une prévalence (nettement) plus élevée de la consommation (nocive pour la santé) de substances psychoactives chez les personnes LGBT que dans le reste de la population suisse. Un bon tiers à près de la moitié des personnes LGBT fument du tabac, une proportion nettement plus élevée que dans le reste de la population suisse. La consommation (excessive) de substances est un domaine d'action important et urgent en matière de santé, la consommation excessive d'alcool et de tabac notamment provoquent des dommages

⁶⁶² Il n'est pas de nouveau fait état ici des différences spécifiques par rapport au reste de la population et entre les groupes L, G, B et T. Celles-ci sont détaillées dans les sections précédentes du rapport.

importants pour la santé. Dans ce domaine, les personnes LGBT sont désavantagées par rapport au reste de la population en Suisse et des mesures doivent être prises. Les différences de groupe et de genre décrites dans le rapport doivent être prises en compte lors de l'adoption de mesures de promotion de la santé et de prévention (des addictions). Alors que les femmes lesbiennes et bisexuelles sont plus nombreuses que les femmes hétérosexuelles à consommer de l'alcool de manière chronique (consommation excessive régulière) et à prendre des risques épisodiques (consommation excessive en une seule occasion), les hommes gays et bisexuels sont un peu plus nombreux que les hommes hétérosexuels à avoir un comportement de consommation épisodique à risque.

Santé sexuelle : comme on le sait au niveau international, les résultats de la présente étude montrent que les hommes gays et bisexuels⁶⁶³ constituent également en Suisse un groupe vulnérable par rapport au reste de la population en ce qui concerne le VIH et les IST. Au vu des données et des études disponibles, il est très important de mettre l'accent sur ce groupe ainsi que sur celui des personnes trans/non-binaires dans le domaine de la santé sexuelle, et de le faire, ou continuer à le faire, de manière ciblée en Suisse. Les femmes lesbiennes et bisexuelles⁶⁶⁴ ne doivent cependant pas être oubliées. Elles doivent être suffisamment sensibilisées au VIH et aux IST, aux examens gynécologiques préventifs et à la santé reproductive. De plus, les médecins, les gynécologues, le personnel infirmier, les sages-femmes, etc., doivent être préparés à conseiller, accompagner et traiter les femmes lesbiennes et bisexuelles (et autres FSF) sans préjugés sur leur santé sexuelle (y compris leur santé reproductive⁶⁶⁵). Les quelques études disponibles, entre autres en Suisse romande, montrent que ce n'est pas toujours le cas (voir chap. 2).

Santé physique : en ce qui concerne la santé physique, les inégalités de santé au sein de la population LGBT sont particulièrement visibles. Les personnes trans/non-binaires (« LGBT Health ») ont jugé leur propre état de santé nettement moins bon que les personnes cis LGB et ont présenté en conséquence beaucoup plus souvent des troubles importants au cours des 4 semaines précédant l'enquête. En outre, les personnes trans/non binaires étaient plus nombreuses à se sentir limitées dans leur vie quotidienne en raison de problèmes de santé et souffraient plus souvent de maladies chroniques ou de longue durée. Comme pour le renforcement de la santé psychique, des mesures visant à améliorer la santé physique sont nécessaires en Suisse, en particulier en faveur des personnes trans/non binaires.

Le concept de l'« universalisme proportionné » de l'OMS (WHO 2014), selon lequel les stratégies populationnelles universelles doivent être appliquées dans les proportions adéquates en fonction des besoins (en vue de réduire le gradient social de santé), signifie également pour la Suisse que des efforts et des ressources importants doivent être mobilisés pour les groupes marginalisés et désavantagés sur les plans social et sanitaire. Comme le présent rapport le met en évidence, les personnes LGBT font toujours partie de ces groupes en Suisse aussi malgré les évolutions politiques et sociétales. Les domaines de santé les plus pertinents dans lesquels des mesures sont requises, à savoir *Quoi*, ont été désignés. Il s'agit à présent de répondre à la question du *Comment*, c'est-à-dire par quelles mesures concrètes la situation (en matière de santé) des personnes LGBT peut être améliorée en Suisse. Il n'est pas possible de formuler dans ce rapport des recommandations détaillées pour les différents domaines de la santé et sous-groupes (L, G, B et T) quant à des mesures concrètes. Cette tâche doit être effectuée dans une prochaine étape. En se fondant sur les stratégies internationales de réduction des inégalités des chances en matière de santé (par ex. universalisme proportionné, *Health in All Policies*) et le *Health Equity Promotion Model* (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) appliqué ici, les autrices et auteurs préconisent notamment d'intervenir au niveau des structures et de l'environnement⁶⁶⁶, soit du contexte multi-niveaux dans le modèle HEP. Dans ce cadre, il est aussi impératif d'accorder une attention particulière aux systèmes de saisie de données sanitaires et au monitoring de la santé en Suisse (notamment ESS). Les personnes LGB y sont insuffisamment incluses et les personnes trans et non-binaires,

⁶⁶³ Cela inclut les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes mais qui ne se définissent ni comme homosexuels/gays ni comme bisexuels.

⁶⁶⁴ Cela inclut les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes mais qui ne se définissent ni comme lesbiennes ni comme bisexuelles.

⁶⁶⁵ L'adoption de l'initiative « Mariage pour tous » rend le recours aux techniques de procréation médicalement assistée (PMA) plus accessible pour les couples de femmes. Le système de santé doit être bien préparé à cet égard.

⁶⁶⁶ Par ex. au moyen d'une promotion de la santé et d'une prévention situationnelles et axées sur le setting.

qui comme nous l'avons vu, constituent l'un des groupes les plus affectés, en sont même absentes. Au vu des résultats présentés ici, les recommandations suivantes sont formulées :

1. Un **programme national pour l'égalité sociale et sanitaire des minorités sexuelles et de genre** est nécessaire, en vue d'améliorer les conditions de vie de ces minorités et de réduire les influences nocives pour la santé sur leur comportement sanitaire (trajectoires favorables/défavorables à la santé selon le modèle HEP) et leur état de santé. Il est recommandé de prévoir un programme de vaste portée (LGBTIQ+), de sorte qu'il inclue également les personnes intersexes, par exemple. Les personnes LGBT sont trop peu intégrées dans la société : l'environnement doit être rendu plus inclusif et il faut soutenir les ressources et les réseaux sociaux, ce qui pourrait être encouragé notamment au moyen de ce programme. Le programme établit des liens avec les autres programmes et stratégies (en matière de santé) nationaux, dans lesquels il promeut ainsi la mise en œuvre systématique des dimensions de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre et de l'intersexualité, dans le sens d'une approche intersectionnelle. Dans le même temps, l'élaboration d'un programme indépendant et d'un plan d'action garantit que les dimensions mentionnées, ainsi que les groupes cibles associés, ne soient pas relégués au rang de « simples » thèmes transversaux dans les autres programmes.
2. Conformément à une **approche *Health in All Policies*** (OMS, voir WHO 2014), les politiques et l'administration devraient – en collaboration avec la plateforme nationale de mise en réseau et de programmes (voir plus haut) – améliorer l'environnement de vie des personnes LGBT par le biais de décisions et de stratégies politiques, et adopter les mesures correspondantes. La mise en œuvre dans les cantons et le rôle de ces derniers pourraient, sur la base des objectifs définis dans le programme national et le plan d'action, être réglés dans le cadre de plans d'action cantonaux (PAC) ou intégrés dans des PAC existants (par ex. « Santé psychique des enfants et des jeunes »).
3. Pour la promotion de la santé, la prévention et le traitement (des maladies), la possibilité à la fois d'être accueillies avec **une sensibilité LGBT et une attitude inclusive** et d'avoir **accès à des services réservés aux personnes LGBT** ne devrait pas être l'exception mais la règle dans tous les secteurs (santé, social, etc.). On entend par « *sensibilité LGBT* » ou « *attitude inclusive* » le fait que tous les systèmes (de soins) et offres, c'est-à-dire par exemple le système (de soins) général de l'ensemble de la population, sont aménagés de telle sorte que les personnes LGBT s'y sentent prises en compte, bienvenues et bien traitées (et qu'elles soient aussi effectivement bien traitées, avec une prise en charge de qualité !)⁶⁶⁷. L'« *accès à des services réservés aux personnes LGBT* » signifie qu'en raison de certaines difficultés spécifiques (et de ressources, également) rencontrées par les personnes et communautés LGBT, il y a lieu de disposer d'offres de prévention et de traitement sélectives et de spécialistes qui s'adressent de manière ciblée aux personnes LGBT – ou à des sous-groupes de cette population – et sont en mesure de répondre à leurs besoins⁶⁶⁸. Les deux sont donc nécessaires : une ouverture universelle des structures ordinaires (espaces de sensibilité LGBT et inclusifs) et des mesures spécifiques pour les personnes LGBT (espaces et accès spécifiques). Les aspects suivants sont importants à cet égard :
 - **Prise en compte de la diversité** et des thématiques LGBT **dans la formation initiale et les formations postgrades** des personnes exerçant dans les domaines de la santé, du social et de l'éducation/la formation (corps enseignant, travailleuses et travailleurs sociaux scolaires, médecins, personnels infirmiers, sages-femmes, psychologues, etc.). Les différentes associations professionnelles (FMH, Avenir Social, etc.), les instances de la formation (du niveau des hautes écoles) (par ex. swissuniversities) ainsi que les institutions et les organisations des secteurs concernés doivent être soutenues dans leurs efforts visant à rendre la formation initiale et les

⁶⁶⁷ Ex. : les programmes universels de promotion de la santé psychique dans le cadre scolaire incluraient systématiquement, dans une perspective intersectionnelle, les préoccupations et les besoins des jeunes LGBT.

⁶⁶⁸ Ex. : checkpoints de santé pour HSH, FSF et personnes trans ; groupes (de jeunes) LGBT menés par des pairs/la communauté dans lesquels les jeunes/jeunes adultes peuvent se rencontrer (vécu du coming out, renforcement/*empowerment* mutuel, mise en place de structures communautaires).

formations postgrades systématiquement intersectionnelles, dans le respect de la diversité dans son ensemble, mais aussi en intégrant les thématiques LGBT.

- **Accessibilité à bas seuil, participation et orientation sur l’efficacité** : les offres et les mesures doivent être facilement accessibles aux personnes LGBT quel que soit leur parcours (par ex. formation, expérience de la migration, langue, ressources socio-économiques), élaborées – surtout pour les mesures réservées aux personnes LGBT – autant que possible avec la participation des destinataires/groupes cibles, proposées dans leur environnement social (structures mobiles, approche axée sur le setting/le milieu de vie) et en accord avec les connaissances scientifiques les plus récentes (efficacité).
 - Parallèlement à une **perspective de parcours de vie** couvrant toutes les phases de la vie, il convient de prévoir en particulier pour l’**enfance**, l’**adolescence** et le **début de l’âge adulte** des accès et des mesures appropriés (environnement favorable aux personnes LGBT, information des parents et des familles et renforcement de leurs compétences, soutien de pair à pair, etc.). Il faut également accorder une importance particulière aux personnes d’un **âge (plus) avancé** (par ex. solitude, réseaux de soutien social).
4. Il convient de mettre en place des **systèmes nationaux fiables de signalement et de soutien** (en général, et dans le secteur de la santé en particulier) pour le signalement de la violence fondée sur l’identité de genre et l’orientation sexuelle. Il est nécessaire que les discriminations, les violences et les délits soient systématiquement sanctionnés et qu’un réseau d’aide approprié soit mis à la disposition des groupes LGBT, ou que les structures existantes soient conçues de manière à inclure les personnes LGBT.
 5. Le **monitoring national de la santé (ESS)** et les **systèmes de monitoring nationaux** dans d’autres domaines devraient être conçus de manière à inclure les personnes LGBT. À cet égard, l’opérationnalisation de l’orientation sexuelle et de l’identité de genre doit être conforme aux standards internationaux (voir notamment Patterson et al., 2017 ; Slade et al., 2020 ; Wolff et al., 2017), également et en particulier dans l’ESS⁶⁶⁹. Il n’est pas justifié qu’une population qui se monte selon les estimations européennes à environ 7 %⁶⁷⁰ ne soit pas du tout (personnes trans/non-binaires) comptabilisée, ou de manière très insuffisante (personnes LGB), en Suisse et que, par conséquent, les soins de santé (y c. la prévention et la promotion de la santé) ne puissent être définis pour ce groupe en s’appuyant sur des données probantes. La présente étude comporte elle aussi des limites (voir point 3.2). Les données recueillies sont utilisées pour réaliser d’autres analyses sur les différences entre les personnes de diverses identités de genre (cis, trans/non-binaire) ou orientations sexuelles, mais il est nécessaire de mener en sus des études approfondies – par exemple justement aussi sur le groupe des personnes trans et non-binaires, dont la santé est plus précaire – afin d’éclairer, en appliquant des méthodes quantitatives mais aussi qualitatives/compréhensives et mixtes, l’état exact et les causes des inégalités en matière de santé pour la Suisse.

Lors de la planification et de la mise en œuvre des recommandations, il convient d’associer les parties prenantes concernées en Suisse et de prendre en compte et de renforcer les structures et offres existantes, généralement non financées, qui ont été mises en place par des organisations LGBT et des particuliers engagés au cours des dernières décennies dans les différentes régions du pays.

⁶⁶⁹ Ces standards étaient très peu mis en œuvre jusqu’à l’ESS 2017. À titre d’exemple, l’identité de genre n’était pas relevée (au moyen de la saisie en deux temps requise : sexe assigné à la naissance, appartenance/identification actuelle à un genre). Une question sur l’identité sexuelle a été intégrée pour la première fois en 2017 dans l’ESS ; selon le document conceptuel « L’enquête suisse sur la santé 2017 en bref » (2018, p. 10), celle-ci doit être posée seulement tous les 10 ans et uniquement aux personnes qui ont déclaré avoir eu des contacts sexuels avec des personnes du même sexe ou n’avoir pas eu de rapports sexuels du tout. De plus, le questionnaire ne contenait jusqu’à présent aucune question concernant l’attraction sexuelle. Il est à espérer que des modifications seront apportées à ce sujet dans l’ESS 2022.

⁶⁷⁰ <https://www.statista.com/chart/6466/europes-lgbt-population-mapped/>

6 Bibliographie

- Ahuja, A., Webster, C., Gibson, N., Brewer, A., Toledo, S., & Russell, S. (2015). Bullying and Suicide: The Mental Health Crisis of LGBTQ Youth and How You Can Help. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19(2), 125–144. <https://doi.org/10.1080/19359705.2015.1007417>
- Albuquerque, G. A., Garcia, C. d. L., Da Quirino, G. S., Henrique Alves, M. J., Belem, J. M., dos Santos Figueiredo, Francisco Winter, . . . Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0072-9>
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2003). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (10th ed.). Berlin : Springer.
- Baeriswyl, M. (2016). Queering Psychotherapie: Geschlechtervarianz, Geschlechtsidentität und die Ideologie der Zweigeschlechtlichkeit. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 6(2), 109–121. Retrieved from <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/issue/archive>
- Bailey, J. M., Vasey, P. L., Diamond, L. M., Breedlove, S. M., Vilain, E., & Epprecht, M. (2016): Sexual Orientation, Controversy, and Science. In: *Psychological science in the public interest: a journal of the American Psychological Society* 17 (2), S. 45-101.
- Balik, C. H. A., Bilgin, H., Uluman, O. T., Sukut, O., Yilmaz, S., & Buzlu, S. (2020). A Systematic Review of the Discrimination Against Sexual and Gender Minority in Health Care Settings. *International Journal of Health Services*, 50(1), 44–61. <https://doi.org/10.1177/0020731419885093>
- Balthasar, H., Jeannin, A., & Dubois-Arber, F. (2007). Surveillance des comportements face au VIH/sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes—Suisse, 1992-2004. *International journal of public health*, 52(1), 27–38. <https://doi.org/10.1007/s00038-006-5086-6>
- Balthasar, H., Jeannin, A., & Dubois-Arber, F. (2009). First anal intercourse and condom use among men who have sex with men in Switzerland. *Archives of Sexual Behavior*, 38(6), 1000–1008. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9382-5>
- Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 25(6), 694–716. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz026>
- Bartig, S., Kalkum, D., Le, H. M., & Lewicki, A. (2021). *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung*. Berlin. Retrieved from https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Bauquis, O. (2011). Operative Geschlechtsumwandlung bei Störungen der Geschlechtsidentität. *Swiss Med Forum*, 11(4), 58-64.
- Bauquis, O. (2014). Geschlechtsangleichende Chirurgie: von der Unkenntnis zum Vorurteil. *Swiss Med Forum*, 14(49), 919-923.
- Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2019). Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006-2017. *American Journal of Public Health*, 109(1), E1-E8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>

- Berger, I., & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking Cessation Programs for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex People: A Content-Based Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 19(12), 1408–1417. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw216>
- Berrut, S. (2016). *Les lesbiennes en consultation gynécologique*. Genève.
- Berrut, S., Descuves, A., Romanens-Pythoud, S., & Jeannot, E. (2020). La Santé sexuelle et reproductive des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes en Suisse romande. Online-Poster (Swiss Public Health Conference 2020). Retrieved from <https://www.unilu.ch/en/faculties/departement-of-health-sciences-and-medicine/events/swiss-public-health-conference-2020/#section=c95677>
- Besse, M., Lampe, N. M., & Mann, E. S. (2020). Experiences with Achieving Pregnancy and Giving Birth Among Transgender Men: A Narrative Literature Review. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 93(4), 517–528.
- Béziane, C., Anex, E., Le Pogam, M.-A., & Künzle, M. (2020). *Enquête sur la santé des femmes* qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF) 2019. Rapport préliminaire accompagnant les résultats*. Retrieved from <https://www.profa.ch/wp-content/uploads/2020/11/Rapport-preliminaire-enquete-info-fouffe.pdf>
- BfS (2020). *Schweizerische Gesundheitsbefragung. Dokumentation der Indizes von 1992 bis 2017*. Neuenburg.
- Bize, R., Volkmar, E., Berrut, S., Medico, D., Balthasar, H., Bodenmann, P., & Makadon, H. J. (2011). *Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21987880>
- Blawert, B., & Dennert, G. (2020). *InTraHealth – Fragebogen*. Dortmund.
- Blondeel, K., Say, L., Chou, D., Toskin, I., Khosla, R., Sclaro, E., & Temmerman, M. (2016). Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: A review of systematic reviews. *International Journal for Equity in Health*, 15, 16. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0304-1>
- Bouris, A., Everett, B. G., Heath, R. D., Elsaesser, C. E., & Neilands, T. B. (2016). Effects of Victimization and Violence on Suicidal Ideation and Behaviors Among Sexual Minority and Heterosexual Adolescents. *LGBT Health*, 3(2), 153–161. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0037>
- Braun, D. L., Hampel, B., Kouyos, R., Nguyen, H., Shah, C., Flepp, M., . . . Fehr, J. S. (2019). High Cure Rates With Grazoprevir-Elbasvir With or Without Ribavirin Guided by Genotypic Resistance Testing Among Human Immunodeficiency Virus/Hepatitis C Virus-coinfected Men Who Have Sex With Men. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 68(4), 569–576. <https://doi.org/10.1093/cid/ciy547>
- Braun, D. L., Hampel, B., Martin, E., Kouyos, R., Kusejko, K., Grube, C., . . . Fehr, J. S. (2019). High Number of Potential Transmitters Revealed in a Population-based Systematic Hepatitis C Virus RNA Screening Among Human Immunodeficiency Virus-infected Men Who Have Sex With Men. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 68(4), 561–568. <https://doi.org/10.1093/cid/ciy545>
- Bryan, A., & Mayock, P. (2017). Supporting LGBT Lives? Complicating the suicide consensus in LGBT mental health research. *Sexualities*, 20(1-2), 65–85. <https://doi.org/10.1177/1363460716648099>
- Bundesamt für Gesundheit (2021a). *BAG-Bulletin* (No. 30). Bern. Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/periodika/bag-bulletin.html>
- Bundesamt für Gesundheit (2021b). *BAG-Bulletin* (No. 48). Bern.
- Caceres, B. A., Brody, A., Luscombe, R. E., Primiano, J. E., Marusca, P., Sitts, E. M., & Chyun, D. (2017). A Systematic Review of Cardiovascular Disease in Sexual Minorities. *American Journal of Public Health*, 107(4), E13-E21. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303630>

- Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT Individuals' Perspectives on LGBT Issues in Long-Term Care: A Systematic Review. *Gerontologist*, 60(3), E169-E183. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz012>
- Cardom, R., Rostovsky, S., & Danner, F. (2013). Does «it get better» for depressed sexual minority youth in young adulthood? *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 53(5), 671–673. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.023>
- Carrico, A. W., Zepf, R., Meanley, S., Batchelder, A., & Stall, R. (2016). When the Party is Over: A Systematic Review of Behavioral Interventions for Substance-Using Men Who Have Sex with Men. *J AIDS-Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 73(3), 299–306.
- Chapin-Bardales, J., Schmidt, A. J., Guy, R. J., Kaldor, J. M., McGregor, S., Sasse, A., . . . Sullivan, P. S. (2018). Trends in human immunodeficiency virus diagnoses among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 2000–2014. *Annals of Epidemiology*, 28(12), 874–880. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.09.006>
- Chen, H., Cohen, P. & Chen, S. (2010) How Big is a Big Odds Ratio? Interpreting the Magnitudes of Odds Ratios. *Epidemiological Studies, Communications in Statistics – Simulation and Computation*, 39(4), 860–864, doi: [10.1080/03610911003650383](https://doi.org/10.1080/03610911003650383)
- Cicero, E. C., Reisner, S. L., Silva, S. G., Merwin, E. I., & Humphreys, J. C. (2019). Health Care Experiences of Transgender Adults An Integrated Mixed Research Literature Review. *Advances in Nursing Science*, 42(2), 123–138. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000256>
- Clerc, O., Darling, K., Calmy, A., Dubois-Arber, F., & Cavassini, M. (2016). Hepatitis C Virus Awareness Among Men Who Have Sex With Men in Southwest Switzerland. *Sexually Transmitted Diseases*, 43(1), 44–48. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000378>
- Connolly, D., Davies, E., Lynskey, M., Barratt, M. J., Maier, L., Ferris, J., . . . Gilchrist, G. (2020). Comparing intentions to reduce substance use and willingness to seek help among transgender and cisgender participants from the Global Drug Survey. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 112, 86–91. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.03.001>
- Connolly, D., & Gilchrist, G. (2020). Prevalence and correlates of substance use among transgender adults: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 111. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106544>
- Dalgard, O. S., Bjørk, S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 166(1), 29–34.
- Dangerfield, Derek T., II, Smith, L. R., Williams, J., Unger, J., & Bluthenthal, R. (2017). Sexual Positioning Among Men Who Have Sex With Men: A Narrative Review. *Archives of Sexual Behavior*, 46(4), 869–884. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0738-y>
- De Quervain, D., Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coyne, D., Gerhards, C., . . . Zuber, P. (2020). The Swiss Corona Stress Study. Retrieved from <https://doi.org/10.31219/osf.io/jqw6a>
- Delgado-Ruiz, R., Swanson, P., & Romanos, G. (2019). Systematic Review of the Long-Term Effects of Transgender Hormone Therapy on Bone Markers and Bone Mineral Density and Their Potential Effects in Implant Therapy. *Journal of Clinical Medicine*, 8(6). <https://doi.org/10.3390/jcm8060784>
- Dickson-Spillmann, M., Sullivan, R., Zahno, B., & Schaub, M. P. (2014). Queer quit: A pilot study of a smoking cessation programme tailored to gay men. *BMC Public Health*, 14, 126. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-126>

- Dinesh, S., Franz, M., & Kuethe, F. (2020). Coronary Embolism and Myocardial Infarction in a Transgender Male Undergoing Hormone Therapy: A Case Report and Review of the Literature. *Case Reports in Cardiology*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/4829169>
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5th ed.). Heidelberg/Berlin: Springer.
- Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Locicero, S., & Balthasar, H. (2012). Risk reduction practices in men who have sex with men in Switzerland: Serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *Archives of Sexual Behavior*, 41(5), 1263–1272. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9868-4>
- Eisenberg, M. E., & Resnick, M. D. (2006). Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: The role of protective factors. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 39(5), 662–668. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.04.024>
- Eliason, M. J., Ingraham, N., Fogel, S. C., McElroy, J. A., Lorvick, J., Mauery, D. R., & Haynes, S. (2015). A Systematic Review of the Literature on Weight in Sexual Minority Women. *Womens Health Issues*, 25(2), 162–175. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.12.001>
- Epprecht, L., Messerli, M., Samuel, R., Seule, M., Weber, J., Fournier, J.-Y., & Surbeck, W. (2018). Sexual dysfunction after good-grade aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *World Neurosurgery*, 111, 449–453. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.12.091>
- Eres, R., Postolovski, N., Thielking, M., & Lim, M. H. (2021). Loneliness, mental health, and social health indicators in LGBTQIA+ Australians. *American Journal of Orthopsychiatry*, 91(3), 358–366. <https://doi.org/10.1037/ort0000531>
- European Union Agency for Fundamental Rights (2020). *A long way to go for LGBTI equality*. Wien. Retrieved from https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1_en.pdf
- Fan, E. M., Gordner, C., & Luty, J. (2020). Venous Thromboembolism in a Transgender Adolescent on Testosterone Therapy: A Case Report and Literature Review. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 42(5), E352-E354. <https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000001755>
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Being Trans in the European Union*. Wien. Retrieved from https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative-0_en.pdf
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Simoni, J. M., Kim, H.-J., Lehavot, K., Walters, K. L., Yang, J., Muraco, A. (2014). The health equity promotion model: Reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(6), 653–663. <https://doi.org/10.1037/ort0000030>
- Frohn, D., Meinhold, F., & Schmidt, C. (2017). „Out im Office?!“ *Sexuelle Identität und Geschlechtsidentität, (Anti-)Diskriminierung und Diversity am Arbeitsplatz*. Köln. Retrieved from https://www.vlsp.de/sites/default/files/pdf/ida_out_im_office_2018_04_04_web.pdf
- Garcia Núñez, D. (2014). Von der Transsexualität zur Gender-Dysphorie: Beratungs- und Behandlungsempfehlungen bei TransPersonen. *Swiss Med Forum*, 14(19), 382-387.
- Garcia Nuñez, D., & Schneeberger, A. R. (2018). Trauma unter dem Regenbogen: Stigmatisierung von Gender- und sexuellen Minderheiten. In M. Büttner (Ed.), *Sexualität und Trauma* (S. 167-195). Schattauer.
- Garcia Núñez, D., Sandon, P., Burgermeister, N., Schönbucher, V., & Jenewein, J. (2015b). Protektive und dysfunktionale Internalisierungsprozesse an der Geschlechtergrenze. In Wiebke Driemeyer, Benjamin Gedrose, Armin Hoyer, Lisa Rustige (Ed.), *Grenzverschiebungen des Sexuellen: Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Giannetti, S. (2004). *Transsexualität und Identität. Wenn der Körper das Ich behindert*. Edition Soziothek.

- Gilbert, P. A., Pass, L. E., Keuroghlian, A. S., Greenfield, T. K., & Reisner, S. L. (2018). Alcohol research with transgender populations: A systematic review and recommendations to strengthen future studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 186, 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.01.016>
- Gilbey, D., Mahfouda, S., Ohan, J., Lin, A., & Perry, Y. (2020). Trajectories of Mental Health Difficulties in Young People Who are Attracted to the Same Gender: A Systematic Review. *Adolescent Research Review*, 5(3), 281–293. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00128-8>
- Gmel G., Kuendig H., Notari L., & Gmel C. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016*. Bern. Retrieved from https://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_5lbi5rqv9y5i.pdf
- Gredig, D., Uggowitzer, F., Hassler, B., Weber, P., & Nideröst, S. (2016). Acceptability and willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among HIV-negative men who have sex with men in Switzerland. *AIDS Care*, 28 Suppl 1, 44–47. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1146212>
- Grosse, A., Grosse, C., Lenggenhager, D., Bode, B., Camenisch, U., & Bode, P. (2017). Cytology of the neovagina in transgender women and individuals with congenital or acquired absence of a natural vagina. *Cytopathology: Official Journal of the British Society for Clinical Cytology*, 28(3), 184–191. <https://doi.org/10.1111/cyt.12417>
- Gumy, C., Jeannin, A., Balthasar, H., Huissoud, T., Jobin, V., Häusermann, M., . . . Dubois-Arber, F. (2012). Five-year monitoring of a gay-friendly voluntary counselling and testing facility in Switzerland: Who got tested and why? *BMC Public Health*, 12, 422. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-422>
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D’Augelli, A. R., . . . Clayton, P. J. (2011). Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>
- Hafeez, H., Zeshan, M., Tahir, M. A., Jahan, N., & Naveed, S. (2017). Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: A Literature Review. *Cureus*, 9(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.1184>
- Hässler, T., & Eisner, L. (2020). *Swiss LGBTIQ+ Panel – 2020 Summary Report*. Retrieved from <https://doi.org/10.31234/osf.io/kdrh4>
- Hässler, T., & Eisner, L. (2019). *Schweizer LGBTIQ+ Umfrage 2019: Abschlussbericht*. Retrieved from <https://osf.io/76waf/>
- Hegna, K., & Wichstrøm, L. (2007). Suicide Attempts among Norwegian Gay, Lesbian and Bisexual Youths: General and Specific Risk Factors. *Acta Sociologica*, 50(1), 21–37.
- Heinecke-Müller, M. (2019a). *Kontrollüberzeugungen, internale vs. externale Kontrolle im Dorsch Lexikon der Psychologie*. Retrieved from <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/kontrollueberzeugungen-internale-vs-externale-kontrolle>
- Heinecke-Müller, M. (2019b). *Wirksamkeitsüberzeugungen, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen im Dorsch Lexikon der Psychologie*. Retrieved from <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/wirksamkeitsueberzeugungen-selbstwirksamkeitsueberzeugungen>
- Heng, A., Heal, C., Banks, J., & Preston, R. (2018). Transgender peoples’ experiences and perspectives about general healthcare: A systematic review. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 359–378. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1502711>
- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 259–261. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.08.010>

- Hepp, U., & Milos, G. (2002). Gender identity disorder and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 473–478. <https://doi.org/10.1002/eat.10090>
- Herrick, S. S. C., & Duncan, L. R. (2018). A Systematic Scoping Review of Engagement in Physical Activity Among LGBTQ plus Adults. *Journal of Physical Activity & Health*, 15(3), 226–232. <https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0292>
- Hess, K. L., Crepaz, N., Rose, C., Purcell, D., & Paz-Bailey, G. (2017). Trends in Sexual Behavior Among Men Who have Sex with Men (MSM) in High-Income Countries, 1990-2013: A Systematic Review. *AIDS and Behavior*, 21(10), 2811–2834. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1799-1>
- Huang, X., Hou, J., Song, A., Liu, X., Yang, X., Xu, J., . . . Wu, H. (2018). Efficacy and Safety of Oral TDF-Based Pre-exposure Prophylaxis for Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Pharmacology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00799>
- Hunt, R., Bates, C., Walker, S., Grierson, J., Redsell, S., & Meads, C. (2019). A Systematic Review of UK Educational and Training Materials Aimed at Health and Social Care Staff about Providing Appropriate Services for LGBT plus People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph16244976>
- Inderbinen, M., Schaefer, K., Schneeberger, A., Gaab, J., & Garcia Nuñez, D. (2021). Relationship of Internalized Transnegativity and Protective Factors With Depression, Anxiety, Non-suicidal Self-Injury and Suicidal Tendency in Trans Populations: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 636513. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.636513>
- Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A. R., . . . Garcia Nuñez, D. (2018). Gender Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. *BioMed Research International*, 2018, 8639263. <https://doi.org/10.1155/2018/8639263>
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Ma'ayan, A. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC.
- Jones, B. A., Haycraft, E., Bouman, W. P., & Arcelus, J. (2018). The Levels and Predictors of Physical Activity Engagement Within the Treatment-Seeking Transgender Population: A Matched Control Study. *Journal of Physical Activity & Health*, 15(2), 99–107. <https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0298>
- Jurcek, A., Downes, C., Keogh, B., Urek, M., Sheaf, G., Hafford-Letchfield, T., . . . Higgins, A. (2020). Educating health and social care practitioners on the experiences and needs of older LGBT plus adults: Findings from a systematic review. *Journal of Nursing Management*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jonm.13145>
- Kcomt, L. (2019). Profound health-care discrimination experienced by transgender people: rapid systematic review. *Social Work in Health Care*, 58(2), 201–219. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1532941>
- Kouyos, R. D., Rauch, A., Braun, D. L., Yang, W.-L., Böni, J., Yerly, S., . . . Günthard, H. F. (2014). Higher risk of incident hepatitis C virus coinfection among men who have sex with men, in whom the HIV genetic bottleneck at transmission was wide. *The Journal of Infectious Diseases*, 210(10), 1555–1561. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiu315>
- Kraemer, B., Hobi, S., Rufer, M., Hepp, U., Büchi, S., & Schnyder, U. (2010). Partnerschaft und Sexualität von Frau-zu-Mann transsexuellen Männern. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60(1), 25–30. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1103264>
- Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhäuser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 131(2), 226–230. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.03.019>

- Kuhn, A., Santi, A., & Birkhäuser, M. (2011). Vaginal prolapse, pelvic floor function, and related symptoms 16 years after sex reassignment surgery in transsexuals. *Fertility and Sterility*, 95(7), 2379–2382. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.03.029>
- Künzler-Heule, P., Engberg, S., Battegay, M., Schmidt, A. J., Fierz, K., Nguyen, H., . . . Nicca, D. (2019). Screening HIV-positive men who have sex with men for hepatitis C re-infection risk: Is a single question on condom-use enough? A sensitivity analysis. *BMC Infectious Diseases*, 19(1), 821. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4456-7>
- Landgraf, R., Aberle, J., Birkenfeld, A. L., Gallwitz, B., Kellerer, M., Klein, H., Müller-Wieland, D., Nauck, M. A., Reuter, H.-M. & Siegel, E. (2020). Therapie des Typ 2 Diabetes. *Diabetologie*, 16, 266-287
- Lerner, J. E., & Robles, G. (2017). Perceived Barriers and Facilitators to Health Care Utilization in the United States for Transgender People: A Review of Recent Literature. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 28(1), 127–152. <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0014>
- Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.023>
- Locicero, S., & Bize, R. (2015). Les comportements face au VIH/Sida des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes: Enquête Gaysurvey 2014. Retrieved from https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_1304865F4ACC.P001/REF
- Locicero, S., Jeannin, A., & Dubois-Arber, F. (2010). Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes: Résultats de Gaysurvey 2009. *Raisons de santé*, 163. Retrieved from https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_4D69BEED81C4.P001/REF
- Locicero, S., Jeannin, A., & Dubois-Arber, F. (2012). Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes: Résultats de l'enquête EMIS 2010. *Raisons de Santé*, 194. Retrieved from http://www.emis-project.eu/sites/default/files/public/publications/emis_nationalreport_switzerland.pdf
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). *PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten: Manual Komplettversion und Kurzform*. Retrieved from https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf
- MacCarthy, S., Poteat, T., Xia, Z., Roque, N. L., Kim, A., Baral, S., & Reisner, S. L. (2017). Current research gaps: a global systematic review of HIV and sexually transmissible infections among transgender populations. *Sexual Health*, 14(5), 456–468. <https://doi.org/10.1071/SH17096>
- Marshall, M. P., Friedman, M. S., Stall, R. [Ron], King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., . . . Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: A meta-analysis and methodological review. *Addiction (Abingdon, England)*, 103(4), 546–556. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02149.x>
- Marshall, A. (2016). Suicide Prevention Interventions for Sexual & Gender Minority Youth: An Unmet Need. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 89(2), 205–213.
- Matacotta, J. J., Rosales-Perez, F. J., & Carrillo, C. M. (2020). HIV Preexposure Prophylaxis and Treatment as Prevention – Beliefs and Access Barriers in Men Who Have Sex With Men (MSM) and Transgender Women: A Systematic Review. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 7(3), 265–274. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1737>
- Maxwell, S., Gafos, M., & Shahmanesh, M. (2019). Pre-exposure Prophylaxis Use and Medication Adherence Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review of the Literature. *Janac-Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 30(4), E38-E61. <https://doi.org/10.1097/JNC.000000000000105>

- Maxwell, S., Shahmanesh, M., & Gafos, M. (2019). Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 63, 74–89. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.014>
- McCann, E., & Brown, M. (2018). The inclusion of LGBT plus health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review. *Nurse Education Today*, 64, 204–214. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.028>
- McDermott, E., Hughes, E., & Rawlings, V. (2017). The social determinants of lesbian, gay, bisexual and transgender youth suicidality in England: A mixed methods study. *Journal of Public Health*, 1–8. <https://doi.org/10.1093/pubmed/idx135>
- McFarlane, T., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2018). Gender-affirming hormone therapy and the risk of sex hormone-dependent tumours in transgender individuals-A systematic review. *Clinical Endocrinology*, 89(6), 700–711. <https://doi.org/10.1111/cen.13835>
- McNamara, G., & Wilson, C. (2020). Lesbian, gay and bisexual individuals experience of mental health services – a systematic review. *Journal of Mental Health Training Education and Practice*, 15(2), 59–70. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-09-2019-0047>
- Meads, C., Hunt, R., Martin, A., & Varney, J. (2019). A Systematic Review of Sexual Minority Women's Experiences of Health Care in the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph16173032>
- Meads, C., Martin, A., Grierson, J., & Varney, J. (2018). Systematic review and meta-analysis of diabetes mellitus, cardiovascular and respiratory condition epidemiology in sexual minority women. *BMJ Open*, 8(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020776>
- Medico, D., Pullen Sansfaçon, A., Galantino, G. J., & Zufferey, A. (2020). « J'aimerais mourir. » Comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d'oppression développementale. *Frontières*, 31(2). <https://doi.org/10.7202/1070338ar>
- Medico, D., Pullen Sansfaçon, A., Zufferey, A., Galantino, G., Bosom, M., & Suerich-Gulick, F. (2020). Pathways to gender affirmation in trans youth: A qualitative and participative study with youth and their parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 1002–1014. <https://doi.org/10.1177/1359104520938427>
- Medico, D., & Zufferey, A. (2018). Un futur pour les enfants et les jeunes transgenres: Que savons-nous sur les besoins et les solutions ? *Revue médicale suisse*, 14(621), 1765–1769. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-621/Un-futur-pour-les-enfants-et-les-jeunes-transgenres-Que-savons-nous-sur-les-besoins-et-les-solutions>
- Mereish, E. H., O'Cleirigh, C., & Bradford, J. B. (2014). Interrelationships between LGBT-based victimization, suicide, and substance use problems in a diverse sample of sexual and gender minorities. *Psychology Health & Medicine*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.780129>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Mijuskovic, B., Schaefer, D. J., & Garcia Nuñez, D. (2020). Optimierung chirurgischer Behandlungen für trans Personen. *Schweizerische Ärztezeitung*. Advance online publication. <https://doi.org/10.4414/saez.2020.18420>
- Misoch, S. (2017). «Lesbian, gay & grey». Besondere Bedürfnisse von homosexuellen Frauen und Männern im dritten und vierten Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(3), 239–246. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1030-4>

