

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2024

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 05/09/2024

Par

Hélène ROSSIGNOL

**Étude des caractéristiques de consommation de substances
psychoactives des FSF et des personnes transgenres.**

Dirigée par M. le Docteur Dorian Rollet

JURY

Mme la Professeure Isabelle Aubin - Auger
M. le Docteur Dorian Rollet
Mme la Professeure Florence Vorspan
M. le Docteur Julien Flouriot

Présidente
Directeur
Membre du jury
Membre du jury

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteure. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.1

Remerciements

À Mme la Professeure Isabelle Aubin-Auger, Professeure des universités de Médecine Générale

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury aujourd'hui et merci de l'intérêt que vous portez à mon travail.

À M. le Docteur Dorian Rollet, Praticien hospitalier

Merci pour ton accompagnement bienveillant et stimulant, ton enthousiasme et tes encouragements pendant ces trois années de collaboration. Merci pour la confiance que tu m'as montrée en me proposant de diriger ma thèse et en construisant ensemble son sujet. Tes conseils précieux, ton avis toujours constructif, ton engagement et ta disponibilité ont façonné cette thèse. Merci aussi de m'avoir accompagnée dans ma vie et mes questionnements professionnels et de continuer à le faire.

À M. le Docteur Julien Flouriot, Chef de clinique assistant

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury aujourd'hui. Merci pour ton engagement dans ce travail, merci pour les explications et réflexions que nous avons échangées et qui m'ont beaucoup apporté dans la construction et la finalisation de ce projet. Merci aussi pour ta présence et ta disponibilité bienveillante et stimulante durant ce semestre.

À Mme la Docteure Florence Vorspan, Professeure des universités – praticien hospitalier.

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury aujourd'hui. Merci de votre suivi et de votre confiance au cours de mes différents semestres à Fernand Widal.

Merci à l'ensemble de l'équipe du CSAPA Murger pour votre accueil et accompagnement au quotidien, merci pour votre présence et vos réponses bienveillantes face à mes questionnements, hésitations et dans les situations complexes. Merci de me faire la confiance de partager vos pratiques et réflexions qui participent à ma construction en tant que médecin.

Merci à Laetitia et à tou.te.s les membres du CSAPA Gaia de m'avoir si bien accueillie dans leur équipe, merci pour l'enthousiasme et l'engagement que vous mettez à accompagner les usager.e.s. J'espère garder de votre engagement dans ma pratique future.

Merci à tou.te.s les membres du Centre Pierre Nicole, de la CJC Saint Jacques et du CSAPA Vaucouleurs pour ce semestre passé à vos côtés, merci pour le partage de votre expérience dans le vaste éventail des champs de l'addictologie et votre supervision bienveillante.

Merci à Framboise, Caroline et Hélène pour les vendredis à Vaucouleurs.

Merci à Hannane et à l'équipe du Checkpoint Paris pour leur implication dans ce travail, pour leur aide à l'élaboration du projet puis leur soutien à l'étude et participation au recrutement. Merci pour leur expertise et militantisme en tant que centre de santé communautaire.

Merci à Mathilde, Maxime, Nadia, Anne Gaëlle et Nora pour leur accompagnement et leurs enseignements bienveillants à différentes étapes de ma formation en tant que médecin généraliste. Merci pour l'humanité, la patience, la rigueur et la réflexivité que vous mettez dans chacune de vos consultations et que j'espère réussir à garder et reproduire.

Merci à toute l'équipe de La Place Santé pour l'engagement qu'elle porte au quotidien auprès des habitant.e.s du Franc-Moisin, merci pour votre confiance de me donner une place dans ce projet coopératif.

Merci à toutes les associations qui ont participé à la diffusion de cette étude. Merci pour votre engagement militant au quotidien auprès des personnes de la communauté LGBT+ et merci pour le soutien et l'aide précieuse que vous avez apporté à ce travail.

Merci à Maeva Fortias, Maé Ilieff, Louve Zimmerman, Zoé Boyer, Hannane Mouhim et Diane Wurtz pour votre aide à l'élaboration et à l'amélioration du questionnaire.

Remerciements personnels

Merci à mes parents pour leur amour, leur soutien, leur confiance dans chacun de mes projets.

