
Orientation sexuelle et bien-être psychologique

Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, épidémiologiste, INSERM U1153 – EPOPé, Paris
Brigitte Lhomond, sociologue, CNRS Triangle, Lyon

Journées Constances 9-10 novembre 2017

Homosexualité et santé mentale

L'homosexualité était considérée comme une pathologie jusqu'aux années 1970

- ✓ En 1968, la France adopte la classification de l'OMS classant l'homosexualité dans les maladies mentales.
 - ✓ En 1973, l'Association Américaine de Psychiatrie retire l'homosexualité de la liste des maladies mentales et du DSM-IV
 - ✓ L'OMS supprime l'homosexualité de la liste des maladies mentales le 17 mai 1993, date qui sera retenue pour la commémoration de la journée internationale contre l'homophobie.
 - ✓ Aucune organisation psychiatrique ou psychologique majeure ne considère actuellement l'homosexualité comme étant une maladie ni un sujet d'intervention en tant que tel. Beaucoup d'entre elles dénoncent fermement tout essai de changement d'orientation sexuelle comme étant dangereux, non nécessaire et inefficace.
- On est passé d'une vision majoritaire de l'homosexualité comme trouble psychiatrique à la santé mentale des homosexuel-les comme question de santé publique.

Publications dans journaux internationaux de santé publique depuis les années 1990 : AJPB 2001, 2008 ; BMJ 2004

- Éditoriaux
- Revues de littérature

FRAMING HEALTH MATTERS

Sexual and Gender Minority Health: What We Know and What Needs to Be Done

Kenneth H. Mayer, MD, Judith B. Bradford, PhD, Harvey J. Makadon, MD, Ron Stall, PhD, MPH, Hilary Goldhammer, MS, and Stewart Landers, JD, MCP

We describe the emergence of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health as a key area of study and practice for clinicians and public health professionals. We discuss the specific needs of LGBT populations on the basis of the most recent epidemiological and clinical investigations, methods for defining and measuring LGBT populations, and the barriers they face in obtaining appropriate care and services. We then discuss how clinicians and public health professionals can improve research methods, clinical outcomes, and service delivery for lesbian, gay, bisexual, and transgender people. (*Am J Public Health*. 2008;98:989-995. doi:10.2105/AJPH.2007.127811)

Over the past few decades, clinicians, public health researchers, and officials have become increasingly aware that lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) persons constitute sexual and gender minorities who have unique health care needs.^{1,2} This recognition

based activism, sexual minorities developed autonomous health facilities designed to provide culturally sensitive care.

By 1980, there were dozens of loosely networked clinics, mental health programs, and provider groups that focused on sexual mi-

developed not only some of the first programs for the counseling and care of people living with HIV/AIDS in the United States, but also the infrastructure needed to administer competitively reviewed grants from the National Institutes of Health and the Centers for Disease Control and Prevention. This unprecedented development of freestanding health centers in sexual-minority communities, as well as the enhanced attention that clinicians and researchers needed to devote to understanding sexual-minority patients' lifestyles, created a new paradigm that demonstrated the feasibility of conducting large-scale surveys and clinical trials in these communities.

Many of the first people to respond to the HIV/AIDS epidemic were lesbians, bisexuals,

RESEARCH AND PRACTICE

Twenty Years of Public Health Research: Inclusion of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations

Ulrike Boehmer, PhD

Despite increased interest in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) populations' health as a legitimate focus of scientific study, public health research has not been systematically reviewed to identify the extent to which LGBT issues have been addressed. Historically, public health researchers have not recognized LGBT persons as a population with distinct health issues outside a framework of sexual deviance or sexually transmitted diseases (STDs). Before the 1980s, most studies that addressed LGBT populations focused on the etiology of homosexuality¹ or on mental disorders because homosexuality was classified as such until 1973.²⁻⁴ In the 1980s, a new virus, later known as HIV, was initially recognized to occur among gay men.^{5,6} Research on HIV and AIDS incorporated measures of same-sex behaviors to assess "risk behaviors."^{7,8} In the 1990s, influenced by social movement

Objectives. This study determined to what extent lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) populations have been studied over the past 20 years of public health research. **Methods.** From MEDLINE English-language articles on human subjects published between 1980 and 1999, I identified articles that included LGBT individuals. The abstracts were analyzed with a coding procedure that categorized the content by topic, sexual orientation, and race/ethnicity.