- Mongelli, F., Perrone, D., Balducci, J., Sacchetti, A., Ferrari, S., Mattei, G., & Galeazzi, G. M. (2019). Minority stress and mental health among LGBT populations: an update on the evidence. *Minerva Psichiatrica*, 60(1). <https://doi.org/10.23736/S0391-1772.18.01995-7>
- Moreau-Gruet, F., Jeannin, A., Dubois-Arber, F., & Spencer, B. (2001). Management of the risk of HIV infection in male homosexual couples. *AIDS (London, England)*, 15(8), 1025–1035. <https://doi.org/10.1097/00002030-200105250-00011>
- Morris, M., Cooper, R. L., Ramesh, A., Tabatabai, M., Arcury, T. A., Shinn, M., . . . Matthews-Juarez, P. (2019). Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: a systematic review. *BMC Medical Education*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1727-3>
- Muchicko, M. M., Lepp, A., & Barkley, J. E. (2014). Peer victimization, social support and leisure-time physical activity in transgender and cisgender individuals. *Leisure/Loisir*, 38(3-4), 295–308. <https://doi.org/10.1080/14927713.2015.1048088>
- Mustanski, B., & Liu, R. T. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Archives of Sexual Behavior*, 42(3), 437–448. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0013-9>
- Narring, F., Stronski Huwiler, S. M., & Michaud, P. A. (2003). Prevalence and dimensions of sexual orientation in Swiss adolescents: A cross-sectional survey of 16 to 20-year-old students. *Acta Paediatrica*, 92(2), 233–239. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2003.tb00532.x>
- Nöstlinger, C., Nideröst, S., Platteau, T., Müller, M. C., Staneková, D., Gredig, D., . . . Colebunders, R. (2011). Sexual protection behavior in HIV-positive gay men: Testing a modified information-motivation-behavioral skills model. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 817–827. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9682-4>
- Nussbaum, M.-L. (2019). Geschlechtsinkongruenz im Kindes- und Jugendalter: Theoretische Erkenntnisse und Praxishilfen für Diagnostik und Therapie. *P & E*, 45(1), 46–53. Retrieved from <http://www.skjp.ch/de/zeitschrift-pe/>
- O'Brien, K. H. M., Putney, J. M., Hebert, N. W., Falk, A. M., & Aguinaldo, L. D. (2016). Sexual and Gender Minority Youth Suicide: Understanding Subgroup Differences to Inform Interventions. *LGBT Health*, 3(4), 248–251. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0031>
- Ott, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Der Substanzkonsum von trans* Personen aus der Minoritätenstressperspektive. *Suchttherapie*, 19(04), 193–198. <https://doi.org/10.1055/a-0715-0896>
- Ott, A., Regli, D., & Znoj, H. (2017). Minoritätenstress und soziale Unterstützung: Eine Online-Untersuchung zum Wohlbefinden von Trans*Personen in der Schweiz. *Zeitschrift Für Sexualforschung*, 30(2), 138–160. <https://doi.org/10.1055/s-0043-109081>
- Pahud, O. (2020). *Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich* (OBSAN Bericht No. 12/2020). Neuchâtel. Retrieved from https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_12_2020_bericht_korr.pdf
- Pamfile, D., Soldati, L., Brovelli, S., Péroud, P., Ducommun, I., Micali, N., . . . Typaldou, S. (2020). Rôle du psychiatre-psychothérapeute dans la prise en charge de la dysphorie de genre. *Revue médicale suisse*, 16(709), 1877–1880. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33026731>
- Parpan-Blaser, A., Pfister, A., Nideröst, S., & Gredig, D. (2009). Freier im mann-männlichen Sexgewerbe. Beweggründe für den Kauf von Sex. *Neue Praxis*, 39(6), 565–578. Retrieved from <http://www.fhnw.ch/sozialarbeit>

- Patterson, J. G., Jabson, J. M., & Bowen, D. J. (2017). Measuring Sexual and Gender Minority Populations in Health Surveillance. *LGBT Health*, 4(2), 82–105. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0026>
- Pauli, D. (2017). Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen. *PSYCH Up2date*, 11(6), 529–543. <https://doi.org/10.1055/s-0043-115159>
- Pauli, D. (2019). Nicht-binäre Geschlechtsorientierung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Herausforderung für die Betroffenen, das Umfeld und die Behandelnden. *Kinderanalyse*, 27(1), 53–64. <https://doi.org/10.21706/ka-27-1-53>
- Peng, P., Su, S., Fairley, C. K., Chu, M., Jiang, S., Zhuang, X., & Zhang, L. (2018). A Global Estimate of the Acceptability of Pre-exposure Prophylaxis for HIV Among Men Who have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-analysis. *AIDS and Behavior*, 22(4), 1063–1074. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1675-z>
- Perez-Brumer, A., Day, J. K., Russell, S. T., & Hatzenbuehler, M. L. (2017). Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation Among Transgender Youth in California: Findings From a Representative, Population-Based Sample of High School Students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(9), 739–746. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.06.010>
- Peter, T., Taylor, C., & Campbell, C. (2016). «You can't break ... when you're already broken»: The importance of school climate to suicidality among LGBTQ youth. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 20(3), 195–213. <https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1171188>
- Pfister, A. (2009). *Sexarbeiter und HIV, Aids: Karrierewege und HIV-Schutzverhalten im mann-männlichen Sexgewerbe*. Marburg: Tectum-Verl.
- Pfister, A., & Mikolasek, M. (2019). *Suizidversuche von LGBT-Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Einschätzung der Machbarkeit einer qualitativen Untersuchung in der Schweiz*. Luzern. Retrieved from <https://doi.org/10.5281/zenodo.3527711>
- Pfister, A., Parpan-Blaser, A., Nideröst, S., & Gredig, D. (2008). Mann-männliche Prostitution und HIV / Aids. *Zeitschrift Für Sexualforschung*, 21(2), 105–123. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1076815>
- Plöderl, M. (2016). Out in der Schule? Bullying und Suizidrisiko bei LGBTI Jugendlichen. *Suizidprophylaxe*, 2016(43), 7–13.
- Plöderl, M., Yazdi, K., Kralovec, K., & Fartacek, R. (2007). Geschlechtsrollennonkonformität in der Kindheit als Suizidrisikofaktor am Beispiel von homo- und bisexuellen Personen. *Psychiatrie und Psychotherapie*, 3(3), 81–85. <https://doi.org/10.1007/s11326-007-0060-3>
- Pompili, M., Lester, D., Forte, A., Seretti, M. E., Erbutto, D., Lamis, D. A., . . . Girardi, P. (2014). Bisexuality and suicide: A systematic review of the current literature. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1903–1913. <https://doi.org/10.1111/jsm.12581>
- Rauch, A., Rickenbach, M., Weber, R., Hirschel, B., Tarr, P. E., Bucher, H. C., . . . Furrer, H. (2005). Unsafe sex and increased incidence of hepatitis C virus infection among HIV-infected men who have sex with men: The Swiss HIV Cohort Study. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 41(3), 395–402. <https://doi.org/10.1086/431486>
- Rauchfleisch, U. (2007). Diskriminierung Transsexueller. In Steger, F. (Hg.), *Was ist krank? Stigmatisierung und Diskriminierung in Medizin und Psychotherapie* (S. 189-196). Giessen.
- Rauchfleisch, U. (2016a). Beziehungsgestaltung in der Begleitung und Therapie von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten. Eine Analyse mit Hilfe der Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 6(2), 130–139. Retrieved from <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/issue/archive>

- Rauchfleisch, U. (2016b). Leben an Grenzen. Eine Herausforderung für uns alle. *Existenzanalyse*, 33(2), 35–39. Retrieved from <https://www.existenzanalyse.net/>
- Rauchfleisch, U. (2017). «Trans*Menschen», Psychoanalyse und Psychotherapie. Transsexualität, Transidentität, Gender-Dysphorie – und wie weiter? *Forum Der Psychoanalyse*, 33(4), 431–445. <https://doi.org/10.1007/s00451-017-0289-4>
- Robinson, K., Galloway, K. Y., Bewley, S., & Meads, C. (2017). Lesbian and bisexual women’s gynaecological conditions: A systematic review and exploratory meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(3), 381–392. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14414>
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Degen, O., . . . Janeiro, N. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*, 393(10189), 2428–2438. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)
- Rosendale, N., & Albert, M. A. (2020). The Intersection of Sexual Orientation, Gender Identity, and Race/Ethnicity on Cardiovascular Health: a Review of the Literature and Needed Research. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 14(10). <https://doi.org/10.1007/s12170-020-00651-7>
- Roth, J. A., Franzeck, F. C., Balakrishna, S., Lautenschlager, S., Thurnheer, M. C., Trellu, L. T., . . . Battegay, M. (2020). Repeated Syphilis Episodes in HIV-Infected Men Who Have Sex With Men: A Multicenter Prospective Cohort Study on Risk Factors and the Potential Role of Syphilis Immunity. *Open Forum Infectious Diseases*, 7(1), ofaa019. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa019>
- Ruetsche, A. G., Kneubuehl, R., Birkhaeuser, M. H., & Lippuner, K. (2005). Cortical and trabecular bone mineral density in transsexuals after long-term cross-sex hormonal treatment: A cross-sectional study. *Osteoporosis International : A Journal Established as Result of Cooperation Between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 16(7), 791–798. <https://doi.org/10.1007/s00198-004-1754-7>
- Salazar-Vizcaya, L., Kouyos, R. D., Zahnd, C., Wandeler, G., Battegay, M., Darling, K. E. A., . . . Rauch, A. (2016). Hepatitis C virus transmission among human immunodeficiency virus-infected men who have sex with men: Modeling the effect of behavioral and treatment interventions. *Hepatology*, 64(6), 1856–1869. <https://doi.org/10.1002/hep.28769>
- Salazar-Vizcaya, L., Kusejko, K., Schmidt, A. J., Carrillo-Montoya, G., Nicca, D., Wandeler, G., . . . Rauch, A. (2020). Clusters of Sexual Behavior in Human Immunodeficiency Virus-positive Men Who Have Sex With Men Reveal Highly Dissimilar Time Trends. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 70(3), 416–424. <https://doi.org/10.1093/cid/ciz208>
- Salway, T., Ross, L. E., Fehr, C. P., Burley, J., Asadi, S., Hawkins, B., & Tarasoff, L. A. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of Disparities in the Prevalence of Suicide Ideation and Attempt Among Bisexual Populations. *Archives of Sexual Behavior*, 48(1), 89–111. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1150-6>
- Savin-Williams, R. C., & Ream, G. L. (2003). Suicide attempts among sexual-minority male youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 32(4), 509–522. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3204_3
- Schmidt, A. J., & Altpeter, E. (2019). The Denominator problem: Estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sexually Transmitted Infections*, 95(4), 285–291. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2017-053363>

- Schmidt, A. J., Bourne, A., Weatherburn, P., Reid, D., Marcus, U., & Hickson, F. (2016). Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *The International Journal on Drug Policy*, 38, 4–12. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.09.007>
- Schmidt, A. J., Falcato, L., Zahno, B., Burri, A., Regenass, S., Müllhaupt, B., & Bruggmann, P. (2014). Prevalence of hepatitis C in a Swiss sample of men who have sex with men: Whom to screen for HCV infection? *BMC Public Health*, 14, 3. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-3>
- Schmidt, F., Schondelmayer, A.-C., & Schröder, U. B. (Eds.) (2015). *Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt: Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schmuckli, L., & Gross, P. (2016). Der Herr ist nicht Frau in seinem eigenen Hause: Psychoanalytische Fragmente zur Thematik der trans*Identität. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 6(2), 122–129. Retrieved from <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/issue/archive>
- Schneeberger, A. R., Rauchfleisch, U., & Battegay, R. (2002). Psychosomatische Folgen und Begleitphänomene der Diskriminierung am Arbeitsplatz bei homosexuellen Menschen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 153(3), 137–143. Retrieved from <https://sanp.ch/>
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020* (OBSAN Bericht No. 15/2020). Neuchâtel. Retrieved from <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2020-psychische-gesundheit-der-schweiz>
- Schwappach, D. L. B. (2008). Smoking behavior, intention to quit, and preferences toward cessation programs among gay men in Zurich, Switzerland. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 10(12), 1783–1787. <https://doi.org/10.1080/14622200802443502>
- Schwappach, D. L. B. (2009). Queer quit: Gay smokers' perspectives on a culturally specific smoking cessation service. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 12(4), 383–395. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00550.x>
- Sekoni, A. O., Gale, N. K., Manga-Atangana, B., Bhadhuri, A., & Jolly, K. (2017). The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *Journal of the International Aids Society*, 20. <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21624>
- Sheinfil, A. Z., Foley, J. D., Ramos, J., Antshel, K. M., & Woolf-King, S. E. (2019). Psychotherapeutic depression interventions adapted for sexual and gender minority youth: A systematic review of an emerging literature. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 23(4), 380–411. <https://doi.org/10.1080/19359705.2019.1622616>
- Silva, J. F., & Cavalcanti Costa, G. M. (2020). Health care of sexual and gender minorities: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0192>
- Simoni, J. M., Smith, L., Oost, K. M., Lehavot, K., & Fredriksen-Goldsen, K. (2017). Disparities in Physical Health Conditions Among Lesbian and Bisexual Women: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Journal of Homosexuality*, 64(1), 32–44. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1174021>
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94–101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
- Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Effect of Sex Steroids on the Bone Health of Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3904–3913. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01642>

- Skerrett, D. M., Kolves, K., & Leo, D. de (2016). Factors Related to Suicide in LGBT Populations. *Crisis*, 37(5), 361–369. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000423>
- Skerrett, D. M., Kolves, K., & Leo, D. de (2017). Pathways to Suicide in Lesbian and Gay Populations in Australia: A Life Chart Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1481–1489. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0827-y>
- Slade, T., Gross, D. P., Niwa, L., McKillop, A. B., & Guptill, C. (2020). Sex and gender demographic questions: improving methodological quality, inclusivity, and ethical administration. *International Journal of Social Research Methodology*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1819518>
- Snow, A., Cerel, J., Loeffler, D. N., & Flaherty, C. (2019). Barriers to Mental Health Care for Transgender and Gender-Nonconforming Adults: A Systematic Literature Review. *Health & Social Work*, 44(3), 149–155. <https://doi.org/10.1093/hswh/hlz016>
- Sobecki-Rausch, J. N., Brown, O., & Gaupp, C. L. (2017). Sexual Dysfunction in Lesbian Women: A Systematic Review of the Literature. *Seminars in Reproductive Medicine*, 35(5), 448–459. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604455>
- Soldati, L., Hirschier, M., & Aubry, J.-M. (2016). Réseau de soins pour patients souffrant de dysphorie de genre. *Revue médicale suisse*, 12(531), 1557–1560. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-531/Reseau-de-soins-pour-patients-souffrant-de-dysphorie-de-genre>
- Stocker, D., Schläpfer, S., Németh, P., Jäggi, J., Liechti, L., & Künzi, K. (2021). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Schlussbericht*. Bern.
- Streed, Carl G., Jr., Harfouch, O., Marvel, F., Blumenthal, R. S., Martin, S. S., & Mukherjee, M. (2017). Cardiovascular Disease Among Transgender Adults Receiving Hormone Therapy A Narrative Review. *Annals of Internal Medicine*, 167(4). <https://doi.org/10.7326/M17-0577>
- Sweileh, W. M. (2018). Bibliometric analysis of peer-reviewed literature in transgender health (1900-2017). *BMC International Health and Human Rights*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0155-5>
- Szücs, D., Köhler, A., Holthaus, M. M., Güldenring, A., Balk, L., Motmans, J., & Nieder, T. O. (2021). Gesundheit und Gesundheitsversorgung von trans Personen während der COVID-19-Pandemie: Eine Online-Querschnittstudie in deutschsprachigen Ländern. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 64(11), 1452–1462. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03432-8>
- Takács, J., Szalma, I., & Bartus, T. (2016). Social Attitudes Toward Adoption by Same-Sex Couples in Europe. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1787–1798. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0691-9>
- Tanini, S., Fisher, A. D., Meattini, I., Bianchi, S., Ristori, J., Maggi, M., & Lo Russo, G. (2019). Testosterone and Breast Cancer in Transmen: Case Reports, Review of the Literature, and Clinical Observation. *Clinical Breast Cancer*, 19(2), E271-E275. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2018.12.006>
- Timmings, L., Rimes, K. A., & Rahman (2017). *Gender Identity Self-Stigma Scale [Measurement instrument]*. Retrieved from <https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/psychology/research/researchgroupings/gender-identity-self-stigma-scale.pdf>
- Tomkins, A., George, R., & Kliner, M. (2019). Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 139(1), 23–33. <https://doi.org/10.1177/1757913918778872>
- Utamsingh, P. D., Kenya, S., Lebron, C. N., & Carrasquillo, O. (2017). Beyond Sensitivity. LGBT Healthcare Training in U.S. Medical Schools: A Review of the Literature. *American Journal of Sexuality Education*, 12(2), 148–169. <https://doi.org/10.1080/15546128.2017.1298070>

- Vaitses Fontanari, A. M., Zanella, G. I., Feijo, M., Churchill, S., Rodrigues Lobato, M. I., & Costa, A. B. (2019). HIV-related care for transgender people: A systematic review of studies from around the world. *Social Science & Medicine* (1982), 230, 280–294. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.016>
- Valentine, S. E., & Shipherd, J. C. (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review*, 66, 24–38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003>
- Van der Helm, J. J., Prins, M., Del Amo, J., Bucher, H. C., Chêne, G., Dorrucchi, M., . . . Geskus, R. B. (2011). The hepatitis C epidemic among HIV-positive MSM: Incidence estimates from 1990 to 2007. *AIDS*, 25(8), 1083–1091. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283471cce>
- Van Sighem, A., Vidondo, B., Glass, T. R., Bucher, H. C., Vernazza, P., Gebhardt, M., . . . Low, N. (2012). Resurgence of HIV infection among men who have sex with men in Switzerland: Mathematical modelling study. *PloS One*, 7(9), e44819. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044819>
- Wahlen, R., Bize, R., Wang, J., Merglen, A., & Ambresin, A.-E. (2020). Medical students' knowledge of and attitudes towards LGBT people and their health care needs: Impact of a lecture on LGBT health. *PloS One*, 15(7), e0234743. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234743>
- Waldis, L., Borter, N., & Rammsayer, T. H. (2020). The interactions among sexual orientation, masculine and feminine gender role orientation, and facets of sociosexuality in young heterosexual and homosexual men. *Journal of Homosexuality*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1717837>
- Wang, J., Dey, M., Soldati, L., Weiss, M. G., Gmel, G., & Mohler-Kuo, M. (2014). Psychiatric disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 29(8), 514–522. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.05.001>
- Wang, J., Häusermann, M., Vounatsou, P., Aggleton, P., & Weiss, M. G. (2007). Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey. *Preventive Medicine*, 44(1), 70–75. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.08.013>
- Wang, J., Häusermann, M., Wydler, H., Mohler-Kuo, M., & Weiss, M. G. (2012). Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: Findings from 3 probability surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 46(8), 980–986. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.04.014>
- Wang, J., Plöderl, M., Häusermann, M., & Weiss, M. G. (2015). Understanding Suicide Attempts Among Gay Men From Their Self-perceived Causes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(7), 499–506. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000319>
- Wao, H., Aluoch, M., Odondi, G. O., Tenge, E., & Iznaga, T. (2016). MSM's Versus Health Care Providers' Perceptions of Barriers to Uptake of HIV/AIDS-Related Interventions: Systematic Review and Meta-Synthesis of Qualitative and Quantitative Evidence. *International Journal of Sexual Health*, 28(2), 151–162. <https://doi.org/10.1080/19317611.2016.1153560>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473–483.
- Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D. S., Schink, S. B., Marcus, U., & Schmidt, A. J. (2019). *EMIS-2017. The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey: Key findings from 50 countries*. Stockholm.
- Weber, P., Gredig, D., Lehner, A., & Nideröst, S. (2019). *European MSM Internet Survey (EMIS-2017): Länderbericht für die Schweiz*. Olten.

- Whitaker, K., Shapiro, V. B., & Shields, J. P. (2016). School-Based Protective Factors Related to Suicide for Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 58(1), 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.008>
- WHO (2014). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. Geneva: World Health Organization.
- Wicki, M., Marmet, S., Studer, J., Epaulard, O., & Gmel Gerhard (2020). *Mental Health Across the Spectrum of Sexual Orientation – a Study Among Young Swiss Men*. Online-Poster (Swiss Public Health Conference 2020). Retrieved from <https://www.unilu.ch/en/faculties/departement-of-health-sciences-and-medicine/events/swiss-public-health-conference-2020/#section=c95677>
- Widmer, A., Regli, D., Frei, L., & Znoj, H. (2014). Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Suizidalität bei homo- und bisexuellen Personen. *Zeitschrift Für Sexualforschung*, 27(3), 220–236. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1385057>
- Wirth, M., Inauen, J., & Steinke, H. (2020). Neue Strategien der HIV-Prävention für „Men who have sex with men“ (MSM): Die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) und eine ethische Evaluierung ihrer Potentiale und Probleme. *Ethik in der Medizin*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00481-020-00589-9>
- Wolff, M., Wells, B., Ventura-DiPersia, C., Renson, A., & Grov, C. (2017). Measuring Sexual Orientation: A Review and Critique of U.S. Data Collection Efforts and Implications for Health Policy. *Journal of Sex Research*, 54(4-5), 507–531. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1255872>
- World Health Organization (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wozolek, B., Wootton, L., & Demlow, A. (2017). The School-to-Coffin Pipeline: Queer Youth, Suicide, and Living the In-Between. *Cultural Studies-Critical Methodologies*, 17(5), 392–398. <https://doi.org/10.1177/1532708616673659>
- Wray, T. B., Grin, B., Dorfman, L., Glynn, T. R., Kahler, C. W., Marshall, B. D. L., . . . Operario, D. (2016). Systematic review of interventions to reduce problematic alcohol use in men who have sex with men. *Drug and Alcohol Review*, 35(2), 148–157. <https://doi.org/10.1111/dar.12271>
- Yıldız, E. (2018). Suicide in sexual minority populations: A systematic review of evidence-based studies. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(4), 650–659. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.003>
- Zahnd, C., Salazar-Vizcaya, L., Dufour, J.-F., Müllhaupt, B., Wandeler, G., Kouyos, R., . . . Keiser, O. (2016). Modelling the impact of deferring HCV treatment on liver-related complications in HIV coinfectd men who have sex with men. *Journal of Hepatology*, 65(1), 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2016.02.030>
- Ziegler, E., Valaitis, R., Carter, N., Risdon, C., & Yost, J. (2020). Primary Care for Transgender Individuals: A Review of the Literature Reflecting a Canadian Perspective. *Sage Open*, 10(3). <https://doi.org/10.1177/2158244020962824>

Annexe

Annexe 1 : Revue de la littérature : keywords (EN, DE, FR, IT), méthodes de recherche et banques de données

Période prise en compte : publications à compter de 2000

Combinaison de termes de recherche : les mots-clés généraux (LGBT, etc.) sont combinés avec chacun des cinq domaines mentionnés dans le postulat de Samira Marti.