Merci à ma sœur d'être toujours à mes côtés. Merci pour le bonheur, la force et la chance de grandir avec toi main dans la main.

Merci à mes amies lesbiennes Justine, Camille, Mahauld, Mathilde, Margot, Julia, Lola et autres, pour leur affection, pour leur présence au quotidien. Merci pour la joie militante que nous partageons, merci de m'offrir de grandir parmi et avec vous, merci pour votre humour, merci pour nos projets communs et chaque moment partagé. Votre présence dans ma vie a évidemment participé à l'élaboration puis à la réalisation de ce travail, merci aussi pour ça.

Merci à Justine spécifiquement pour ta relecture attentive et tes conseils pertinents.

Merci à Aude pour ton affection, pour nos discussions, pour ta confiance, pour ton écoute et pour tout ce que nous partageons qui m'est si précieux.

Merci à Victor de m'avoir offert de me découvrir, de me construire à tes côtés et de continuer à y être si affectueusement.

Merci Augustin et Capucine pour la chaleur votre amitié, pour la chance d'avoir pu traverser ces études ensemble et pour tous les doux moments passés et à venir.

Merci à Giulia tout particulièrement, pour ton aide si précieuse à l'élaboration de l'affiche et des posts de présentation de l'étude.

Merci à Zoé pour la traduction et tes encouragements dans les derniers jours de ce travail.

Merci à Laurène pour ton amitié, pour la joie du jeu et la passion.

Merci à Judith pour ton soutien depuis les premières années de concours, qui ont lancé toute la suite que tu accompagnes affectueusement.

Merci à Gabrielle pour ta présence continue et indéfectible au long de toutes ces années d'études, depuis le premier jour. Merci pour ton amitié, ton soutien, ta relecture, tes conseils et tous ces moments partagés.

Merci à Laure, Lucie et Louise de m'avoir fait une place dans votre trio et pour votre douce amitié depuis toutes ces années.

Et merci à Juliette pour tout ce que nous vivons, pour tout ce que tu m'apportes de confiance et d'amour dans ma construction personnelle. Merci pour l'envie et la force que tu me donnes de participer ensemble à un monde un peu meilleur.

Résumé et indexation en français

Étude des caractéristiques de consommation de substances psychoactives des FSF et des personnes transgenres.

Résumé :

Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) et les personnes transgenres présentent des caractéristiques et des besoins de santé spécifiques qui sont trop peu étudiés et considérés par les politiques de santé publique et les professionnel-le-s de santé. Parmi ces enjeux de santé spécifiques, une plus grande prévalence de consommation de substances psychoactives. Notre étude a pour objectif de décrire ces consommations et d'en identifier des facteurs associés pour améliorer la prise en charge des FSF et personnes transgenres concernant ces consommations. Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle, analytique et transversale. Le recueil de données a eu lieu de juin à décembre 2023, sous la forme d'un auto-questionnaire anonyme diffusé dans un centre de santé communautaire LGBT +, et sur les réseaux sociaux via les comptes d'associations militantes LGBT+ et de réduction des risques à Paris et Marseille. Notre population était constituée de 698 personnes avec une moyenne d'âge de 26,9 ans. Nous avons mis en évidence 54 % de mésusage en alcool, associé au fait d'avoir subi des discriminations, de fréquenter les lieux LGBT + et de présenter un mésusage à une autre substance psychoactive. Nous avons également identifié dans 43 % de la population totale de l'échantillon, une consommation de substances psychoactives hors alcool dépassant le seuil d'identification d'un mésusage, associé au fait de ne pas avoir suivi d'études supérieures, d'avoir été victime de violences, d'avoir subi des discriminations et d'en identifier un impact négatif sur sa santé, le fait de présenter un mésusage en alcool et le fait de consommer en contexte sexuel. En résumé, notre étude a confirmé la prévalence accrue de consommation et de mésusage de substances psychoactives chez les FSF et chez les personnes transgenres, et permis d'identifier des facteurs associés à ces consommations. La réalisation d'autres études pour préciser les besoins de cette population hétérogène est nécessaire afin de proposer des actions spécifiques en santé publique et en soins primaires.