Results. LGBT issues were addressed by 3777 articles, or 0.1% of all Medline articles; 61% of the articles were disease-specific, and 85% omitted reference to race/ethnicity. Research unrelated to sexually transmitted diseases addressed lesbians and gay men with similar frequency, whereas bisexual persons were less frequently considered, and the least amount of research focused on transgender individuals.

Conclusions. Findings supported that LGBT issues have been neglected by public health research and that research unrelated to sexually transmitted diseases is lacking. (*Am J Public Health*. 2002;92:1125-1130)

tute of Medicine report on lesbian health,¹ regularly point to the lack of representative, population-based data on LGBT individuals. In the absence of adequate data, LGBT research is frequently hindered by methodological issues, such as defining, measuring, and

was to determine how many of these studies specified the inclusion of LGBT individuals. With the same restrictions, a MEDLINE keyword search for the years 1980 to 1999 was conducted on Ovid on January 19, 2001. "Gay," "lesbian," "bisexual," "sexual orienta-

BMJ



Treating homosexuality as a sickness

Editorial

Special Issue on Mental Health of LGBT Adolescents and Young Adults

The subject of mental health of youth and young adults who are sexual orientation or gender identity minorities (lesbian, gay, bisexual or transgender, or "LGBT")..... [Weber S. JCAPN 2010; 23,1](#)

Objectifs

- ✓ Etudier les relations entre l'orientation sexuelle et la santé mentale, pour l'ensemble de la population
- ✓ Analyser si ces relations sont similaires pour les femmes et pour les hommes
- ✓ Tester une éventuelle hétérogénéité sociale en analysant l'ampleur de ces relations dans différents groupes sociaux

Données sur l'orientation sexuelle

- ✓ Sexe des partenaires



Données de santé mentale

- ✓ Échelle de dépressivité, le CES-D
- ✓ Tentatives de suicide
- ✓ Consommation d'alcool, de cannabis

Données sociodémographiques

- ✓ Age
- ✓ Niveau d'études, situation d'emploi
- ✓ Revenus du ménage
- ✓ Situation de couple
- ✓ Taille de l'agglomération

Biographie sexuelle

- ✓ Age au 1^{er} rapport
- ✓ Nombre de partenaires

Analyse sur une base communiquée le 15 juin 2017

Résultats – Sexe des partenaires au cours de la vie

	Femmes	Hommes	
<i>Effectifs</i>	52 678	45 950	
- ont eu des rapports sexuels	98,1 %	98,5 %	
Parmi ces derniers,			
- ont eu des rapports homosexuels	3,7 %	6,7 %	
CSF - 2006	6 824	5 540	
- ont eu des rapports homosexuels	3,9%	4,0%	<i>Bajos et al. Ed la Découverte, Paris, 2008</i>
ACSF - 1992	2 088	2 595	
- ont eu des rapports homosexuels	2,6%	4,1%	<i>Spira et al. La Documentation Française, Paris, 1993</i>
Rapport Simon - 1970	1 375	1 250	
- ont eu des rapports homosexuels	3,0%	6,0%	<i>Simon et al. Julliard et Charron, Paris, 1972</i>

Résultats – Sexe des partenaires et caractéristiques socio-démographiques

		Femmes		Hommes	
Partenaires		Autre sexe	Même sexe	Autre sexe	Même sexe
Age en années (<i>moyenne</i>)		46,5	41,7	48,4	44,2
			p<0,001		p<0,001
		%	%	%	%
Vie en couple	cohabitant	70,1	56,2	78,8	53,2
	non cohabitant	8,7	14,9	7,0	12,2
	pas en couple	21,2	28,9	14,3	34,6
			p<0,001		p<0,001
Taille d'agglomération	<10 000 hab.	12,8	8,4	13,5	5,6
	10 000 – 200 000	20,1	14,1	20,8	11,6
	> 200 000	45,6	42,5	45,7	33,0
Région Parisienne		21,4	35,0	19,1	49,7
			p<0,001		p<0,001