Mots-clés en anglais

Banque de données pour la recherche : [Web of Science](#)

Recherche études internationales et suisses

(pour prendre en compte les termes américains et britanniques, ainsi que les termes au singulier et au pluriel, la recherche est effectuée en utilisant les [caractères génériques](#) [*, ?, \$].)

Mots-clés généraux

- Sexual and gender minorities
- LGBT
- gender identity*
- sexual orientation, sexual identit*; sexual preference*
- lesbian, bisexual, gay, homosexual, m?n who have sex with m?n, MSM, transgender, transsexual*, trans\$m?n, trans*wom?n, “female*to*male”, FTM, “male*to*female” “wom?n who have sex with wom?n”. queer, non-binary
- Switzerland; Swiss (für eine spezifische Suche nach Schweizer Studien)

Mots-clés selon les domaines prescrits pour le rapport comparatif sur la santé des personnes LGB ([voir postulat de Samira Marti](#))

1. **Accès aux soins médicaux : généraliste, gynécologie/centre de compétences pour la santé sexuelle, médecine d’urgence, endocrinologie, thérapies psychologiques et psychiatriques**
 - (access to) primary care; primary health care; health care/healthcare access; access to care
 - (access to) ;physician; family doctor, general practitioner, family practitioner; primary care physician
 - (access to) gynecology; women’s doctor; obstetrician-gynecologist; ob-gyn; ob/gyn; obgyn
 - (access to) sex education, sexual counseling
 - (access to) emergency medicine; emergency care; emergency medical services; EMS
 - (access to) endocrinology
 - (access to) psychotherapy; psychological therapies; counseling; emergency psychiatry; psychological trauma therapy;
 - (access to) phoniatriy
 - (access to) plastic surgery
 - (access to) dermatology

-

- Health care discrimination; Inequity in access; inequality in access; Barriers to care
- Health Care Quality
- Health prevention
- Pathologization/pathologisation; homophobia/transphobia in health care
- Screening
- Gate-Keeping

-

2. Autoévaluation de la santé, maladies chroniques, hypertension, diabète, indice de masse corporelle, activité physique

- self-evaluation of health, self-assessment of health, self-rated health, health confidence; burden of disease/ disease burden;
- Chronic condition; chronic disease; Chronic ailment
- Hypertension; high blood pressure
- Diabetes; diabetes mellitus
- BMI; Body mass index; body weight; obesity; adiposity; overweight;
- Exercise, physical activity, sports, training,
- Physical health; well-being/wellbeing; Public health; Health; Disease; Health status; Non communicable disease/NCD; Mortality

3. Santé sexuelle : nombre de partenaires, stratégies de réduction des risques, frottis et mammographies

- Sexual health; Reproductive health
 - Number of (sexual) partners; number of children; Sexual behavior;
 - Sexual risk reduction; Sexual health promotion
 - Cervical screening; mammography
- Sexually transmitted disease/STD; sexually transmitted infection (STI); Sexual dysfunction

4. Consommation de substances : tabac, alcool, autres drogues

- Substance use; Substance use disorder; Substance abuse; Recreational drug use; Drug addiction
- Tobacco; Cigarette use; Smoking
- Alcohol; beer; wine; spirits; alcopops
- Drugs; Cannabis; marijuana; THC; Hallucinogens; Opioids; Cocaine; Narcotics; Methamphetamine; amphetamine; MDMA; Chemsex; sexualised drug use/taking; Poppers

- mental health; emotional/psychological/social/mental well-being; life satisfaction; quality of life; mental disorder; affective disorder; mood disorder; mental illness; phobia; stress; distress; anxiety; stigmatization/stigma; discrimination
- depression; major depressive disorder; MDD; depressive symptoms
- autism; eating disorder; anorexia*; bulimia nervosa; personality disorder(s);
-
- suicide, suicidal ideation; suicidal behavior; suicide attempt; self-mutilation; self-harm; self-injury; suicidal intention
- psychotropic; tranquilizer; sedative; antidepressant; medication ; hormone* ; HRT ; testosterone ; estrogen*

Banques de données pour la recherche : [PubPsych](#), [Swissbib](#)

- LGBT
- Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten
- Geschlechtsidentität
- Sexuelle Orientierung*, sexuelle Identität*, sexuelle Präferenz*
- Lesbisch, schwul, bisexuell, homosexuell, Transgender, Transsex*, queer, non-binary
- Schweiz; Schweizer*(für eine spezifische Suche nach Schweizer Studien)

- (Zugang) Medizinische Grundversorgung; Medizinische Versorgung; Gesundheitswesen
- (Zugang) Hausarzt; Hausärztin
- (Zugang) Gynäkologie; Frauenarzt
- (Zugang) Kompetenzzentrum für sexuelle Gesundheit; sexuelle Gesundheit; Sexualaufklärung
- (Zugang) Notfallmedizin; Notfallversorgung; Rettungsdienst
- (Zugang) Endokrinologie
- (Zugang) Psychotherapie; psychologische/psychiatrische Therapie; psychologische Beratung;
Notfallpsychiatrie; Traumatherapie
- (Zugang) Phoniatrie
- (Zugang) Plastische Chirurgie
- (Zugang) Dermatologie

- Chancengleichheit/Barrieren/Diskriminierung	Gesundheitsversorgung/Gesundheitswesen;
Gesundheitliche Ungleichheit	
- Qualität der Gesundheitsversorgung	
- Gesundheitsförderung und Prävention	
- Screening	

2. **Autoévaluation de la santé, maladies chroniques, hypertension, diabète, indice de masse corporelle, activité physique**
 - Selbsteinschätzung/subjektive Einschätzung der Gesundheit; subjektive Gesundheit
 - Chronische Erkrankungen; chronische Krankheit
 - Bluthochdruck; Hypertonie; Hypertonus; Hypertension
 - Diabetes; Diabetes mellitus; Zuckerkrankheit
 - BMI; Body-Mass-Index; Körpergewicht; Adipositas; Übergewicht; Magersucht;
 - Körperliche Aktivität/Betätigung; Sport; Bewegung; körperliches Training
 - (körperliche) Gesundheit; Wohlbefinden; Gesundheitszustand; Erkrankung*; Krankheit; Öffentliche Gesundheitspflege; Mortalität
3. **Santé sexuelle : nombre de partenaires, stratégies de réduction des risques, frottis et mammographies**
 - Sexuelle Gesundheit; Reproduktionsgesundheit
 - Anzahl der (sexuellen) Partner/innen; Sexualverhalten; Anzahl Kinder
 - (Sexuelle) Risikominderungsstrategien / Gesundheitsförderung; Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen
 - Gebärmutterhalsabstrich; Mammographie; Mammografie
 - Sexuell übertragbare Erkrankungen; Sexuelle Dysfunktion/Funktionsstörungen; STD; STI
4. **Consommation de substances : tabac, alcool, autres drogues**
 - Substanzkonsum; Drogenkonsum; Drogenmissbrauch; Substanzmissbrauch; Freizeitkonsum; Substanzgebrauchsstörung; Drogenabhängigkeit
 - Tabak; Tabakkonsum; Rauchen; Zigarettenrauchen
 - Alkohol; Bier; Wein; Spirituosen; Alcopops
 - Drogen; Cannabis; Marihuana; THC; Halluzinogene; Opioide; Kokain; Betäubungsmittel; Suchtstoffe; Methamphetamin; Amphetamin; MDMA; Chemsex; Poppers
5. **Santé mentale : santé psychique, dépression, tendances suicidaires, consommation de psychotropes**
 - Mentale/Psychische Gesundheit; emotionales/psychisches/soziales Wohlbefinden; Lebenszufriedenheit; psychische Störung; Psychische Erkrankung, affektive Störung; Affektstörung; Phobie; Stress; Distress; Angst; Stigmatisierung/Stigma; Diskriminierung
 - Depression; Major Depression; depressive Episode/Symptome
 - Suizid; Selbstmord; Suizidalität; suizidale Absicht; Suizidgedanken; suizidales Verhalten; Suizidversuch; Selbstmordversuch; selbstverletzendes Verhalten; Selbstverletzung
 - (Einnahme von) Psychopharmaka; Beruhigungsmittel; Tranquilizer; Sedativ; Antidepressiva/-um

Mots-clés en français

Banque de données pour la recherche : [Littérature Scientifique en Santé \(LiSSa\)](#)

Mots-clés généraux

- LGBT
- Minorité sexuelle et de genre
- Identité de genre
- Orientation sexuelle
- Lesbien/lesbienne; bisexuel/bisexuelle; gay; homosexuel/homosexuelle; transgenre; transsexuel

- Suisse (für eine spezifische Suche nach Schweizer Studien)

Mots-clés selon les domaines prescrits pour le rapport comparatif sur la santé des personnes LGB ([voir postulat de Samira Marti](#))

- 1. Accès aux soins médicaux: généraliste, gynécologie/centre de compétences pour la santé sexuelle, médecine d'urgence, endocrinologie, thérapies psychologiques et psychiatriques**
 - (Accès) soins médicaux; soins de santé
 - (Accès) généraliste; médecin; praticien/praticienne
 - (Accès) gynécologie; gynécologue
 - (Accès) centre de compétences pour la santé sexuelle; éducation sexuelle; consultation de santé sexuelle
 - (Accès) médecine d'urgence; aide médicale urgente
 - (Accès) endocrinologie
 - (Accès) thérapies psychologiques et psychiatriques; psychothérapie; aide psychologique ; l'aide psychologique d'urgence; services d'urgences psychiatriques

 - Inégalités de santé ; égalité des chances; barrière; discrimination
 - Qualité des soins médicaux
 - Promotion de la santé; prévention
 - Dépistage

- 2. Autoévaluation de la santé: maladies chroniques, hypertension, diabète, indice de masse corporelle, activité physique**
 - Autoévaluation de la santé; santé subjective
 - Maladie chronique; affection de longue durée; ALD
 - Hypertension; hypertension artérielle; HTA
 - Diabète; diabète sucré
 - Indice de masse corporelle; poids; adiposité; obésité; surpoids; anorexie;
 - Activité physique; exercice physique; sport

 - Santé; bien-être; état de santé; maladie; mortalité

- 3. Santé sexuelle: nombre de partenaires, stratégies de réduction des risques, frottis, mammographies**
 - Santé sexuelle; santé reproductive
 - Nombre de partenaires; comportement sexuel
 - Stratégies de réduction des risques; prévention des infections sexuellement transmissibles
 - Frottis du col de l'utérus; frottis cervical; mammographies
- Infections sexuellement transmissibles; dysfonction sexuelle
- 4. Consommation de substances: tabac, alcool, autres drogues**
 - Consommation de substances; abus de substances; pharmacodépendance; consommation de drogue; toxicomanie
 - Tabac; tabagisme; fumer; consommation de tabac
 - Alcool; bière; vin; spiritueux: prémix; alcopop
 - Drogue; cannabis; marijuana; THC; hallucinogène; opioïde; cocaïne; stupéfiant; méthamphétamine; amphétamine; MDMA; chemsex ; poppers
- 5. Santé mentale: santé psychique, dépression, tendances suicidaires, consommation de psychotropes.**
 - Santé mentale; santé psychique; bien-être émotionnel/psychologique/social; satisfaction dans la vie; trouble psychique; trouble de l'humeur, trouble anxieux; stress; détresse; angoisse; stigmatisation : discrimination
 - Dépression; dépression clinique; dépression majeure
 - Tendances suicidaires; suicide; pensées suicidaires; automutilation
 - Consommation de psychotropes; tranquilisant; sédatif; antidépresseur

Mots-clés en italien

Banque de données pour la recherche : Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche (Ilisi)

Mots-clés généraux

- LGBT
- identità di genere
- Orientamento sessuale
- Lesbico/lesbica; gay; bisessuale; omosessuale, transgender, transessuale; transessualità
- Svizzera; svizzero (für eine spezifische Suche nach Schweizer Studien)

Mots-clés selon les domaines prescrits pour le rapport comparatif sur la santé des personnes LGBT ([voir postulat de Samira Marti](#))

- 1. accesso alla medicina: medico di famiglia, ginecologia/centro di competenza in materia di salute sessuale, medicina d'urgenza, endocrinologia, psicoterapia e terapia psichiatrica;**
 - accesso alla medicina
 - medico di famiglia; medico di base
 - ginecologia; ginecologo/-a

- centro di competenza in materia di salute sessuale; educazione sessuale
- medicina d'urgenza
- endocrinologia
- psicoterapia; terapia psichiatrica

- opportunità nel campo della salute; iniquità di salute
- Promozione della salute & prevenzione

- 2. autovalutazione della salute, malattie croniche, ipertensione, diabete, indice di massa corporea, attività fisica;**
 - Autovalutazione della salute
 - malattie croniche
 - ipertensione; ipertensione arteriosa
 - diabete; Diabete mellito
 - indice di massa corporea; peso del corpo; adiposità; anoressia
 - attività fisica; attività motoria; sport

- stato di salute; condizioni di salute

- 3. salute sessuale: numero di partner, strategie di riduzione dei rischi, striscio cervico-vaginale e mammografia;**
 - salute sessuale; salute riproduttiva
 - numero di partner; comportamento sessuale
 - strategie di riduzione dei rischi
 - striscio cervico-vaginale
 - mammografia

- Malattia sessualmente trasmissibile; disfunzione sessuale

- 4. Consumo di sostanze: tabacco, alcol, altre droghe**
 - Consumo di sostanze/droga; uso di droghe/droga; abuso di stupefacenti/droga; dipendenza da stupefacenti
 - Tabacco; fumare
 - Alcol; birra; vino; liquori; superalcolici; alcopop
 - Droga; cannabis; marijuana; allucinogeno; Oppioide; cocaina; narcotico; metanfetamina; Amfetamina; MDMA

- 5. Salute mentale: salute psichica, depressione, suicidalità, assunzione di psicofarmaci**
 - Salute mentale; benessere emotivo/psichico/sociale; disturbo mentale; disturbi dell'umore; stress; ansia; stigmatizzazione; discriminazione
 - Depressione; Disturbo depressivo; depressione maggiore/clinica
 - Suicidalità; suicidio; tendenza al suicidio; tentativo di suicidio; autolesionismo
 - Psicofarmaco; sedativo; antidepressivo

Annexe 2 : Exemples de concepts/indicateurs et de leur opérationnalisation

Tableau A2.2 : Concepts et groupes de comparaison

Concept		ESS	« LGBT Health »	
Orientation sexuelle	Identité sexuelle	x (uniquement pour le sous-échantillon de l'ESS 2017)	x	Construction de l'indice « orientation sexuelle » (HSH*, FSF*, personnes bi-/pansexuelles)
	Attirance sexuelle	---	x	
	Comportement sexuel	x Groupes de comparaison : personnes hétérosexuelles, gays, lesbiennes, bisexuelles (2007-2017)	x	
Identité de genre	Personnes cis	---	x	Groupe de comparaison (cis, trans/non-binaire)
	Personnes trans/non-binaires	---	x	

Tableau A2.3: Principales caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées et opérationnalisation (ESS, « LGBT Health »)

Caractéristique	Question dans l'ESS	Catégories utilisées ESS	Catégories utilisées « LGBT Health »
Sexe (selon les registres/assigné à la naissance)	Selon les registres	<i>Catégories</i> : homme ; femme	Sexe (assigné à la naissance) – <i>Catégories</i> : homme ; femme ; non-binaire/trans/genderfluid ; intersexe
Identité de genre	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Identité de genre – <i>Catégories</i> : cis ; trans ; non-binaire/genderfluid ; autre
Orientation sexuelle (dimension : identité sexuelle)	Question : « Vous considérez-vous comme : » (uniquement relevé dans l'ESS 2017)	<i>Catégories</i> : hétérosexuel/hétérosexuelle ; gay/lesbienne ; bisexuel/bisexuelle ; autre	Identité sexuelle – <i>Catégories</i> : gay ; lesbienne ; bisexuel ou bisexuelle/pansexuel ou pansexuelle ; hétérosexuel/hétérosexuelle ; asexuel/asexuelle ; autre ; je ne sais pas
Orientation sexuelle (dimension : attirance sexuelle)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Attirance sexuelle : voir questionnaire ; pas de re-catégorisation
Orientation sexuelle (dimension : comportement sexuel)	Question : « Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu des rapports sexuels... » <i>Réponses possibles</i> : uniquement avec des hommes ; essentiellement avec des hommes, mais aussi avec au moins une femme ; avec à peu près autant d'hommes que de femmes ; essentiellement avec des femmes, mais aussi avec au moins un homme ; uniquement avec des femmes ; pas de rapport sexuel au cours des 5 dernières années	<i>Catégories</i> : hétérosexuel/hétérosexuelle ; gay ; lesbienne ; bisexuel/bisexuelle	Comportement sexuel : voir questionnaire ; pas de re-catégorisation

		(La question n'était pas limitée aux 5 dernières années dans l'ESS 2012)		
Indice : orientation sexuelle	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	3 groupes : HSH* ; FSF* ; personnes bi-/pansexuelles (voir annexe 3)	
Statut relationnel	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Statut relationnel – <i>Catégories</i> : sans partenaire stable ; avec partenaire stable ; autre type de relation (complété ici par les catégories suivantes : relation libre/polyamour, anarchie relationnelle et amitié+)	
État civil	Selon les registres	Catégories : célibataire, marié, veuf, divorcé (2017 : ajout du partenariat enregistré)	État civil : voir questionnaire ; pas de re-catégorisation	

Tableau A2.4 : Indicateurs « Activité physique » et leur opérationnalisation

Indicateur	Libellé de la question ESS	Catégories utilisées ESS	Catégories utilisées « LGBT Health »
Activité physique intensive	Question : « Pendant vos loisirs, avez-vous au moins une fois par semaine une activité physique qui vous fait transpirer comme par ex. la course à pied, faire du vélo, faire du sport, etc. ? » <i>Réponses possibles : oui ; non ; pas de réponse</i>	Activité physique intensive <i>Catégories : oui ; non</i>	Activité physique intensive <i>Catégories : oui ; non</i>
Activité physique intensive	Question : « En moyenne, combien de jours par semaine ? »	<i>Catégories : moins d'une fois par mois ; environ 1 à 3 fois par mois ; environ 1 fois par semaine ; plusieurs fois par semaine ; tous les jours ou presque</i>	Activité physique intensive <i>Catégories : aucune ; 1 ou 2 jours ; 3 jours ou plus</i>
Activité physique (pandémie de COVID-19)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	« Question de contrôle Corona » (voir questionnaire) <i>Catégories : moins souvent ; aussi souvent ; plus souvent</i>
Trajets à pied/à vélo	Question : « Habituellement, comment vous déplacez-vous lorsque vous vous rendez quelque part (à l'aller et au retour), par exemple pour vous rendre au travail, à l'école, pour faire les commissions ou aller au marché, pour sortir ? » a) En transports publics b) Avec un véhicule à moteur	Mode de déplacement habituel : à pied ou à vélo Mode de déplacement habituel : TP/véhicule motorisé (pas à pied ou à vélo)	<i>Catégories : motorisé ; à pied/à vélo ; autre</i>

	c) À vélo d) À pied <i>Réponses possibles : coché ; non coché</i> <i>Remarque concernant la comparabilité : la comparaison entre 2012 et 2017 n'est possible que de façon limitée.</i>		
--	---	--	--

Tableau A2.5 : Indicateurs « Soutien social et solitude » et leur opérationnalisation

Indicateur	Libellé de la question ESS	Catégories utilisées ESS	Catégories utilisées « LGBT Health »
Soutien social (échelle d'Oslo)⁶⁷¹	1^{re} question : « Combien de personnes vous sont suffisamment proches pour que vous puissiez compter sur elles en cas de problèmes personnels sérieux ? » <i>Réponses au choix : 0 ; 1-2 ; 3-5 ; 6</i> 2^e question : « Dans quelle mesure les gens montrent-ils de l'intérêt pour ce que vous faites ? » <i>Réponses au choix : beaucoup ; assez ; plus ou moins ; peu ; pas du tout (2012, 2017 ; la formulation était différente dans les deux versions du questionnaire en allemand)</i>	<i>Construction de l'indice selon l'OFS (2020)⁶⁷²</i> <i>Catégories :</i> - faible (valeurs comprises entre 3 et 8) - moyen (valeurs comprises entre 9 et 11) - fort (valeurs comprises entre 12 et 14)	<i>Construction de l'indice selon l'OFS (2020)⁶⁷³</i> <i>Catégories :</i> - faible (valeurs comprises entre 3 et 8) - moyen (valeurs comprises entre 9 et 11) - fort (valeurs comprises entre 12 et 14)

⁶⁷¹ « Cet indice se base sur une échelle construite à partir de 3 questions (Oslo-3, *social support scale*) utilisées dans un cadre international. Les questions servant à construire cet indice sont reprises de EHIS (*European Health Interview System*). » (OFS, voir BfS 2020, p. 73).