Spécialité :

Médecine générale

Mots clés français :

Trouble lié à l'usage de substance ; homosexualité féminine ; personnes transgenres ; santé mentale

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Résumé et indexation en anglais

A study of the characteristics of psychoactive substance use by women who have sex with women (WSW) and transgender people.

Abstract :

Women who have sex with women (WSW) and transgender people display specific characteristics and health needs which are understudied and insufficiently considered by public health policies and healthcare professionals. Among these specific health issues is a higher prevalence of the consumption of psychoactive substances. This research aims to describe this substance use, and to identify associated factors, in order to improve the care of WSW and transgender people. It is a quantitative, observational, analytical and cross-sectional study. The data was collected between June and December 2023, in the form of an anonymous questionnaire that was distributed in an LGBT+ community health centre, and on social media via the accounts of LGBT+ and harm reduction activist associations in Paris and Marseille. The population consisted of 698 people with an average age of 26.9 years old. We found that 54% of respondents misused alcohol, which was related to having experienced discrimination, frequenting LGBT+ venues, and misusing other psychoactive substances. We also observed that 43% of the total population in the sample used psychoactive substances, other than alcohol, in a manner that is above the threshold for identifying misuse. This was associated with not having attended higher education, having been a victim of violence, having suffered discrimination with a resulting negative impact on health, misusing alcohol, and using in a sexual context. Our study confirmed the higher prevalence of psychoactive substance use and misuse among WSW and transgender people, and identified factors associated with such use. Further studies are needed to clarify the needs of this heterogeneous population, so that specific public health and primary care measures can be proposed.

English keywords:

Substance abuse, feminine homosexuality, transgender people, mental health.

Publication type:

MeSH : Academic Dissertation

Liste des abréviations

- AFAB : assigned female at birth
- AMAB : assigned male at birth
- AIDS : acquired immunodeficiency syndrome
- ASSIST : alcohol smoking and substance involvement screening test
- AUDIT-C : alcohol use disorder identification test – concise
- BEP : brevet d'études professionnelles
- CAP : certificate d'aptitudes professionnelles
- CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés
- CPP : comité de protection des personnes
- CSAPA : centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- DUDIT : drug use disorders identification test
- EDC : épisode dépressif caractérisé
- FSF : femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes
- GBL : gamma-butyrolactone
- GHB : acide gamma-hydroxybutyrique
- HSH : homme ayant des relations sexuelles avec des hommes
- IC : intervalle de confiance
- IG : identité de genre
- LGBT+ : lesbiennes, gays, bisexuels, trans et autres personnes queer
- LSD : diéthylamide de l'acide lysergique
- MDMA : 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine
- MG : médecine générale
- MSG : minorités sexuelles et des genres
- MT : médecin traitant
- NB : non binaire
- NSN : nombre de sujets nécessaire
- OFDT : observatoire des drogues et toxicomanies
- OMS : organisation mondiale de la santé

- OR : odd ratio
- OS : orientation sexuelle
- PHQ4 : patient health questionnaire
- SD : standard deviation
- SPA : substance psychoactive
- TDS : travail du sexe
- VIH : virus d'immunodéficience humaine

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
REMERCIEMENTS PERSONNELS	4
RESUME ET INDEXATION EN FRANÇAIS	5
RESUME ET INDEXATION EN ANGLAIS	6
LISTE DES ABREVIATIONS	7
TABLE DES MATIERES	9
INTRODUCTION	12
1 : JUSTIFICATION DE L'ETUDE	14
1.1 VÉCU DE VIOLENCE ET DISCRIMINATIONS	14
1.2 ENJEUX DE SANTE MENTALE	15
1.3 CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....	16
1.4 CHEMSEX	17
1.5 EXPERIENCE DE STRESS MINORITAIRE.....	18
1.6 APPROCHE SYNDEMIQUE	19
2 : OBJECTIFS DE L'ETUDE	21
3 : METHODE	23
3.1 TYPE D'ETUDE.....	23
3.2 POPULATION	23
3.2.1 <i>Échantillonnage</i>	23
3.2.2 <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	24
3.3 CRITERES DE JUGEMENTS	24
3.4 RECUEIL DES DONNEES	24
3.4.1 <i>Accès au questionnaire</i>	24
3.4.2 <i>Diffusion en ligne</i>	25
3.4.3 <i>Associations participantes</i>	26
3.4.4 <i>Durée de l'étude</i>	27
3.5 DONNEES RECUEILLIES.....	27
3.5.1 <i>Contexte sociodémographique</i> :	28
3.5.2 <i>Consommations de substances psychoactives</i> :.....	28
3.5.3 <i>Exploration du vécu en tant que personne issues des minorités sexuelles et/ou de genre</i> :.....	29
3.5.4 <i>Exploration des comorbidités psychologiques et somatiques</i> :.....	29