Résultats – Sexe des partenaires et caractéristiques sociales

		Femmes		Hommes	
Partenaires		Autre sexe	Même sexe	Autre sexe	Même sexe
		%	%	%	%
Diplôme	moins que bac	20,0	13,1	27,5	14,3
	bac	18,4	17,8	18,3	14,5
	bac +1 à bac +4	40,5	40,3	30,2	35,0
	bac +5 ou +	21,1	28,8	26,0	36,2
			p<0,001		p<0,001
Revenus du ménage (€/mois)					
	<2100	25,6	37,0	19,7	27,6
	2100-2800	16,6	16,8	15,5	14,8
	2800-4200	30,9	23,0	32,4	23,4
	4200 ou +	26,9	23,2	32,4	34,2
			p<0,001		p<0,001

Résultats – Sexe des partenaires et biographie sexuelle

Partenaires	Femmes		Hommes	
	Autre sexe	Même sexe	Autre sexe	Même sexe
Age au 1 ^{er} rapport (<i>moyenne en années</i>)	18,4	17,4	18,4	18,1
		p<0,001		p<0,004
Nombre de partenaires (<i>vie</i>)	%	%	%	%
plus de 10	7,1	28,7	13,8	39,3
		p<0,001		p<0,001
Partenaire stable actuel	78,1	71,4	83,0	61,1
		p<0,001		p<0,001

Résultats – Sexe des partenaires, santé mentale et consommation de substances

Partenaires		Femmes		Hommes	
		Autre sexe	Même sexe	Autre sexe	Même sexe
Dépression (<i>CES-D>16</i>)	%	27,7	32,9	16,2	26,9
			p<0,001		p<0,001
Tentative de suicide (<i>vie</i>)	%	2,6	6,4	1,2	3,8
			p<0,001		p<0,001
Dépendance à l'alcool (<i>AUDIT</i>)	%	2,2	7,8	6,1	9,3
			p<0,001		p<0,001
Cannabis (<i>12 mois</i>)	%	6,6	23,4	11,2	21,0
			p<0,001		p<0,001

Résultats – Santé mentale selon le sexe des partenaires: OR bruts et ajustés

Partenaires	Femmes		Hommes	
	Autre sexe	Même sexe	Autre sexe	Même sexe
Dépression (CES-D>16)				
OR bruts	1	1,28 [1,1-1,4]	1	1,90 [1,7-2,1]
OR ajustés*	1	1,09 [0,8-1,2]	1	1,35 [1,2-1,5]
	ns		<0,001	
Tentative de suicide				
OR bruts	1	2,57 [2,0-3,2]	1	3,33 [2,6-4,2]
OR ajustés*	1	2,30 [1,8-3,1]	1	2,94 [2,2-3,9]
	<0,001		<0,001	

*ajustés sur âge, vie en couple, revenus, statut d'emploi, taille de l'agglomération, âge au 1er rapport sexuel et avoir eu plus de 10 partenaires sexuels

Résultats – Consommation de substances selon le sexe des partenaires: OR bruts et ajustés

Partenaires	Femmes		Hommes	
	Autre sexe	Même sexe	Autre sexe	Même sexe
Dépendance à l'alcool				
OR bruts	1	3,78 [3,1-4,6]	1	1,59 [1,4-1,8]
OR ajustés*	1	2,06 [1,6-2,6]	1	0,92 [0,8-1,1]
	<0,001		ns	
Cannabis 12 mois				
OR bruts	1	4,30 [3,8-4,9]	1	2,10 [1,9-2,3]
OR ajustés*	1	2,20 [1,9-2,6]	1	1,08 [0,9-1,2]
	<0,001		ns	