⁶⁷² Pour le calcul permettant l'obtention d'un score ; disponible à l'adresse <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/7566867/master>

⁶⁷³ Voir également : <https://bmcpyschology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-018-0249-9>

	3^e question : « Pouvez-vous facilement obtenir de l'aide de vos voisins en cas de besoin ? » <i>Réponses au choix : très facilement ; facilement ; possible ; difficilement ; très difficilement</i> <i>Remarque concernant la comparabilité : la comparaison entre 2012 et 2017 est limitée du fait de la modification de l'énoncé d'une question.</i>		
Solitude	Question : « À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir seul(e) ? Cela vous arrive-t-il... » <i>Réponses au choix : très souvent ; assez souvent ; parfois ; jamais</i>	<i>Catégories : jamais ; parfois ; assez/très souvent</i>	<i>Catégories : jamais ; parfois ; assez/très souvent</i>

Tableau A2.6 : Indicateurs « Niveau psychologique » et leur opérationnalisation

Caractéristique	Libellé de la question ESS	Catégories utilisées ESS	Catégories utilisées « LGBT Health »
Importance de la santé	Question : « Quelle importance revêt la santé pour vous ? Voici trois opinions différentes, indiquez s'il vous plaît laquelle correspond le mieux à votre propre opinion. »	<i>Catégories : je vis sans me préoccuper particulièrement des conséquences sur mon état de santé ; mon style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de ma santé ; des considérations relatives à ma santé déterminent dans une large mesure ma manière de vivre</i>	<i>Catégories : je vis sans me préoccuper particulièrement des conséquences sur mon état de santé ; mon style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de ma santé ; des considérations relatives à ma santé déterminent dans une large mesure ma manière de vivre</i>

Auto-efficacité générale	Question : « Pour chaque affirmation, veuillez indiquer dans quelle mesure elle vous correspond. » (ESS 2017) a) Dans des situations difficiles, je peux compter sur mes propres capacités b) Je peux résoudre la plupart des problèmes tout(e) seul(e) c) En général, je suis capable de venir à bout des tâches même compliquées et pénibles <i>Réponses au choix : ne correspond pas du tout ; ne correspond plutôt pas ; correspond en partie et en partie pas ; correspond plutôt ; correspond totalement</i>	Construction de l'indice selon l'OFS (2019) : Catégories : basse ; moyenne ; élevée	Construction de l'indice selon l'OFS (2019) : Catégories : basse ; moyenne ; élevée
Coping résilient	Question : « Pour chaque affirmation, veuillez indiquer dans quelle mesure elle vous correspond. » (ESS 2017) a) J'essaie de trouver le moyen de venir à bout de situations difficiles b) Quoi qu'il m'arrive, je crois que j'arrive à maîtriser mes réactions c) Je pense que je peux progresser si je me confronte à des situations difficiles	Catégories : bas ; moyen ; élevé	Catégories : bas ; moyen ; élevé

	d) Je cherche activement des moyens de compenser les pertes que j'ai subies dans ma vie <i>Réponses au choix</i> : ne correspond pas du tout ; ne correspond plutôt pas ; correspond en partie et en partie pas ; correspond plutôt ; correspond totalement		
Sentiments de maîtrise interne et externe	Question : « Si vous pensez aux expériences faites dans votre vie, êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ? » a) Je n'arrive pas à surmonter certains de mes problèmes b) J'ai parfois l'impression d'être ballotté(e) dans tous les sens c) J'ai le sentiment d'avoir peu de contrôle sur ce qui m'arrive d) Je me sens souvent submergé(e) par les problèmes <i>Réponses au choix</i> : tout à fait d'accord ; plutôt d'accord ; pas vraiment d'accord ; pas du tout d'accord	Construction de l'indice selon l'OFS (2019) : <i>Catégories</i> : faible, moyen, fort	Construction de l'indice selon l'OFS (2019) : <i>Catégories</i> : faible, moyen, fort

Tableau A2.7 : Indicateurs « Santé psychique » et leur opérationnalisation

Indicateur	Libellé de la question ESS	Catégories utilisées ESS	Catégories utilisées « LGBT Health »
Satisfaction dans la vie	Question : « J'aimerais savoir à présent comment vous considérez votre qualité de vie en général ? »	<i>Catégories</i> : très bonne ; bonne ; ni bonne ni mauvaise ; mauvaise ; très mauvaise	<i>Catégories</i> : très bonne ; bonne ; ni bonne ni mauvaise ; mauvaise ; très mauvaise
Bien-être psychique	(1) <i>Énergie et vitalité</i> Question (questionnaire écrit) : « Comment vous êtes-vous senti(e) ces 4 dernières semaines ? » a) Plein(e) de vitalité b) Plein(e) d'énergie c) Épuisé(e) d) Fatigué(e) <i>Réponses au choix</i> : tout le temps ; la plupart du temps ; parfois ; rarement ; jamais	Construction de l'indice selon l'OFS (2019) : <i>Catégories</i> : faible ; moyenne ; forte	Construction de l'indice selon l'OFS (2019) : <i>Catégories</i> : faible ; moyenne ; forte
	(2) <i>Détresse psychologique</i> Question : « Je vais vous citer différents états émotionnels. Pour chacun d'eux, dites-moi si vous vous êtes senti(e) dans cet état tout le temps, la plupart du temps, parfois, rarement ou jamais au cours des 4 dernières semaines : » 1) Très nerveux/nerveuse	Construction de l'indice selon l'OFS (2019) : <i>Catégories</i> : basse, moyenne, élevée	Construction de l'indice selon l'OFS (2019) : <i>Catégories</i> : aucune/basse, moyenne, élevée

	2) Avoir un cafard tel que rien ne pouvait vous remonter le moral 3) Calme et paisible 4) Abattu(e) et déprimé(e) 5) Heureux/heureuse <i>Réponses au choix</i> : tout le temps ; la plupart du temps ; parfois ; rarement ; jamais		
Dépression	1^{re} question : « Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e) ? » a) Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses b) Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e) c) Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop d) Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie e) Avoir peu d'appétit ou manger trop f) Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), de s'être déçu(e) soi-même ou d'avoir déçu sa famille g) Avoir du mal à se concentrer, par exemple en lisant le journal ou en regardant la télévision h) Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu plus de mal que d'habitude à tenir en place	Question 1 : Construction de l'indice selon l'OFS (2019) Symptômes dépressifs (dépression majeure) <i>Catégories</i> : aucune/minime ; légère ; modérée ; (modérément) grave	Question 1 (voir ESS) : Symptômes dépressifs <i>Catégories</i> : aucune/minime ; légère ; modérée ; (modérément) grave

	i) Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre <i>Réponses au choix</i> : jamais ; plusieurs jours ; plus de la moitié des jours ; presque tous les jours 2^e question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une des maladies ou problèmes de santé suivants ? » i) Dépression <i>Réponses au choix</i> : oui ; non	Question 2 : <i>Catégories</i> : oui ; non	Question 2 (voir ESS) Dépression (12 derniers mois) : <i>Catégories</i> : oui ; non
Troubles de l'alimentation	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	<i>Catégories</i> : oui ; non
TDAH	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	<i>Catégories</i> : oui ; non
Comportement d'automutilation	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	<i>Catégories</i> : oui ; non
Suicidalité	1^{re} question : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà tenté de vous suicider ? » (ESS 2017) <i>Réponses au choix</i> : oui ; non 2^e question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous tenté de vous suicider ? » (ESS 2017)	<i>Catégories</i> : oui ; non <i>Catégories</i> : oui ; non	(1) Tentatives de suicide (vie entière) : <i>catégories</i> : oui ; non (2) Nombre de tentatives de suicide (vie entière) : <i>catégories</i> : jamais, une fois, plus d'une fois (3) Tentatives de suicide (12 derniers mois) ; <i>catégories</i> : oui ; non

	<i>Réponses au choix : oui ; non</i> 3^e question : « Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e) ? » i) Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	Pensées suicidaires – <i>Catégories</i> : jamais ; plusieurs jours ; plus de la moitié des jours ; presque tous les jours	(4) Pensées suicidaires : <i>catégories</i> : jamais ; plusieurs jours ; plus de la moitié des jours ; presque tous les jours (5) Âge de la personne lors de la 1^{re} tentative de suicide ; <i>catégories</i> selon les phases de développement : petite enfance (2 à 5 ans), enfance moyenne (6 à 11 ans), adolescence (12 à 17 ans), début de l'âge adulte (18 à 39 ans), âge adulte moyen (40 à 64 ans), âge adulte avancé (65 ans et plus)
Démarche de recours à une aide Tentatives de suicide	Question : « Suite à votre tentative de suicide, en avez-vous parlé à quelqu'un ? »	<i>Catégories</i> : à quelqu'un de l'entourage personnel ; à un médecin ou un professionnel de la santé ; non, à personne	<i>Catégories</i> : à personne ; à quelqu'un de l'entourage personnel ; à un médecin ou un professionnel/une professionnelle de la santé ; avec un ou une spécialiste du domaine psychosocial ; avec les membres d'un groupe de soutien

Annexe 3 : Constitution des groupes « Orientation sexuelle »

Dans leur étude, Wicki, Marmet, Studer, Epaulard et Gmel Gerhard (2020) ont pu montrer pour la Suisse également qu'il est important dans la recherche sur les minorités sexuelles de ne pas procéder à une répartition en deux ou trois groupes distincts (p. ex. personnes hétérosexuelles, homosexuelles et bisexuelles), qui masque les différences au sein des groupes. À l'aide de l'échelle de Kinsey réduite, ils ont ainsi pu mettre en évidence que ce sont les hommes principalement hétérosexuels, bisexuels ou principalement homosexuels qui portent le plus lourd fardeau en matière de détresse psychologique, à l'inverse des hommes hétérosexuels, qui ont la charge la plus faible. Wicki et al. (2020) ont mesuré la dimension de l'attraction sexuelle au moyen de l'échelle de Kinsey. L'enquête « LGBT Health » n'a pas repris cette classification dans la question portant sur l'attraction (« Les gens diffèrent en termes d'attraction sexuelle pour les autres. Laquelle décrit le mieux vos sentiments ? »), car l'échelle de Kinsey repose sur une conception binaire du genre et n'est pas adaptée, par exemple, aux personnes non-binaires.

L'opérationnalisation de l'orientation sexuelle a été traitée dans différentes publications méthodologiques (Bailey et al., 2016 ; Patterson, Jabson et Bowen, 2017 ; Savin-Williams, 2016 ; Schrager, Steiner, Bouris, Macapagal et Brown, 2019 ; Wolff, Wells, Ventura-DiPersia, Renson et Grov, 2017). Bailey et al. (2016) proposent une vue d'ensemble des possibilités de mesure qui existent à ce jour (répliquée par Savin-Williams, 2016). Les trois grandes dimensions de l'orientation sexuelle (identité, attraction, comportement) y sont mises en évidence, comme chez Fredriksen-Goldsen et al. (2014, p. 2). Cependant, ces trois dimensions n'ont jusqu'ici été effectivement relevées que dans une minorité d'études (14 %) (Patterson et al., 2017). Cette approche serait pourtant importante, car l'identité sexuelle, l'attraction sexuelle et le comportement sexuel ne sont pas toujours nécessairement alignés. Ainsi, par exemple, une femme qui a majoritairement des femmes pour partenaires sexuelles et se désigne comme lesbienne peut tout à fait avoir occasionnellement des rapports sexuels avec un homme. La conceptualisation tridimensionnelle de l'orientation sexuelle prend en considération le fait que celle-ci semble être bien plus variable et complexe que l'on ne l'avait supposé jusqu'alors (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Pour en tenir compte, nous avons ajouté dans l'enquête complémentaire – sous une forme quelque peu réduite – des questions portant sur les trois indicateurs et constitué un indice « Orientation sexuelle » au moyen d'une analyse de cluster en deux étapes. Les trois groupes ainsi formés peuvent être décrits comme suit :

Le **premier cluster** comprend majoritairement des femmes (sexe assigné à la naissance) (86,1 %) et principalement des personnes cis (70,9 %). Plus des trois quarts des personnes s'identifiaient comme lesbiennes (76,2 %) et 18 % comme bisexuelles. Par conséquent, presque toutes les personnes du cluster 1 se sentaient attirées par les femmes (90,9 %) et 21 % (aussi) par les personnes trans/non-binaires. Au cours des 5 années précédant l'enquête, 68 % avaient également eu des rapports sexuels principalement ou seulement avec des femmes. Sur cette période, 16 % n'avaient pas eu de rapport sexuel. Étant donné que ce cluster est majoritairement composé de personnes qui se définissent en tant que femmes et ont (aussi) des rapports sexuels avec des femmes, il est désigné par l'acronyme **FSF***, l'astérisque exprimant le fait qu'il inclut non seulement des personnes cis, mais aussi des personnes trans et non-binaires.

À l'inverse, le **deuxième cluster** est presque exclusivement constitué d'hommes (sexe assigné à la naissance) (93,9 %) qui se définissent aussi en tant qu'hommes (91,1 % de personnes cis). Au total, 96 % s'identifiaient comme gays et tous se sentaient attirés par les hommes. Par conséquent, 94 % avaient également eu au cours des 5 années précédant l'enquête des rapports sexuels principalement ou seulement avec des hommes, et seulement 4 % ont indiqué ne pas avoir eu de rapports sur cette période. Du fait de sa composition, ce cluster est désigné par l'acronyme **HSH***.

Le **troisième cluster** est plus diversifié que les deux autres : il est constitué de 75 % de femmes et d'environ un quart d'hommes (sexe assigné à la naissance), dont 64 % de personnes cisgenres et donc plus d'un tiers de personnes transgenres et non-binaires. La majorité de ces personnes se sont décrites comme bi-/pansexuelles ; la quasi-totalité d'entre elles se sentaient attirées par les femmes (99,6 %), toutes aussi par les hommes et 74 % (aussi) par les personnes trans/non-binaires. De ce fait, les personnes du troisième cluster avaient eu des rapports sexuels avec des femmes, des hommes et/ou des personnes trans/non-binaires au cours des 5 dernières années. Au vu de ces informations, ce cluster a été désigné en tant que « **personnes bi-/pansexuelles** ».

Annexe 4 : Tableaux complémentaires

Tableau A4.1 : Dépression (prévalence sur un an) (n = 1129) : coefficients de modélisation et tailles d'effet

	Intervalle de confiance à 95 % pour l'OR						
	B	SE	Wald	p	OR	Valeur inférieure	Valeur supérieure
Sexe (masculin) (assigné à la naissance)	-,107	,303	,125	,724	,898	,496	1,628
Âge (30 à 49 ans)	-,386	,167	5,316	,021	,680	,490	,944
Âge (50 ans et plus)	-,894	,229	15,216	< ,001	,409	,261	,641
Groupe de comparaison : femmes cis lesbiennes	-1,404	,260	29,204	< ,001	,246	,148	,409
Groupe de comparaison : hommes cis gays	-,998	,290	11,848	< ,001	,369	,209	,651
Groupe de comparaison : personnes bisexuelles	-1,021	,275	13,758	< ,001	,360	,210	,618
Discrimination (dans d'autres situations, prévalence-vie-entière)	,662	,171	15,029	< ,001	1,938	1,387	2,708
Homonégativité intériorisée	-,040	,283	,020	,887	,961	,552	1,673
Soutien social (moyen à fort)	-1,622	,247	43,226	< ,001	,198	,122	,320
Auto-efficacité générale (élevée)	-1,402	,189	54,993	< ,001	,246	,170	,357
Constante	2,531	,435	33,818	< ,001	12,571		

Tableau A4.2 : Dépression (prévalence sur un an) (n = 1115) : coefficients de modélisation et tailles d'effet

	B	SE	Wald	p	OR	Intervalle de confiance à 95 % pour l'OR	
						Valeur inférieure	Valeur supérieure
Sexe (masculin) (assigné à la naissance)	,324	,263	1,514	,219	1,382	,825	2,315
Âge (30 à 49 ans)	-,433	,165	6,874	,009	,648	,469	,896
Âge (50 ans et plus)	-,932	,227	16,818	< ,001	,394	,252	,615
Groupe de comparaison : FSF*	-,334	,223	2,238	,135	,716	,462	1,109
Groupe de comparaison : HSH*	-,638	,281	5,173	,023	,528	,305	,916
Discrimination (dans d'autres situations, prévalence-vie-entière)	,747	,168	19,702	< ,001	2,112	1,518	2,937
Homonégativité intériorisée	-,001	,280	,000	,998	,999	,578	1,730
Soutien social (moyen à fort)	-1,774	,244	52,675	< ,001	,170	,105	,274
Auto-efficacité générale (élevée)	-1,375	,185	55,305	< ,001	,253	,176	,363
Constante	1,823	,408	19,982	< ,001	6,188		

Le modèle de régression était statistiquement significatif, $\chi^2(9) = 207,268$, $p < ,001$, avec une part de variance expliquée acceptable, d'un R^2 de Nagelkerke = ,245 (selon Backhaus et al. [2003]). Le pourcentage global de classification correcte était de 77,8 %, avec une sensibilité de 39,7 % et une spécificité de 92,4 %.

Tableau A4.3 : Tentatives de suicide (prévalence-vie-entière) (n = 1085) : coefficients de modélisation et tailles d'effet

	Intervalle de confiance à 95 % pour l'OR						
	B	SE	Wald	p	OR	Valeur inférieure	Valeur supérieure
Sexe (masculin) (assigné à la naissance)	,026	,350	,005	,942	1,026	,516	2,038
Âge (30 à 49 ans)	-,344	,212	2,633	,105	,709	,468	1,074
Âge (50 ans et plus)	-,023	,272	,007	,932	,977	,573	1,666
Groupe de comparaison : femmes cis lesbiennes	-,064	,300	,046	,830	,938	,521	1,687
Groupe de comparaison : hommes cis gays	-,583	,340	2,944	,086	,558	,287	1,086
Groupe de comparaison : personnes bisexuelles	-,470	,338	1,933	,164	,625	,322	1,213
Discrimination (dans d'autres situations, prévalence-vie-entière)	,466	,223	4,351	,037	1,594	1,029	2,470
Homonégativité intériorisée	-,124	,337	,135	,713	,883	,457	1,709
Soutien social (moyen à fort)	-,549	,265	4,297	,038	,578	,344	,971
Auto-efficacité générale (élevée)	-,627	,217	8,362	,004	,534	,349	,817
Dépression (oui, 12 derniers mois)	1,666	,208	64,306	< ,001	5,290	3,521	7,948
Constante	-1,217	,516	5,554	,018	,296		

Tableau A4.4 : Tentatives de suicide (prévalence-vie-entière) (n = 1073) : coefficients de modélisation et tailles d'effet

	Intervalle de confiance à 95 % pour l'OR						
	B	SE	Wald	p	OR	Valeur inférieure	Valeur supérieure
Sexe (masculin) (assigné à la naissance)	,040	,302	,018	,894	1,041	,576	1,881
Âge (30 à 49 ans)	-,443	,214	4,291	,038	,642	,423	,976
Âge (50 ans et plus)	-,123	,273	,202	,653	,885	,518	1,511
Groupe de comparaison : FSF*	663	,285	4,931	,026	1,883	1,077	3,291
Groupe de comparaison : HSH*	,035	,354	,010	,921	1,036	,518	2,072
Discrimination (dans d'autres situations, prévalence-vie-entière)	,501	,222	5,074	,024	1,650	1,067	2,551
Homonégativité intériorisée	-,105	,336	,098	,754	,900	,466	1,739
Soutien social (moyen à fort)	-,601	,268	5,014	,025	,548	,324	,928
Auto-efficacité générale (élevée)	-,677	,217	9,751	,002	,508	,332	,777
Dépression (oui, 12 derniers mois)	1,687	,205	67,500	< ,001	5,405	3,614	8,084
Constante	-1,720	,507	11,487	< ,001	,179		

Le modèle de régression était statistiquement significatif, $\chi^2(10) = 177,554$, $p < ,001$, avec une part de variance expliquée acceptable, d'un R^2 de Nagelkerke = ,263 (selon Backhaus et al. [2003]). Le pourcentage global de classification correcte était de 86,5 %, avec une sensibilité de 22,0 % et une spécificité de 98,5 %.