3.5.5	<i>Retours et expérience sur les consultations passées en médecine générale :</i>	30
3.6	METHODES STATISTIQUES	30
3.6.1	<i>Nombre de sujets nécessaires</i>	30
3.6.2	<i>Logiciels employés</i>	32
3.6.3	<i>Analyse statistique</i>	32
3.7	ÉTHIQUE	33
4	RESULTATS	34
4.1	RESULTATS DESCRIPTIFS	34
4.1.1	<i>Échantillon</i>	34
4.1.2	<i>Caractéristiques socio démographiques</i>	35
4.1.3	<i>Caractéristiques vie relationnelle et vécu communautaire</i>	38
4.1.4	<i>Caractéristiques des consommations et santé mentale</i>	41
4.1.5	<i>Suivi en médecine générale</i>	43
4.2	ANALYSES UNIVARIEES	44
4.2.1	<i>AUDIT-C</i>	44
4.2.2	<i>DUDIT</i>	45
4.2.3	<i>Données de soins primaires</i>	47
4.3	ANALYSES MULTIVARIEES	49
4.3.1	<i>AUDIT-C</i>	49
4.3.2	<i>DUDIT</i>	51
5	DISCUSSION	54
5.1	CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON	54
5.2	CONSOMMATIONS DE SPA	54
5.3	MESUSAGES	56
5.4	DEPENDANCE	58
5.5	ALCOOL ET REVENUS	59
5.6	LIEUX LGBT+ ET ALCOOL	60
5.7	VIOLENCES ET DISCRIMINATIONS	60
5.8	SANTE MENTALE	62
5.9	MEDECINE GENERALE	62
5.10	FORCES ET LIMITES	64
5.10.1	<i>Forces</i>	64
5.10.2	<i>Limites</i>	64
	CONCLUSION	66
	BIBLIOGRAPHIE	67
	TABLE DES TABLEAUX	75

TABLE DES FIGURES	76
ANNEXES	77
ANNEXE 1 : AFFICHE DE PRESENTATION ET ACCES AU QUESTIONNAIRE AU CHECKPOINT	77
ANNEXE 2 : POSTS DE PRESENTATION DE L'ETUDE SUR LES RESEAUX SOCIAUX.....	78
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE PAPIER.....	81
ANNEXE 4 : NOTE D'INFORMATION	89

Introduction

Les personnes transgenres constituent un groupe de personnes pour lesquelles le genre attribué à la naissance diffère de l'identité de genre dans laquelle elles se reconnaissent et qu'elles revendiquent. La population des personnes transgenres est plurielle et comprend des femmes transgenres (personnes assignées homme à la naissance, qui s'identifient comme femmes), des hommes transgenres (personnes assignées femme à la naissance qui s'identifient comme hommes), ainsi que des personnes non binaires, c'est-à-dire pour qui le ressenti de genre dépasse les notions binaires et opposées d'homme et de femme ou qui ne s'identifient pas à un genre (1,2).

L'intégralité de ce travail a été rédigée en écriture inclusive. Son utilisation est justifiée, en lien avec la diversité d'identités de genre des personnes interrogées, d'une part par la nécessité de l'usage dégenré de noms, pronoms et adjectifs qui les caractérisent, et d'autre part par la volonté de donner de la visibilité à chacune des personnes participantes dans l'écriture.