*ajustés sur âge, vie en couple, revenus, statut d'emploi, taille de l'agglomération, âge au 1er rapport et avoir eu plus de 10 partenaires sexuels

Association entre l'orientation sexuelle (sexe des partenaires)

- ✓ et la santé mentale : plus forte pour les hommes
- ✓ et la consommation de substances : plus forte pour les femmes

Résultats – Dépression selon le sexe des partenaires et le niveau d'études

		Femmes		Hommes	
Partenaires		Autre sexe	Même sexe	Autre sexe	Même sexe
% de dépression (CES-D>16)					
Diplôme	moins que bac	35,2	47,4	20,5	39,1
	bac	30,6	40,1	17,4	35,7
	bac +1 à bac +4	24,9	30,5	14,8	23,6
	bac +5 ou +	22,4	25,4	12,2	20,2
		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001

Hétérogénéité sociale ?

		Femmes		Hommes	
Partenaires		Autre sexe	Même sexe	Autre sexe	Même sexe
			OR [IC à 95%]		OR [IC à 95%]
Dépression (CES-D > 16)					
Diplôme	bac ou moins	1	1,55 [1,3-1,9]	1	2,49 [2,1-2,9]
	plus que bac	1	1,25 [1,1-1,4]	1	1,77 [1,6-2,0]
Tentative de suicide					
Diplôme	bac ou moins	1	3,00 [2,1-4,2]	1	4,91 [3,5-6,9]
	plus que bac	1	2,42 [1,7-3,4]	1	3,09 [2,1-4,5]
Dépendance à l'alcool					
Diplôme	bac ou moins	1	4,15 [2,8-6,0]	1	2,20 [1,7-2,8]
	plus que bac	1	3,61 [2,8-4,6]	1	1,34 [1,1-1,6]
Cannabis 12 mois					
Diplôme	bac ou moins	1	6,43 [5,1-8,1]	1	2,55 [2,1-3,1]
	plus que bac	1	3,54 [3,0-4,2]	1	1,79 [1,6-2,0]

Synthèse

- ✓ Détresse psychologique plus fréquente pour les personnes qui ont eu des relations homosexuelles
- ✓ Fortes inégalités sociales de santé mentale, quelle que soit l'orientation sexuelle
- ✓ Hétérogénéité sociale ?

Forces

- ✓ Large échantillon
- ✓ Grande diversité sociale
- ✓ Données de qualité sur la santé mentale et sur la situation sociale

Limites

- ✓ Indicateur d'orientation sexuelle succinct

Nos résultats: en concordance avec la littérature

Méta-analyse – King et al. BMC Psychiatry, 2008

RR [LGB/hétero]		Hommes		Femmes
Dépression (12 mois)	4 études	2,41 [1,80-3,23]	4 études	2,13 [1,66-2,72]
Tentative de suicide (vie)	5 études	4,28 [2,32-7,88]	4 études	1,82 [1,59-2,09]
Dépendance à l'alcool (12 mois)	5 études	1,51 [1,13-2,02]	5 études	4,00 [2,85-5,61]
Dépendance aux drogues (12 mois)	3 études	2,41 [1,48-3,92]	4 études	3,50 [1,87-6,53]

Données CSF - France - 2006

OR [LGB/hétero]		Hommes		Femmes
Dépression chronique		2,51 [1,37-4,59]		2,10 [1,36-3,23]
Cannabis (12 mois)		2,34 [1,73-3,16]		8,17 [6,02-11,1]

Risque accru de troubles dépressifs, anxieux et de consommation de substances pour les personnes ayant des rapports homosexuels
Des inégalités sociales d'ampleur similaire parmi ces personnes et les personnes hétérosexuelles

Possibles explications du risque accru

- ✓ discrimination, stigmatisation (Mays & Cochran, 2001), stress minoritaire (Meyer, 2003)
- ✓ absence de soutien social, rejet de la famille

Comment la position socio économique influence-t-elle la santé mentale chez les minorités sexuelles ?

Poursuivre la recherche, en santé publique et en sciences sociales, avec des indicateurs solides tant sur la santé mentale que sur l'orientation sexuelle