Annexe 5 : Questionnaire « LGBT Health » (version française)

Fragebogen

1 Sprachauswahl (s.1)

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie!

Merci de l'intérêt que vous portez à notre enquête !

Grazie per il suo interesse per il nostro studio!

Thank you for your interest in our study!

Bitte wählen Sie Ihre Sprache:

Choisissez votre langue s'il vous plaît :

Per favore seleziona la sua lingua:

Choose your language please:

- ☐ Deutsch
- ☐ Français
- ☐ Italiano
- ☐ English

2 Info Studienteilnahme 1 (s.2 & 3)

Veuillez participer à cette enquête si...

... votre domicile légal est en Suisse,

... vous avez 15 ans ou plus et

... vous vous considérez comme lesbienne, gay, bisexuel-le-x, queer, non-binaire et/ou trans. Toutes autres désignations sont incluses.

(explication acronyme LGBT)

3 Info Studienteilnahme 2 (s. 4)

Combien de temps dure l'enquête ?

Il ne devrait pas vous falloir plus de **30 minutes** pour remplir le questionnaire.

Vous pouvez interrompre l'enquête à tout moment et la reprendre plus tard. Vous pouvez utiliser les boutons « Suivant » et « Retour » pour revenir en arrière ou continuer dans le questionnaire. Veuillez ne pas utiliser le bouton « Retour » de votre navigateur Internet à cette fin.

Étant donné que l'étude comparera également la situation sanitaire et l'accès aux soins des personnes LGBT par rapport au reste de la population, de nombreuses questions sont assez générales. Néanmoins, nous vous demandons de répondre également à ces questions.

Qu'advient-il de mes données ?

L'enquête est **anonyme** et la participation est **facultative**. Vous ne subirez aucun désavantage si vous ne participez pas. Aucune évaluation ne sera faite au niveau des individus, de sorte qu'aucune conclusion sur votre personne ne sera possible. Vous avez également la possibilité de retirer votre consentement à l'évaluation de vos réponses jusqu'à 4 semaines après votre participation. Dans ce cas, vos données seront sup de l'ensemble des données. Pour que cela soit possible, nous vous demandons à la page suivante un code d'identification que vous devez vous-même créer.

4 Info Studienteilnahme 3 (s. 5)

Possibilité de retirer le consentement au traitement des données

Vous avez jusqu'à 4 semaines après votre participation à l'étude pour retirer votre consentement au traitement de vos données.

Si vous retirez votre consentement, nous supprimerons vos données de l'ensemble des données de l'étude !

Pour que nous puissions trouver les données que nous devons supprimer, nous avons besoin d'un code d'identification que vous devez vous-même créer.

Création du code d'identification à 5 chiffres

Veuillez choisir votre propre code d'identification à 5 chiffres dont vous pourrez facilement vous souvenir. Il peut être composé de chiffres et/ou de lettres, par exemple TU67I.

Votre code d'identification

Si vous souhaitez retirer votre consentement au traitement des données, veuillez contacter l'équipe du projet à la Haute école spécialisée de Lucerne – Travail social (lgbt-sante@hslu.ch) en utilisant ce code.

5 Info Studienteilnahme 4 (s. 6)

Le questionnaire commencera dès que vous aurez accepté de participer à l'étude et à l'analyse anonyme de vos données.

En cliquant sur « Oui », vous déclarez que vous avez au moins 15 ans et que vous acceptez de participer à l'étude et à l'analyse anonyme de vos réponses.

- ☐ oui
- ☐ non

6.1 Ende Keine Einwilligung

Merci de votre intérêt pour cette étude. Si vous changez d'avis et souhaitez tout de même participer à l'enquête, vous pourrez le faire à une date ultérieure.

7.1 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 7)

Ière partie : Données personnelles anonymisées

Dans ce qui suit, nous vous demandons de fournir quelques informations anonymes sur vous-même.

1. Quel âge avez-vous (en années) ?

J'ai ans.

2. Quel est le sexe qui vous a été assigné à la naissance ?

Veillez sélectionner une seule des réponses suivantes.

- ☐ femme
- ☐ homme
- ☐ autre, à savoir :

3. Aujourd'hui, vous diriez que vous êtes...

Veillez sélectionner une seule des réponses suivantes.

- ☐ ...un homme.
- ☐ ...une femme.
- ☐ ...une personne non-binaire.
- ☐ ... autre. Veuillez indiquer comment vous vous définissez :
- ☐ Je ne suis pas sûr e x.

7.2 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 8)

4. Aujourd'hui, vous diriez que vous êtes...

Veillez sélectionner une seule des réponses suivantes.

- ☐ ...gay.
- ☐ ...lesbienne.
- ☐ ...bisexuel le x.
- ☐ ...hétérosexuel le x.
- ☐ ...autre, veuillez préciser comment vous définissez
- ☐ je ne sais pas

5. Les gens différent en termes d'attirance sexuelle pour les autres. Laquelle décrit le mieux vos sentiments ?

Veillez sélectionner toutes les réponses qui vous concernent.

Vous sentez-vous...

- ☐ ...attiré-e-x par les femmes.
- ☐ ...attiré-e-x par les hommes.
- ☐ ...attiré-e-x par les personnes non-binaires.
- ☐ Je ne suis attiré-e-x par personne.

- ☐ Je ne suis pas sûr e x.
- ☐ pas de réponse

7.3 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 9)

6. J'entretiens actuellement une relation stable avec...

- ☐ ...un-e-x partenaire.
- ☐ ...plusieurs partenaires.
- ☐ Je suis dans un autre type de relation, à savoir (veuillez décrire brièvement dans quel type de relation vous vivez actuellement)
- ☐ Ne s'applique pas, je n'entretiens aucune relation.
- ☐ pas de réponse

7.4.1 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 10)

6.1 Quelle est l'identité de genre de votre/vos partenaire(s) ?

Si vous entretenez une relation avec plus d'un partenaire, veuillez indiquer l'identité de genre de tous vos partenaires.

(Veuillez cocher toutes les réponses appropriées !)

- ☐ Femme cisgenre
- ☐ Homme cisgenre
- ☐ homme trans (homme assigné au sexe féminin à la naissance)
- ☐ femme trans (femme assignée au sexe masculin à la naissance)
- ☐ genderqueer / non-binaire
- ☐ autre(s) identité(s) de genre, à savoir

7.5 Standardseite I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 11)

7. Au cours des 5 dernières années (2016–aujourd’hui), avez-vous eu des rapports sexuels...

Veuillez sélectionner une seule des réponses suivantes.

- ☐ ...seulement avec des hommes.
- ☐ ...principalement avec des hommes, mais aussi avec au moins une femme.
- ☐ ...avec autant d'hommes que de femmes.
- ☐ ...principalement avec des femmes, mais aussi avec au moins un homme.
- ☐ ...seulement avec des femmes.
- ☐ ...principalement avec des personnes non-binaires, mais aussi avec au moins une femme.
- ☐ ...principalement avec des personnes non-binaires, mais aussi avec au moins un homme.
- ☐ ...seulement avec des personnes non-binaires.
- ☐ ... avec autant de personnes non-binaires que de personnes
- ☐ Je n'ai pas eu de rapport sexuel au cours des 5 dernières années.
- ☐ pas de réponse

7.6 Standardseite I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 12)

8. État civil : êtes-vous actuellement...

Veuillez sélectionner une seule des réponses suivantes.

- ☐ ...célibataire.
- ☐ ...lié-e-x par un partenariat enregistré.
- ☐ ...partenariat enregistré dissous (le partenariat enregistré en vertu de la loi sur les partenariats a été dissous).
- ☐ ...marié-e-x.

- ☐ ...veuf veuve.
- ☐ ...divorcé-e-x.
- ☐ pas de réponse

9. Comment vivez-vous actuellement ?

- ☐ Je vis seul-e-x.
- ☐ Je vis avec mon-ma/mes partenaire(s) (sans enfants).
- ☐ Je vis avec mon-ma/mes partenaire(s) (avec enfant[s]).
- ☐ Je vis seul-e-x (avec enfant[s]).
- ☐ Je vis en colocation.
- ☐ Ma famille vit avec une ou plusieurs autres familles dans un même foyer.
- ☐ Je vis chez mes parents/chez mon parent.
- ☐ Autre situation de logement.
- ☐ pas de réponse

7.7 Standardseite I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 13)

10. Niveau de formation le plus élevé : Quelle est la dernière école ou formation que vous avez suivie ?

Veillez sélectionner une seule des réponses suivantes.

- ☐ Je ne suis pas allé-e-x à l'école.
- ☐ Je suis encore à l'école et je n'ai pas (encore) terminé l'enseignement obligatoire (y compris la 9e année, niveau secondaire inférieur).
- ☐ Je n'ai terminé que l'enseignement obligatoire (y compris la 9e année, l'école secondaire inférieure).
- ☐ J'ai terminé en dernier lieu une formation d'un an, par exemple 10e année scolaire, école professionnelle, préapprentissage, école de langues avec certificat, apprentissage de l'économie domestique, cours de transition.
- ☐ J'ai terminé en dernier lieu une formation professionnelle initiale ou une formation d'au moins 2 ans (p. ex. attestation fédérale de formation professionnelle [AFP]/apprentissage, école de commerce [2 ans], école de culture générale [ECG], école administrative, certificat fédéral de capacité [CFC], maturité gymnasiale, baccalauréat professionnel ou supérieur).
- ☐ J'ai terminé en dernier lieu une formation professionnelle supérieure avec un certificat fédéral de capacité ou un diplôme fédéral (ou une maîtrise fédérale) ou une haute école spécialisée (HES) (par exemple, école technique, école d'ingénieurs EST).
- ☐ J'ai obtenu en dernier lieu un diplôme d'une haute école spécialisée (HES), d'une haute école pédagogique (HEP) ou d'une université/de l'EPF (p. ex. bachelor, master, doctorat, doctorat d'État).
- ☐ Je ne sais pas.
- ☐ pas de réponse

7.8 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 14)

11. Dans quel canton habitez-vous ?

Veillez sélectionner la réponse appropriée dans la liste !

AG

AR

AI

BL

BS

BE

FR

GE

GL

GR

JU

LU

NE

NW

OW

SH

SZ

SO

SG

TI

TG

UR

VD

VS

ZG

ZH

12. Quels sont les deux premiers chiffres de votre code postal ?

Veillez sélectionner la réponse appropriée dans la liste !

10XX

11XX

12XX

13XX

14XX

15XX

16XX

17XX

18XX

19XX

20XX

21XX

22XX

23XX

24XX

25XX

26XX

27XX

28XX

29XX

30XX

31XX

32XX

33XX

34XX

35XX

36XX

37XX

38XX

39XX

40XX

41XX

42XX

43XX

44XX

45XX

46XX

47XX

48XX

49XX

50XX

51XX

52XX

53XX

54XX

55XX

56XX

57XX

60XX

61XX

62XX

63XX

64XX

65XX

66XX

67XX

68XX

69XX

70XX

71XX

72XX

73XX

74XX

75XX

76XX

77XX

80XX

81XX

82XX

83XX

84XX

85XX

86XX

87XX

88XX

89XX

90XX

91XX

92XX

93XX

94XX

95XX

96XX

Je ne sais pas

Pas de réponse

7.9 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 15)

12. Quelle est votre / quelles sont vos nationalité(s) ?

Veuillez sélectionner une seule des réponses suivantes.

- ☐ Nationalité suisse
- ☐ Suisse et au moins une autre nationalité, à savoir
- ☐ Je ne suis pas ressortissant-e-x suisse, mais – veuillez indiquer votre ou vos nationalité(s)
- ☐ Je suis apatride.
- ☐ pas de réponse

7.10.1 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 16)

12.1 Quel titre ou permis de séjour possédez-vous ?

- ☐ permis de séjour (permis B)
- ☐ permis d'établissement (permis C)
- ☐ permis de séjour avec activité lucrative (permis Ci).
- ☐ permis de travail transfrontalier (permis G)
- ☐ permis de séjour de courte durée (permis L)
- ☐ étrangers admis provisoirement (permis F)

- ☐ permis N (pour les demandeurs.euses-x d'asile)
- ☐ permis S (pour les personnes ayant besoin de protection)
- ☐ je ne possède pas de permis de séjour
- ☐ pas de réponse

7.11 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 17)

13. Êtes-vous né·e·x en Suisse ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ pas de réponse

7.12 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 18)

14. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

Veuillez sélectionner tous les éléments qui s'appliquent à votre situation !

Je suis...

- ☐ ...employé·e·x à temps plein (90–100%).
- ☐ ...employé·e·x à temps partiel, à pour cent (par exemple 50 pour cent).
- ☐ ...indépendant·e·x (sans salarié·e·x·s).
- ☐ ...indépendant·e·x (avec salarié·e·x·s).
- ☐ ...collaborateur·trice·x dans une entreprise familiale.
- ☐ ...étudiant·e·x / en formation.
- ☐ ...sans emploi.
- ☐ ...à la retraite (anticipée).
- ☐ ...en congé maladie de longue durée.
- ☐ ...autre, à savoir
- ☐ pas de réponse

7.13 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 19)

15. À combien s'élève approximativement votre revenu net personnel *par mois* (après déduction des cotisations obligatoires de sécurité sociale et des cotisations au fonds de pension) ?

- ☐ moins de 4500 CHF
- ☐ exactement 4500 CHF
- ☐ plus de 4500 CHF
- ☐ pas de réponse

16. De quelles sources tirez-vous vos revenus ?

Veuillez sélectionner tous les éléments qui s'appliquent !

- ☐ revenu de l'emploi (travail en tant qu'employé·e·x)
- ☐ revenu d'une activité indépendante
- ☐ rémunération de fonds de pension
- ☐ rentes de l'assurance vieillesse et survivants (AVS)
- ☐ assurance invalidité (AI)
- ☐ prestations complémentaires
- ☐ allocations familiales
- ☐ indemnités et autres prestations sociales
- ☐ revenus de loyers et revenus de la propriété (par exemple, dividendes)

☐ Autres sources de revenus, à savoir

☐ pas de réponse

7.14 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 20)

17. Comment évaluez-vous votre situation financière ?

Mon revenu actuel...

- ☐ ... me permet de mener une vie extrêmement confortable.
- ☐ ... me permet de mener une vie confortable.
- ☐ ... n'est ni particulièrement bon ni particulièrement mauvais.
- ☐ ... est plutôt juste.
- ☐ ... est insuffisant.
- ☐ pas de réponse

7.15 II. Teil: Soziales Netzwerk (s. 21)

Ile partie : réseau social

Le bloc de questions suivant concerne votre réseau social, c'est-à-dire votre famille, vos ami·e·x·s, vos connaissances, etc. et la façon dont vous les percevez.

1. Combien de personnes sont si proches de vous que vous pouvez compter sur elles lorsque vous avez un problème personnel grave ?

- ☐ aucune
- ☐ 1 à 2 personnes
- ☐ 3 à 5 personnes
- ☐ 6 personnes ou plus
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.16 II. Teil: Soziales Netzwerk (s. 22)

2. Dans quelle mesure les gens montrent-ils de l'intérêt pour ce que vous faites?

- ☐ beaucoup
- ☐ assez
- ☐ plus ou moins
- ☐ peu
- ☐ pas du tout
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

3. Dans quelle mesure vous serait-il facile d'obtenir de l'aide de votre partenaire, de votre famille, de vos ami·e·x·s, de vos colocataires ou de vos voisins/voisines ?

- ☐ très facilement
- ☐ facilement
- ☐ possiblement
- ☐ difficilement
- ☐ très difficilement
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.17 II. Teil: Soziales Netzwerk (s. 23)

4. A quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir seul·e·x ?

Cela vous arrive-t-il...

- ☐ ...très souvent.

- ☐ ...assez souvent.
- ☐ ...parfois.
- ☐ ...jamais.
- ☐ pas de réponse

7.18.1 II. Teil: Soziales Netzwerk (s. 24)

5. Avec qui avez-vous parlé de votre homosexualité ou de votre bisexualité ?

Avec combien de personnes des groupes suivants avez-vous parlé de votre orientation sexuelle ?

Pour tous les groupes énumérés, veuillez indiquer avec combien de personnes de ces groupes vous avez parlé de votre orientation sexuelle. Si vous n'avez aucun contact avec des personnes appartenant à l'un de ces groupes, veuillez cocher « ne s'applique pas ». Par exemple, si vous ne fréquentez pas l'école ou l'université, veuillez cocher « ne s'applique pas » pour « camarades de classe / étudiants ».

	aucune	quelques- un-e-x-s	la majorité	toutes	ne s'applique pas	pas de réponse
membres de la famille (autres que le a partenaire)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
amis-e-x-s	☐	☐	☐	☐	☐	☐
partenaires sexuel-le-x-s potentiel-le-x-s	☐	☐	☐	☐	☐	☐
collègues	☐	☐	☐	☐	☐	☐
camarades de classe / d'étude	☐	☐	☐	☐	☐	☐
supérieur-e-x hiérarchique immédiat-e-x / chef-fe de département	☐	☐	☐	☐	☐	☐
voisin-e-x-s	☐	☐	☐	☐	☐	☐
client-e-x-s etc. au travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐
professionnel-le-x-s de la santé (par exemple, médecin, physiothérapeute)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7.19.1 II. Teil: Soziales Netzwerk (s. 25)

5. Avec qui avez-vous parlé de votre identité de genre transgenre et / ou non-binaire ?

Avec combien de personnes des groupes suivants avez-vous parlé de votre identité de genre transgenre ou non-binaire ?

Pour tous les groupes énumérés, veuillez indiquer avec combien de personnes de ces groupes vous avez parlé de votre orientation sexuelle. Si vous n'avez aucun contact avec des personnes appartenant à l'un de ces groupes, veuillez cocher « ne s'applique pas ». Par exemple, si vous ne fréquentez pas l'école ou l'université, veuillez cocher « ne s'applique pas » pour « camarades de classe / étudiants ».

	aucune personne	quelques- un-e-x-s	la majorité des personnes	tou-te-x-s	ne s'applique pas	pas de réponse
membres de la famille (autres que le partenaire)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ami-e-x-s	☐	☐	☐	☐	☐	☐
partenaires sexuel-le-x-s potentiel-le-x-s	☐	☐	☐	☐	☐	☐
collègues	☐	☐	☐	☐	☐	☐
camarades de classe / d'étude	☐	☐	☐	☐	☐	☐
supérieur-e-x hiérarchique immédiat-e-x / chef-fe-x de département	☐	☐	☐	☐	☐	☐
voisin-e-x-s	☐	☐	☐	☐	☐	☐
client-e-x-s etc. au travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐
professionnel-le-x-s de la santé (par exemple, médecin, physiothérapeute)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7.20 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 26)

IIIe partie : Situation sanitaire et comportement en matière de santé

Dans les lignes qui suivent, nous aimerions vous poser des questions sur votre état de santé et votre comportement en matière de santé.