La population FSF (femme ayant des relations sexuelles avec des femmes) correspond à une population de femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes. Elle comprend les femmes qui se déclarent homosexuelles (qui déclarent qu'elles ont des relations avec des personnes du même genre), bisexuelles (qui déclarent qu'elles ont des relations avec des personnes du même genre et/ou du genre opposé) ou hétérosexuelles (qui déclarent qu'elles ont des relations sexuelles avec des personnes du genre opposé) (3).

La population FSF et la population des personnes transgenres ne font que rarement l'objet d'études spécifiques en santé, elles sont noyées dans des groupes de population où elles sont minoritaires. D'une part, dans les études de santé à l'intention de la population LGBT+ dans son ensemble, les données sont saturées par les caractéristiques de la population des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). D'autre part, les études à l'intention des femmes n'interrogent que rarement l'orientation sexuelle ou l'identité de genre et ne permettent pas de fournir des données ciblées sur les FSF ou sur les femmes transgenres, largement minoritaires face aux femmes cisgenres et hétérosexuelles. Il n'existe donc pas

d'état des lieux de la santé des FSF en France (4). En outre, la recherche sur leurs spécificités de santé et l'offre de soin dirigée explicitement vers ce public semblent pauvres (5).

Certain·e·s auteur·e·s dénoncent une exclusion et une invisibilisation de ces populations des politiques de santé publique (6) et réclament la production de données de santé sur leurs besoins spécifiques, une meilleure adéquation des soins à leurs besoins spécifiques et une meilleure accessibilité de ces soins (7). Aussi, les associations communautaires demandent des campagnes de sensibilisation et des programmes de formation à destination des professionnels de santé (8).

Les rares études qui s'intéressent à la santé des personnes transgenres mettent en évidence des besoins de santé non satisfaits et un mauvais état de santé déclaré (9). Les préjugés du personnel soignant et la gêne ressentie par les personnes transgenres lors des consultations entraînent également une part importante de renoncement aux soins dans cette population (10).

Tous ces constats mettent en lumière une réelle nécessité d'étude et de caractérisation de l'état de santé des populations des personnes transgenres et des FSF. Les retombées potentielles seraient de mieux former le personnel soignant à les accueillir, de proposer des soins accessibles et en adéquation avec leurs besoins spécifiques, et de promouvoir des politiques et actions de santé ciblées sur ces besoins.

1 : Justification de l'étude

1.1 Vécu de violence et discriminations

Parmi les problématiques de santé spécifiques des personnes transgenres et des FSF on note une vulnérabilité psychique liée au stress répété provoqué par la stigmatisation, les discriminations sociales et institutionnelles et une plus grande exposition aux violences.

Ainsi dans l'enquête Virage, la moitié des lesbiennes et les trois quarts des femmes bisexuelles ont déclaré avoir subi au cours des douze derniers mois au moins une forme de violences (drague importune, insulte, violences physiques, violences sexuelles) contre moins d'un tiers des femmes hétérosexuelles. Les constats sont les mêmes lorsqu'on s'intéresse à la sphère familiale : les lesbiennes et les bisexuelles rapportent 2,5 fois plus de violences que les femmes hétérosexuelles (47 % vs 19 %) (11).

En 2018, on recense encore en France une agression physique homophobe et transphobe toutes les 33 heures et une agression verbale toutes les 8 heures, exposant les personnes LGBT+ à un stress important au quotidien (12).

Le CRIPS rapporte que plus de 60 % des femmes se déclarant FSF interrogées, disent avoir vécu au moins un épisode de violence lesbophobe dans leur vie. Selon la *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey* (NISVS) de 2010, 1 femme rapportant des attirances et/ou des pratiques homosexuelle sur 3 aurait connu au moins une forme de violence physique sévère de la part d'un·e partenaire intime (contre 1 femme hétérosexuelle sur 4) (13). Ces violences s'exercent aussi dans l'espace médical ; 20 % déclarent y avoir déjà subi des commentaires lesbophobes, rejets ou refus de soins (13).

Ce constat est le même chez le public trans ; selon le rapport 2023 de l'association SOS Homophobie, le nombre de cas de transphobie a augmenté de 35 % par rapport à 2020, et de 27 % par rapport à 2021. La part de personnes trans et non binaires contactant l'association serait également en augmentation : celle-ci était à 13 % en 2021, et s'est élevée à 18 % en

2022. Ce phénomène pourrait être compris comme étant un effet de la banalisation du rejet des personnes trans et non binaires par certaines personnalités politiques, certains médias ou sur les réseaux sociaux (14).