1. Savez-vous quelle est votre taille sans chaussures (en centimètres) ?

- ☐ Oui, je mesure centimètres.
- ☐ Non, je ne sais pas.
- ☐ pas de réponse

2. Et quel est votre poids sans vêtements (en kg) ?

- ☐ Je pèse kilos.
- ☐ Je ne sais pas.
- ☐ pas de réponse

7.21 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 27)

3. Quel est votre état de santé général ?

Veillez cocher comment vous évaluez votre état de santé en général.

Ma santé est généralement...

- ☐ ...très bonne.
- ☐ ...bonne.
- ☐ ...moyenne.
- ☐ ...mauvaise.
- ☐ ...très mauvais.
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

4. Si vous comparez votre état de santé général à votre état de santé avant la pandémie du coronavirus ou avant le premier confinement, c’est-à-dire avant mars 2020:

Ma santé générale aujourd’hui est....

- ☐ ... bien pire qu'avant la pandémie du coronavirus.
- ☐ ... pire qu'avant la pandémie du coronavirus.
- ☐ ... est restée la même.
- ☐ ... meilleure qu'avant la pandémie de coronavirus.
- ☐ ... bien meilleure qu'avant la pandémie du coronavirus.
- ☐ pas de réponse

7.22 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 28)

5. Nous aimerions maintenant savoir comment vous évaluez votre qualité de vie en général.

Veillez cocher l'évaluation de votre qualité de vie en général.

Ma qualité de vie en général est...

- ☐ ...très bonne.
- ☐ ...bonne.
- ☐ ...ni bonne ni mauvaise.
- ☐ ...mauvaise.
- ☐ ...très mauvaise.
- ☐ pas de réponse

6. Voici une liste de troubles médicaux.

Pour chacun de ces troubles, veuillez indiquer si vous ne l’avez pas du tout, un peu ou beaucoup ressenti au cours des quatre dernières semaines.

Si vous prenez actuellement un médicament pour un trouble médical, cela signifie que vous êtes atteint·e·x de ce trouble.

	pas du tout	un peu	beaucoup	pas de réponse
mal au dos ou aux reins	☐	☐	☐	☐
sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, ou de manque d'énergie	☐	☐	☐	☐
mal au ventre ou ballonnements	☐	☐	☐	☐
diarrhée, constipation ou bien les deux	☐	☐	☐	☐
difficultés à vous endormir, ou insomnies	☐	☐	☐	☐
maux de tête ou d'autres douleurs du visage	☐	☐	☐	☐
irrégularités cardiaques, palpitations, tachycardie ou arythmies	☐	☐	☐	☐
douleurs ou sensations de pression dans la poitrine qui n'est pas due au port d'un binder	☐	☐	☐	☐
Douleurs aux épaules, à la nuque et/ou aux bras	☐	☐	☐	☐

6. Voici une liste de troubles médicaux.

Pour chacun de ces troubles, veuillez indiquer si vous ne l’avez pas du tout, un peu ou beaucoup ressenti au cours des quatre dernières semaines.

Si vous prenez actuellement un médicament pour un trouble médical, cela signifie que vous êtes atteint·e·x de ce trouble.

	pas du tout	un peu	beaucoup	pas de réponse
mal au dos ou aux reins	☐	☐	☐	☐
sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, ou de manque d'énergie	☐	☐	☐	☐
mal au ventre ou ballonnements	☐	☐	☐	☐
diarrhée, constipation ou bien les deux	☐	☐	☐	☐
difficultés à vous endormir, ou insomnies	☐	☐	☐	☐
maux de tête ou d'autres douleurs du visage	☐	☐	☐	☐
irrégularités cardiaques, palpitations, tachycardie ou arythmies	☐	☐	☐	☐
douleurs ou sensations de pression dans la poitrine	☐	☐	☐	☐
Douleurs aux épaules, à la nuque et/ou aux bras	☐	☐	☐	☐

7. Avez-vous eu l'une des maladies ou l'un des problèmes de santé suivants au cours des 12 derniers mois ?

Veuillez sélectionner la réponse appropriée pour chacun des problèmes de santé mentionnés !

	oui	non	je ne sais pas	pas de réponse
asthme	☐	☐	☐	☐
allergies telles que rhume des foins, allergie de la peau (dermatite), allergie alimentaire, etc.	☐	☐	☐	☐
hypertension	☐	☐	☐	☐
baisse de pression artérielle	☐	☐	☐	☐
diabète	☐	☐	☐	☐
élévation du taux de cholestérol	☐	☐	☐	☐
arthrose, arthrite	☐	☐	☐	☐
ostéoporose	☐	☐	☐	☐
bronchite chronique, BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive), emphysème	☐	☐	☐	☐
Infarctus du myocarde (crise cardiaque)	☐	☐	☐	☐
attaque cérébrale (hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale)	☐	☐	☐	☐
cancer	☐	☐	☐	☐
dépression	☐	☐	☐	☐
troubles de l'alimentation	☐	☐	☐	☐
TDAH	☐	☐	☐	☐
incontinence urinaire (problèmes de contrôle de la vessie)	☐	☐	☐	☐

7.26 **III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 31a)**

7.1 Combien de fois jusqu'à maintenant avez-vous fait le test de dépistage du corona (par ex. test PCR ou autotest antigénique)?

- ☐ de fois
- ☐ jamais
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.27.1 **III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 31b)**

7.2 Ce(s) test(s) a-t-il (ont-ils) déjà permis de détecter une infection par le coronavirus?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.28 **III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 32)**

8. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique et persistant ?

Il s'agit de maladies ou de problèmes de santé qui durent déjà depuis six mois ou dont on estime qu'ils dureront au moins six mois.

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.29 **III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 33)**

9. Depuis au moins 6 mois, dans quelle mesure êtes-vous limité·e·x par un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ?

Diriez-vous que vous êtes...?

- ☐ ...fortement limité-e-x
- ☐ ...limité-e-x, mais pas fortement
- ☐ ...pas limité-e-x du tout
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.30 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 34)

10. Quelle importance revêt la santé pour vous ?

Voici trois opinions différentes, indiquez s'il vous plaît laquelle correspond le mieux à votre propre opinion.

Ne sélectionnez qu'une seule réponse!

- ☐ Je vis sans me préoccuper particulièrement des conséquences sur mon état de santé.
- ☐ Mon style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de ma santé.
- ☐ Des considérations relatives à ma santé déterminent dans une large mesure ma manière de vivre.
- ☐ pas de réponse

7.31 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 35)

11. Voici un certain nombre d'affirmations.

Pour chaque affirmation, veuillez indiquer dans quelle mesure elle s'applique à vous personnellement.

	ne s'applique pas du tout	ne s'applique plutôt pas	s'applique en partie	s'applique assez	s'applique entièrement	pas de réponse
Dans les situations difficiles, je peux compter sur mes capacités.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je peux faire face à la plupart des problèmes par moi-même.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Même les tâches ardues et compliquées, je peux généralement les résoudre correctement.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'essaie de trouver les moyens de gérer les situations difficiles.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Peu importe ce qui m'arrive, je pense que je contrôle mes réactions.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je crois que je peux grandir en faisant face à des situations difficiles.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je cherche activement les moyens de compenser les pertes qui me sont arrivées dans ma vie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7.32 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 36)

Nous en venons maintenant aux questions concernant votre comportement dans la vie quotidienne.

12. Durant vos loisirs, transpirez-vous au moins une fois par semaine en pratiquant une activité physique ? (par exemple en courant, en faisant du vélo, en faisant du sport)

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ pas de réponse

7.33.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 37)

12.1 Estimation : durant vos loisirs, à quelle fréquence pratiquez-vous des activités qui vous font transpirer (par exemple, le vélo, le sport) ?

Veuillez sélectionner une seule réponse !

- ☐ moins d'une fois par mois
- ☐ environ 1 à 3 fois par mois
- ☐ environ 1 fois par semaine
- ☐ plusieurs fois par semaine
- ☐ tous les jours ou presque
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.34 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 38)

13. Si vous repensez à votre vie quotidienne avant la pandémie du coronavirus ou avant le premier confinement (avant mars 2020) : avant la pandémie, avez-vous pratiqué des activités physiques qui vous faisaient transpirer plus souvent, aussi souvent ou moins souvent pendant la semaine ?

Avant la pandémie du coronavirus, j'ai...

- ☐ ... rarement pratiqué des activités physiques qui m'ont fait transpirer au cours de la semaine.
- ☐ ... tout aussi souvent pratiqué des activités physiques qui m'ont fait transpirer au cours de la semaine.
- ☐ ... plus souvent pratiqué des activités physiques qui m'ont fait transpirer au cours de la semaine.
- ☐ Je ne suis pas sûr·e·x.
- ☐ pas de réponse

7.35 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 39)

14. Comment vous déplacez-vous habituellement pour aller à différents endroits (aller et retour), par exemple au travail, à l'école, pour faire des courses ou aller au marché, pour sortir ?

Veillez sélectionner tous les éléments qui s'appliquent à vous !

	oui	non	pas de réponse
En transports publics (par exemple, bus, tram).	☐	☐	☐
En véhicule motorisé (par exemple, une voiture, une moto, un motorcycle).	☐	☐	☐
En vélo.	☐	☐	☐
En vélo électrique.	☐	☐	☐
En fauteuil roulant.	☐	☐	☐
En fauteuil roulant électrique.	☐	☐	☐
A pied.	☐	☐	☐

7.36 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 40)

Les questions suivantes portent sur votre consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues.

15. Fumez-vous, même si c'est rarement ?

(Comptez aussi les cigarettes électroniques et IQOS).

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ pas de réponse

7.37.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 41)

15.1 Actuellement, fumez-vous quotidiennement ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ pas de réponse

15.2 Combien de cigarettes, cigares ou autres fumez-vous actuellement en moyenne par jour ?

Pour chaque produit, veuillez indiquer approximativement la quantité que vous fumez en moyenne par jour. Si vous ne fumez pas un produit, veuillez cocher « ne s'applique pas ».

	moins de 1 par jour	1 à 2 par jour	3 à 5 par jour	6 à 10 par jour	11 à 15 par jour	16 à 20 par jour	plus de 20 par jour	ne s'applique pas	pas de réponse
cigarettes (y compris les cigarettes roulées à la main)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
cigares ou cigarillos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
pipe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
narguilé, shisha	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
cigarettes électroniques avec nicotine	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
produits du tabac chauffés comme iQOS (Pax, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7.38.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 42)

15.3 Avant la pandémie du coronavirus (avant mars 2020), fumiez-vous plus, moins ou la même quantité ?

Avant la pandémie de Corona, je fumais...

- ☐ ... moins que je ne fume maintenant.
- ☐ ... autant que je fume maintenant.
- ☐ ... plus que je ne le fais maintenant.
- ☐ Ne s'applique pas, je ne fumais pas avant la pandémie.
- ☐ pas de réponse

7.39.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 43)

15.1 Avez-vous déjà fumé régulièrement plus de 6 mois ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ pas de réponse

7.40.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 44)

15.4 Avez-vous essayé sérieusement d'arrêter de fumer pendant les 12 derniers mois, c'est-à-dire arrêté pendant 14 jours au moins?

- ☐ Oui, j'ai essayé d'arrêter.
- ☐ non
- ☐ pas de réponse

7.41.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 45)

Aimeriez-vous arrêter de fumer ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ pas de réponse

7.42 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 46)

116. À quelle fréquence consommez-vous habituellement des boissons alcoolisées, c'est-à-dire de la bière, du vin, de la liqueur, des spiritueux, du schnaps ?

- ☐ 3 fois ou plus par jour
- ☐ 2 fois par jour (par exemple, au moment des repas)
- ☐ 1 fois par jour
- ☐ plusieurs fois par semaine
- ☐ 1 à 2 fois par semaine
- ☐ 1 à 3 fois par mois
- ☐ moins d'une fois par mois
- ☐ jamais
- ☐ pas de réponse

7.43.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 47)

16.1 Buviez-vous autrefois de l'alcool ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ pas de réponse

7.44.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 48)

16.1 À quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois ?

	3 fois ou plus par jour	2 fois par jour (par exemple, au moment des repas)	1 fois par jour	plusieurs fois par semaine	1 à 2 fois par semaine	1 à 3 fois par mois	moins d'une fois par mois	jamais	pas de réponse
bière (avec alcool)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
vin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
vin mousseux, et/ou prosecco	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
liqueur, brandy et/ou autres spiritueux	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
cocktails ou autres	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7.45.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 49)

16.2 Au cours des 12 derniers mois : À quelle fréquence avez-vous bu 4 verres ou plus de boissons alcoolisées (par exemple, bière, vin, vin mousseux, liqueur, etc.) lors d’une ou plusieurs occasions ?

(Par « occasion », on entend une soirée, une fête, une célébration ou encore une soirée en tête-à-tête)

- ☐ jamais
- ☐ moins d’une fois par mois
- ☐ chaque mois
- ☐ chaque semaine
- ☐ tous les jours ou presque
- ☐ pas de réponse

16.3 Avant la pandémie du coronavirus (avant mars 2020), avez-vous bu plus, moins ou autant de boissons alcoolisées ?

Avant la pandémie du coronavirus, je buvais...

- ☐ ... moins que ce que je bois maintenant.
- ☐ ... autant que ce que je bois maintenant.
- ☐ ... plus que ce que je bois maintenant.
- ☐ Ne s’applique pas, je ne buvais pas de boissons alcoolisées avant la pandémie.
- ☐ pas de réponse

7.46.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 50)

16.2 Au cours des 12 derniers mois : À quelle fréquence avez-vous bu 5 verres ou plus de boissons alcoolisées (par exemple, bière, vin, vin mousseux, liqueur, etc.) lors d’une ou plusieurs occasions ?

(Par « occasion », on entend une soirée, une fête, une célébration ou encore une soirée en tête-à-tête)

- ☐ jamais
- ☐ moins de une fois par mois
- ☐ chaque mois
- ☐ chaque semaine
- ☐ tous les jours ou presque
- ☐ pas de réponse

16.3 Avant la pandémie du coronavirus (avant mars 2020), avez-vous bu plus, moins ou autant de boissons alcoolisées ?

Avant la pandémie du coronavirus, je buvais...

- ☐ ... moins que ce que je bois maintenant.
- ☐ ... autant que ce que je vois maintenant.
- ☐ ... plus que ce que je bois maintenant.

☐ Ne s'applique pas, je ne buvais pas de boissons alcoolisées avant la pandémie.

☐ pas de réponse

7.47 **III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 51)**

17. Avez-vous déjà consommé des drogues (par exemple du haschisch, de la cocaïne, du crystal meth, de l'héroïne, des poppers ou d'autres drogues) dans votre vie ?

☐ oui

☐ non

☐ pas de réponse

7.48.1 **III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 52)**

17.1 Avez-vous déjà consommé les drogues suivantes dans votre vie ?

	oui	non	pas de réponse
cannabis (haschisch/marijuana)	☐	☐	☐
cocaïne	☐	☐	☐
crystal meth / méthamphétamine	☐	☐	☐
ecstasy / MDMA	☐	☐	☐
héroïne	☐	☐	☐
poppers	☐	☐	☐
GHB / GBL	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐
speed / amphétamine	☐	☐	☐
autres médicaments	☐	☐	☐

7.49.1 **III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 53)**

17.2 Avez-vous consommé l'une des drogues suivantes au cours des **12 derniers mois** ?

	oui	non	pas de réponse
cannabis (haschisch/marijuana)	☐	☐	☐
cocaïne	☐	☐	☐
crystal meth / méthamphétamine	☐	☐	☐
ecstasy / MDMA	☐	☐	☐
héroïne	☐	☐	☐
poppers	☐	☐	☐
GHB / GBL	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐
speed / Amphétamine	☐	☐	☐
Autres médicaments	☐	☐	☐

7.49.2 **III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 54)**

17.3 Avant la pandémie du coronavirus (avant mars 2020), avez-vous consommé plus, moins ou autant de drogues ?

Avant la pandémie du coronavirus, je consommais...

☐ ... moins de drogues que maintenant.

☐ ... autant de drogue que maintenant.

☐ ... plus de drogues que maintenant.

☐ Ne s'applique pas, je ne consommais pas de drogues avant la pandémie.

☐ pas de réponse

7.50.1 **III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 55)**

Les questions suivantes concernent votre vie sexuelle et la prévention contre le VIH/sida et les autres infections sexuellement transmissibles.

Même si vous pensez que les questions ne vous concernent pas, nous vous demandons d'y répondre. Toutes les réponses sont strictement anonymes !

18. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

☐ oui

- ☐ non
- ☐ pas de réponse

7.51.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 56)

19. Avec combien de personnes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?

(le partenaire attiré/e, le conjoint/la conjointe compte également comme une seule personne)

Si vous n'êtes pas sûr-e-x, essayez d'estimer votre nombre de partenaires.

- ☐ partenaires
- ☐ Je n'ai pas eu de rapports sexuels avec un-e-x partenaire au cours des 12 derniers mois.
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

20. La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, était-ce avec votre partenaire stable, avec un-e-x partenaire occasionnel-le x et/ou avec un travailleur euse x du sexe ?

Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent à la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels. Par exemple, si la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, c'était à trois, cochez tous les partenaires qui ont eu des rapports sexuels.

- ☐ partenaire stable
- ☐ partenaire occasionnel-le-x
- ☐ travailleur-euse-x du sexe
- ☐ Ne s'applique pas, je n'ai encore jamais eu de rapport sexuel.
- ☐ pas de réponse

7.52.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 57)

20.1 La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, avez-vous, vous ou votre partenaire... ?

	oui	non	la pratique n'a pas été exercée
... utilisé un préservatif externe ou interne pendant les rapports vaginaux.	☐	☐	☐
... utilisé un préservatif pendant le sexe anal.	☐	☐	☐
... utilisé un préservatif pour la stimulation orale du pénis (fellation).	☐	☐	☐
... utilisé une digue dentaire pour la stimulation orale de la vulve ou de l'anus.	☐	☐	☐
... pris soin d'empêcher le sang menstruel et/ou le sperme de pénétrer dans les orifices du corps (par exemple, la bouche, le vagin, l'anus).	☐	☐	☐
... utilisé des gants pour une pénétration avec les doigts ou la main/le poing.	☐	☐	☐
... désinfecté les sex-toys avant la pénétration, protégé le sex-toy par un préservatif ou utilisé un sex-toy pour la première fois (première utilisation).	☐	☐	☐
... eu recours à la prophylaxie pré-exposition (PreP) pour se protéger du VIH.	☐	☐	☐

7.53.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 58)

21. Avec combien de partenaires occasionnels avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?

- ☐ aucune personne
- ☐ 1 personne
- ☐ 2 personnes
- ☐ 3 à 5 personnes
- ☐ plus de 5 personnes
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.54.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 59)

21.1 Au cours des 12 derniers mois: Combien de fois avez-vous, vous ou votre/vos partenaire(s) occasionnel le x(s)...

	jamais	rarement	parfois	souvent	toujours	non pratiqué (la plupart du temps)
...utilisé un préservatif externe ou interne (femidom) pendant les rapports vaginaux.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...utilisé un préservatif pendant le sexe anal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...utilisé un préservatif pendant la stimulation orale du pénis (fellation).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... utilisé une digue dentaire pour la stimulation orale de la vulve ou de l'anus.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... pris soin d'empêcher le sang menstruel et/ou le sperme de pénétrer dans les orifices du corps (par exemple, la bouche, le vagin, l'anus).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... utilisé des gants pour une pénétration avec les doigts ou la main/le poing.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... désinfecté les sex-toys avant une pénétration, protégé les sex-toys par un préservatif ou utilisé un sex-toy pour la première fois (première utilisation)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... eu recours à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour se protéger du VIH.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7.54.2 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 60)

22. Avez-vous déjà eu recours à une prophylaxie pré-exposition (PrEP) ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ pas de réponse

7.55 Kopie von Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalte

23. Combien de fois avez-vous fait un test de dépistage du VIH jusqu'à présent ?

- ☐ de fois
- ☐ jamais
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.56.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 61)

Je me sens étranger·ère·x à moi-même à cause de mon identité de genre.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'aimerais pouvoir m'identifier davantage au sexe qui m'a été assigné à la naissance.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7.63 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 68)

Les questions suivantes portent sur votre bien-être psychologique.