1.2 Enjeux de santé mentale

Dans les deux populations FSF et transgenre, les violences et discriminations répétées sont connues pour être associées à une prévalence accrue de l'anxiété, des épisodes dépressifs, des idées suicidaires et des usages et troubles de l'usage de produits psychoactifs (15–17).

Santé Publique France rapporte en outre en 2021 que chez les femmes, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) dans l'année et des symptômes dépressifs actuels est deux fois plus importante chez les bisexuelles ou lesbiennes que chez les hétérosexuelles (respectivement 13 % vs 8 % et 24 % vs 13 %) tout comme la prévalence des pensées suicidaires (13 % vs 5 %). Quant à la prévalence de tentative de suicide au cours de l'année passée, elle est 3 fois plus importante chez les lesbiennes ou bisexuelles que chez les hétérosexuelles (2 % vs 0,4 %) (11).

Quant aux personnes transgenres, une enquête américaine rapportait en 2018 que 43% avaient déjà subi un épisode dépressif, 36% eu des pensées suicidaires et 10% fait une tentative de suicide au cours des douze mois précédant l'enquête (18).

Ces chiffres sont appuyés par l'enquête canadienne Trans PULSE publiée en 2020, où 56 % des interrogé·e·s avaient qualifié leur santé mentale de « passable ou mauvaise ». Un tiers des répondant·e·s déclaraient avoir envisagé de se suicider au cours de la dernière année et 1/20 déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de cette même période (19).

Les jeunes transgenres présentent des taux plus élevés de troubles de santé mentale que les jeunes cisgenres, et iels font souvent état de dépression, d'automutilation, d'idéation suicidaire et de tentatives de suicide (9). Dans cette population, le risque de tentative de suicide avant 25 ans serait de 50 % environ – chiffre comparable dans diverses régions du monde (13).

Mêmes résultats dans une l'étude canadienne sur la santé des jeunes trans « Être en sécurité, être soi-même » : La majorité des jeunes trans et/ou non-binaires (88 %) indiquent avoir un trouble de santé mentale chronique, telles que la dépression ou l'anxiété (16).

1.3 Consommations de substances psychoactives

On observe chez les personnes transgenres et chez les FSF une consommation de substances psychoactives plus importante qu'en population générale (20), qui peut être mise en lien avec la souffrance psychique accrue d'une part et toujours le vécu discriminatoire et l'omniprésence des violences d'autre part. Ainsi, chez les FSF comparativement aux femmes hétérosexuelles, on observerait plus de consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites (21,22) et plus de critères de trouble de l'usage de ces substances (15,23,24).

Dans la population transgenre la prévalence des consommations et des conduites addictives est plus marquée que dans la population générale, avec une association significative entre ces troubles et le vécu des discriminations transphobes (25,26).

Ainsi les personnes qui s'identifient comme LGBT+ seraient, selon des données récentes (2019) rapportées par Sidaction, deux à cinq fois plus susceptibles de consommer des drogues, de l'alcool ou du tabac que les personnes hétérosexuelles cisgenres (12).

En 2022, Santé Publique France concède que les données concernant les femmes lesbiennes et les personnes trans sont anciennes et/ou incomplètes mais vont dans le sens d'une consommation plus importante de tabac et d'alcool, ainsi que pour les autres drogues.

Selon l'enquête nationale sur les violences envers les femmes (Enveff) menée en 2000, c'est pour le cannabis, le LSD, la cocaïne et l'ecstasy qu'on observe les plus grandes différences : 10 % des femmes ayant eu des rapports homosexuels avaient pris du LSD au cours de leur vie, et 7 % de la cocaïne, contre respectivement 0,4 % et 0,5 % des femmes exclusivement hétérosexuelles. Chez les personnes transgenres, la consommation de psychotropes et de drogues illicites est également plus importante : 15 % des répondant.e.s avaient expérimenté la cocaïne et 8 % l'héroïne versus 2 % et 2,6 % en population générale (11).