27. Comment vous êtes-vous senti(e) ces 4 dernières semaines?

Veillez sélectionner la réponse appropriée pour chaque ligne !

	tout le temps	la plupart du temps	parfois	rarement	jamais	pas de réponse
plein·e·x de vitalité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
plein·e·x d'énergie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
épuisé·e·x	☐	☐	☐	☐	☐	☐
fatigué·e·x	☐	☐	☐	☐	☐	☐
très nerveux·euse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
avoir un cafard tel que rien ne pouvait vous remonter le moral	☐	☐	☐	☐	☐	☐
calme et paisible	☐	☐	☐	☐	☐	☐
abattu·e·x et déprimé·e·x	☐	☐	☐	☐	☐	☐
heureux·euse	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7.64 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 69)

28. Si vous pensez aux expériences faites dans votre vie, êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes?

Veillez sélectionner pour chaque ligne la réponse qui convient!

	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	pas vraiment d'accord	pas du tout d'accord	pas de réponse
Je n'arrive pas à surmonter certains de mes problèmes.	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai parfois l'impression d'être ballotté·e·x dans tous les sens.	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai le sentiment d'avoir peu de contrôle sur ce qui m'arrive.	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens souvent submergé·e·x par les problèmes.	☐	☐	☐	☐	☐

7.65 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 70)

29. Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e)?

Veillez sélectionner pour chaque ligne la réponse qui convient!

	jamais	plusieurs jours	plus de la moitié des jours	presque tous les jours	pas de réponse
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses.	☐	☐	☐	☐	☐
Être triste, déprimé·e·x ou désespéré·e·x.	☐	☐	☐	☐	☐
Difficultés à s'endormir ou à rester endormi·e·x, ou dormir trop.	☐	☐	☐	☐	☐
Se sentir fatigué·e·x ou manquer d'énergie.	☐	☐	☐	☐	☐
Avoir peu d'appétit ou manger trop.	☐	☐	☐	☐	☐
Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être					

Oui, à quelqu'un de mon entourage personnel.	☐	☐	☐
Oui, à un e x médecin ou un e x professionnel-le-x de la santé.	☐	☐	☐
Oui, avec un e x spécialiste du domaine psychosocial (par exemple, service de conseil téléphonique, centre de conseil, pasteur/aumônier).	☐	☐	☐
Oui, avec les membres d'un groupe de soutien	☐	☐	☐
Non, à personne.	☐	☐	☐

7.70 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 75)

Ive partie : Utilisation des services de soins

Le bloc de questions suivant porte sur votre utilisation présente ou passée des services de soins.

1. Avez-vous pris un médicament quelconque au cours des 7 derniers jours ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ pas de réponse

7.71.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 76)

1.1 Vous trouverez ci-dessous une liste de médicaments. Pour chaque médicament, veuillez indiquer combien de fois vous l'avez pris au cours des 7 derniers jours :

Pour tous les médicaments énumérés, veuillez indiquer si vous les avez pris quotidiennement, plusieurs fois, environ 1 fois au cours des 7 derniers jours, ou jamais.

	tous les jours	plusieurs fois	env. 1 fois au cours des 7 derniers jours	jamais	pas de réponse
médicament contre l'hypertension (contre la pression)	☐	☐	☐	☐	☐
médicament pour le coeur	☐	☐	☐	☐	☐
somnifères (p.ex. Imovane, Sonata)	☐	☐	☐	☐	☐
médicaments contre les douleurs	☐	☐	☐	☐	☐
calmants, tranquillisants (p.ex. Vallium, Ativan, Xanax, Temesta)	☐	☐	☐	☐	☐
médicaments pour renforcer l'attention ou pour rester éveillé (p.ex. Ritalin, Medikinet, Concerta, Modasomil)	☐	☐	☐	☐	☐
médicaments contre le cholestérol	☐	☐	☐	☐	☐
médicaments contre la dépression (p.ex. Prozac, Paxil, Effexor)	☐	☐	☐	☐	☐
médicaments contre le diabète ou injection d'insuline	☐	☐	☐	☐	☐
médicaments contre l'ostéoporose	☐	☐	☐	☐	☐
traitement hormonal	☐	☐	☐	☐	☐

7.72 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 77)

2. Avez-vous consulté l'un/l'une des médecins ou spécialistes suivants au cours des 12 derniers mois ?

Il s'agit de toutes les visites effectuées dans un cabinet médical entraînant examens, consultations et thérapies. Cela inclut également les visites à domicile des médecins. Les consultations exclusivement téléphoniques ou par internet ne sont pas incluses.

	oui	non	ne s'applique pas	pas de réponse
dentiste	☐	☐	☐	☐
médecin généraliste/médecin de famille	☐	☐	☐	☐
gynécologue	☐	☐	☐	☐
urologue	☐	☐	☐	☐

médecin spécialiste de la reproduction (par exemple, en cas de désir d'enfant)	☐	☐	☐	☐
endocrinologue	☐	☐	☐	☐
physiothérapeute / chiropracteur trice	☐	☐	☐	☐
psychologue, psychothérapeute (en raison d'un problème psychologique)	☐	☐	☐	☐
Psychiatre (en raison d'un problème psychologique)	☐	☐	☐	☐
naturopathe / guérisseur/guérisseuse	☐	☐	☐	☐
centre de compétence en matière de santé sexuelle (par exemple, check-point, centre de conseil en santé sexuelle, aide contre le sida)	☐	☐	☐	☐
urgences (d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une polyclinique)	☐	☐	☐	☐

7.73.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 78)

2.1 Quand avez-vous consulté un·e·x gynécologue pour la dernière fois ?

- ☐ il y a 1 à 2 ans
- ☐ il y a 2 à 3 ans
- ☐ il y a 3 ans ou plus
- ☐ il y a 5 ans ou plus
- ☐ jamais
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.74.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 79)

2.2 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été admis d'urgence aux urgences d'un hôpital, dans un centre de santé ou dans une policlinique ?

- ☐ de fois
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.75 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 80)

3. Avez-vous un e x médecin traitant·e·x personnel·le·x ?

Un médecin de famille est un médecin que vous pouvez consulter pour la plupart des problèmes de santé.

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ pas de réponse

7.76.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 81)

3.1 Avez-vous un·e·x médecin qui est sensibilisé e x aux modes de vie des lesbiennes, gays, bisexuels ou queers et que vous pouvez consulter pour des problèmes médicaux ?

- ☐ Oui – veuillez préciser à quel type de médecin vous faites référence (médecin généraliste, endocrinologue):
- ☐ Non, je n'ai pas de médecin attitré·e·x.
- ☐ Non, je n'en ai pas besoin, parce que
- ☐ pas de réponse

7.77.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 82)

3.2 Avez-vous un-e-x médecin que vous pouvez consulter pour des problèmes médicaux spécifiques liés à votre identité transgenre ?

- ☐ Oui – veuillez préciser de quel type de médecin il s’agit (par exemple, médecin de famille, endocrinologue) :
- ☐ Non, je n’ai pas de médecin attitré-e-x.
- ☐ Non, je n’en ai pas besoin, parce que
- ☐ pas de réponse

7.78 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 83)

4. Suivez-vous actuellement un traitement hormonal substitutif ?

- ☐ Oui, avec des hormones féminines ou masculines dans le cadre de la transition.
- ☐ Oui, avec des hormones féminines pendant ou après la ménopause (arrêt des menstruations, généralement entre 47 et 52 ans).
- ☐ non
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.79.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 84)

5. Avez-vous déjà eu un frottis du col de l’utérus (frottis vaginal)?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne s’applique pas, je n’ai pas d’utérus
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.79.2.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 85)

5.1 Certaines personnes ne savent pas que le test PAP fait généralement partie des contrôles annuels chez le gynécologue. Dans ce contexte, nous aimerions vous poser à nouveau la question par précaution : Avez-vous déjà subi un frottis cervical (test PAP) ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.80.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 86)

6. Avez-vous déjà effectué une mammographie?

(La mammographie est un examen radiographique des seins chez la femme.)

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne s’applique pas
- ☐ je ne sais pas
- ☐ pas de réponse

7.81.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 87)

7. Avez-vous déjà subi l’un des examens suivants pour la détection précoce du cancer ?

Si vous ne savez pas si vous avez déjà subi un tel examen, veuillez cocher la case « Je ne sais pas ». Si vous n’avez pas de prostate et/ou de testicules, veuillez cocher « Ne s’applique pas ».

	oui	non	ne s’applique pas	je ne sais pas	pas de réponse
dépistage du cancer de la prostate (prise de sang et/ou palpation dans l’intestin, prélèvement de tissus)	☐	☐	☐	☐	☐
examen de prévention du cancer des testicules (palpation des testicules)	☐	☐	☐	☐	☐

examen de prévention du cancer
de l'anus (examen de l'anus, frottis)

7.82.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 88)

8. Avez-vous vous-même eu recours à la médecine pour modifier vos caractéristiques sexuelles physiques et/ou envisagez-vous ou projetez-vous de le faire à l'avenir ?

Ces interventions médicales peuvent être, par exemple, l'hormonothérapie ou l'épilation, ou encore la chirurgie génitale, la chirurgie mammaire, le raccourcissement des cordes vocales, la transplantation de cheveux, l'orthophonie, l'ablation de l'utérus et/ou des ovaires.

Si vous avez déjà fait réaliser ces interventions et que vous en prévoyez d'autres, veuillez cocher les deux réponses !

☐

oui, j'ai eu recours à ce type d'interventions médicales – veuillez indiquer lesquelles

☐

oui, je projette de recourir à ce type d'interventions médicales ou je souhaite le faire – veuillez lesquelles vous prévoyez ou souhaitez de faire réaliser

☐

non

☐

ne s'applique pas

☐

pas de réponse

7.83 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 89)

Ve partie : Expériences en matière de soins de santé en Suisse

Dans les lignes qui suivent, nous aimerions savoir quelles expériences vous avez faites en matière d'accès aux soins en matière de santé en Suisse

1. Vous est-il arrivé, pour l'une des raisons suivantes, de ne pas aller chez un·e·x médecin ou de vous abstenir de tout traitement médical ?

Veuillez répondre « oui » ou « non » à chaque raison possible. Si vous n'êtes pas sûr·e·x, vous pouvez cocher la case « Je ne sais pas ».

Avez-vous renoncé parce que...

	oui	non	Je ne sais pas	pas de réponse
... vous vouliez attendre et voir si le problème de santé disparaîtrait de lui-même.				
... le coût en était trop élevé.				
... vous ne vouliez pas augmenter les coûts de la santé publique.				
... vous aviez peur de ce que lea médecin pouvait vous dire.				
... vous ne faites pas confiance aux médecins, aux hôpitaux, aux examens ou aux traitements en général.				
... vous ne connaissez pas de bon·ne·x médecin.				
... vous n'avez pas eu de rendez-vous.				
... vous n'avez pas eu le temps, pour des raisons professionnelles.				
... vous craigniez d'être la cible de discrimination en raison de votre orientation sexuelle et/ou de votre identité de genre.				
... vous n'avez pas eu besoin de traitement médical.				
Je me suis abstenu·e·x de tout traitement ou examen pour d'autres raisons.				

7.84.1 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 90)

22. Vous avez indiqué que vous abordez ouvertement votre orientation sexuelle et/ou votre identité de genre dans vos contacts avec au moins certains professionnels de la santé.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?

	pas du tout d'accord	plutôt pas d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord	je ne peux pas juger	ne s'applique pas	pas de réponse
J'ai de moi-même partagé ces informations avec le(s) professionnel-le-x(s) de la santé.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je suis satisfait-e-x des réactions des professionnel-le-x-s de santé ou de la majorité d'entre eux elles.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'aurais préféré que le la ou les professionnel-le-x (s) de la santé n'ai(en)t pas été au courant.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les informations étaient pertinentes pour mon traitement, ou la majorité d'entre elles l'étaient.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mon traitement s'en est trouvé amélioré, ou au moins la majorité de celui-ci.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mon traitement s'est détérioré en conséquence, ou au moins la majorité de celui-ci.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai été la cible de discrimination en conséquence, ou plutôt c'était le cas pour la majorité.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7.85 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 91)

Expériences négatives en général et dans le domaine des soins de santé en Suisse

Certaines personnes ont vécu des expériences dont elles se souviennent comme étant négatives ou stressantes, ou au cours desquelles elles ont été la cible de discrimination. Nous souhaitons savoir si vous avez vécu de telles expériences.

Par **discrimination**, nous entendons le fait que des personnes sont automatiquement classées dans un groupe en raison de certaines caractéristiques (par exemple, les femmes, les homosexuels) et sont en conséquence défavorisées : elles sont par exemple insultées, offensées, exclues ou harcelées sexuellement (par exemple, remarques ou blagues sexistes, regards indiscrets, attouchements non désirés). La discriminatio également prendre la forme de **violences** physiques ou sexuelles.

Il s'agit également de discrimination lorsque certaines personnes n'obtiennent pas quelque chose que d'autres obtiennent (respect, égalité de salaire, etc.) en raison de leur appartenance (perçue) à un groupe. Les règles et les conditions cadres peuvent également conduire à ce que certaines personnes soient désavantagées.

3. Avez-vous déjà vécu une situation en raison de votre orientation sexuelle et/ou de votre identité de genre où vous...

..... avez vécu une (des) discrimination(s) ou un (des) traitement(s) dégradant(s),

... avez été soumis-e-x à des violences physiques ou sexuelles,

... avez été harcelé-e-x-s sexuellement,

ou à une situation que vous avez trouvé négative ou stressante ?

Veuillez indiquer approximativement combien de fois vous avez vécu une telle situation dans votre vie jusqu'à présent – dans le cadre de soins médicaux ou psychothérapeutiques et/ou dans d'autres situations.

	jamais encore	une fois	2 à 10 fois	plus de 10 fois	je ne sais pas	pas de réponse
dans le domaine de la santé en Suisse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
dans d'autres situations (en Suisse)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7.86.1 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 92)

3.1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu une telle situation en raison de votre orientation sexuelle et/ou de votre identité de genre ?

	oui	non	je ne sais pas	pas de réponse
dans le domaine de la santé en Suisse	☐	☐	☐	☐
dans d'autres situations (en Suisse)	☐	☐	☐	☐

7.87.1 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 93)

3.2 Parmi les situations suivantes, quelles sont celles que vous avez vécues au cours des 12 derniers mois dans le domaine de la santé en Suisse et/ou dans d'autres circonstances en raison de votre orientation sexuelle et/ou de votre identité de genre ?

Pour toutes les affirmations, veuillez cocher combien de fois vous les avez vécues au cours des 12 derniers mois dans le cadre des soins en matière de santé suisses ou dans d'autres situations.

	dans le domaine de la santé	dans d'autres circonstances (en Suisse)
J'ai été exclu-e-x ou ignoré-e-x.	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse
J'ai été insulté-e-x ou traité-e-x de tous les noms.	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse
Les gens comme moi étaient dépeints de manière dévalorisante.	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse
Mon problème réel n'a pas été pris au sérieux ou ignoré.	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse
On m'a posé des questions inappropriées sur ma vie privée.	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse
En tant que personne liée par un partenariat enregistré , j'ai été traité-e-x différemment des couples mariés (par exemple, aucune information sur l'état de santé du-de la partenaire).	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse
On ne m'a pas accordé les droits consentis à d'autres personnes.	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse
J'ai subi des remarques sexualisées non désirées (harcèlement sexuel verbal).	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse
J'ai été menacé-e-x de violence physique ou sexuelle (par exemple, coups, viol).	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse
J'ai vécu des violences physiques (par exemple, agrippé-e-x , poussé-e-x , battu-e-x , frappé-e-x à coups de pied) ou j'ai été agressé-e-x physiquement.	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse
On m'a forcé à accomplir des actes sexuels que je ne voulais pas et/ou on a tenté de le faire.	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse
Autre (veuillez préciser dans le champ de texte libre ci-dessous)	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse	jamais 1 fois plus d'une fois pas de réponse
Autre(s) expérience(s) discriminatoire(s), à savoir		

7.88.1 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 94)

3.3 Les situations suivantes se réfèrent exclusivement aux soins de santé en Suisse : Lesquelles de ces situations avez-vous vécues au cours des 12 derniers mois en raison de votre orientation sexuelle et/ou de votre identité de genre ?

Encore une fois, pour toutes les affirmations, veuillez indiquer la fréquence à laquelle vous les avez vécues au cours des 12 derniers mois.

	jamais	1 fois	plus d'une fois	pas de réponse
Ma situation a été divulguée contre mon gré et le secret médical a été rompu.	○	○	○	○
J'ai été soumis à un traitement ou à un examen inutile.	○	○	○	○
Le traitement ou l'examen était inutilement brutal ou douloureux.	○	○	○	○
On m'a refusé des médicaments contre la douleur alors que je souffrais.	○	○	○	○

On ne m'a pas – ou pas

suffisamment – informé-e-x sur le

traitement ou l'examen et ses

conséquences.

Autre (veuillez préciser dans le

champ de texte libre ci-dessous)

Autre(s) expérience(s) discriminatoire(s), à savoir

7.89.1 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 95)

3.4 Pensez à la dernière situation dans laquelle vous avez été victime de discrimination, de traitement condescendant et/ou de violence dans le domaine des soins de santé en Suisse :

La situation a-t-elle été le fait d’une seule personne ?

- Oui, elle a été le fait d'une seule personne.
- Non, elle a été le fait de plusieurs personnes.
- Ne s'applique pas, aucune personne n'a été impliquée.
- pas de réponse

7.90.1 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 96)

Qui est responsable de la situation (principalement) ?

- médecin (à l'exception des psychiatres)
- psychothérapeute ou psychiatre
- physiothérapeute
- aide-soignant-e-x
- employé-e-x de cabinet
- autre patient-e-x
- une personne rendant visite à un-e-x patient-e-x
- autres personnes, à savoir
- pas de réponse

7.91.1 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 97)

3.5 Qu'avez-vous fait plus tard à la suite de cette situation ?

Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.

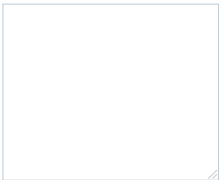
- J'ai changé de médecin.
- J'ai demandé l'avis d'un-e-x professionnel-le-x.
- J'ai cherché du soutien auprès d'ami-e-x s, de parent-e-x s ou de connaissances.
- J'ai déposé une plainte auprès d'un organisme officiel (par exemple, le bureau de médiation).
- J'ai déposé une plainte auprès de la police.
- Je n'ai rien fait (de plus).
- Autres, à savoir
- je ne sais pas
- pas de réponse

7.92 Ende (s. 98)

Nous avons atteint la fin de notre enquête !

Merci beaucoup !

Si vous souhaitez faire des commentaires sur les questions de santé et des thématiques LGBT+ abordées et/ou sur l'enquête, voici l'occasion de le faire :



Pour finir, nous aimerions savoir comment vous avez eu connaissance de notre enquête.

Vous pouvez choisir jusqu'à 3 options !

- ☐ Par un article de journal ou de magazine.
- ☐ J'ai reçu un e-mail d'une organisation LGBT ou d'un réseau en ligne.
- ☐ J'ai reçu un courriel d'une autre organisation ou d'un réseau en ligne.
- ☐ Quelqu'un m'a parlé de l'étude.
- ☐ Via les réseaux sociaux (par exemple, Facebook, Instagram, Twitter).
- ☐ J'ai vu une annonce en ligne pour l'enquête.
- ☐ J'ai vu une publicité pour l'enquête sur une application de rencontre.
- ☐ J'ai pris connaissance de l'enquête d'une manière différente, à savoir
- ☐ pas de réponse

8 Endseite

Vous avez des questions sur l'homosexualité, la bisexualité ou l'identité transgenre/trans ou vous avez besoin de soutien ? Dans ce cas, vous pouvez contacter le service **d'assistance téléphonique LGBT+** :<https://www.lgbt-helpline.ch/>

La Main tendue propose également des conseils anonymes, par exemple sur le thème des pensées suicidaires <https://www.143.ch/>

147.ch propose des conseils et de l'aide pour les adolescent e x s et les jeunes adultes jusqu'à 25 ans. Il y a aussi un chat entre pairs ici : <https://www.147.ch/fr>

<Une dernière demande...

Une étude est actuellement en cours en Suisse alémanique et en Suisse romande pour comprendre ce qui peut amener les jeunes LGBT à faire une tentative de suicide. L'objectif est d'utiliser les résultats pour améliorer la prévention du suicide dans cette population. Avez-vous fait une tentative de suicide entre l'âge de 14 à 25 ans et seriez-vous prêt en parler lors d'un entretien ?
trouvez de plus amples informations à l'adresse suivante : hslu.ch/etude-ts. L'étude est menée par la Haute école spécialisée de Lucerne en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV.

Vous pouvez maintenant fermer la fenêtre !

FERMER LA FENÊTRE