Une étude canadienne menée à l'échelle régionale de la province d'Ontario a constaté qu'environ 12,3 % des Ontariens transgenres ont déclaré avoir consommé au cours de la dernière année des drogues illicites, le plus souvent de la cocaïne ou des médicaments opioïdes hors prescription. Par rapport à la population de référence (cisgenre) au cours de la même période, les personnes trans étaient cinq à six fois plus susceptibles de déclarer consommer de la cocaïne et des amphétamines (27).

Comme nous avons pu le voir, de nombreuses études interrogent, dans la population transgenre, le lien direct entre vécu discriminatoire transphobe et consommations de substances psychoactives. Elles mettent en lumière une association significative, appuyant la théorie du stress minoritaire (développée plus tard) qui établit que le vécu discriminatoire favorise un plus mauvais état de santé psychique et contribue au risque de trouble de l'usage de substance (26,28,29).

1.4 Chemsex

Depuis une quinzaine d'années, on assiste en France à l'émergence puis l'expansion du phénomène du Chemsex. Le Chemsex est défini par la prise de produits psychoactifs dans le but d'augmenter l'intensité, la durée et la performance d'une activité sexuelle avec un ou plusieurs partenaires. Ce phénomène est prévalent dans la communauté des HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes), concernant 13 à 14% d'entre eux au cours des 12 derniers mois (30). Il existe de rares études sur l'usage sexualisé de drogues chez les FSF, qui mettent en évidence une prévalence importante de cet usage si l'on considère un large éventail de substances et une prévalence accrue de cette utilisation dans la population FSF par rapport aux femmes hétérosexuelles (31,32).

De plus la porosité des groupes chez les jeunes et dans des contextes festifs pourrait entraîner une diffusion de l'utilisation non sexualisée des substances habituellement associées au chemsex comme les cathinones et le GHB/GBL dans les milieux non HSH, en particulier celui des FSF et des personnes transgenres (33,34).

1.5 Expérience de stress minoritaire

Le *Minority Stress Model* ou concept de stress minoritaire en français a été développé et appliqué aux personnes LGBT+ par Meyer en 2003 (35). Il établit que toute personne LGBT+, en plus d'être soumise aux facteurs de stress généraux liés à son environnement, est soumise, du fait de son appartenance à une minorité sexuelle, à d'autres facteurs de stress. Il catégorise ces derniers en facteurs de stress « distaux » ou externes, qui correspondent au vécu discriminatoire, aux violences, aux stigmatisations, et facteurs de stress « proximaux » ou internes, que constituent l'appréhension du rejet, l'homophobie internalisée et les dissimulations. Le modèle présente l'accumulation de ces facteurs de stress et les stratégies de *coping* de l'individu, c'est-à-dire les techniques qu'il développe pour y faire face, comme des déterminants de l'état de santé mental de la personne.

Selon ce concept de stress minoritaire, on peut comprendre la consommation et l'abus de substances comme un comportement lié au stress parmi les populations de minorités sexuelles, développé pour faire face à leur expérience de stigmatisation et de discrimination (36).

S'appuyant sur ce modèle, Hendricks et Testa ont proposé en 2012 le *Gender Minority Stress Model* pour expliquer comment la discrimination fondée sur l'identité et l'expression de genre crée une détresse psychologique. Ils démontrent qu'en plus des facteurs de stress généraux, les personnes transgenres sont soumises à des taux alarmants de discrimination, de violence et de rejet liés à leur identité ou expression de genre. Et établissent que la prévalence plus élevée des troubles mentaux chez les personnes trans est liée à ces expériences (37).

En 2020 à partir des données de l'US Transgender Survey, une étude établit l'association entre vécu discriminatoire transphobe et trouble de l'usage de l'alcool. Elle met en évidence que le risque de trouble de l'usage de l'alcool est majoré en cas de confrontation à plusieurs formes de discriminations transphobes (36).

Une autre étude suggère qu'il existe un plus grand risque de consommation en cas d'accumulation de différents vécus discriminatoires (transphobie et discrimination sur l'orientation sexuelle) (38).

1.6 Approche syndémique

Décrite pour la première fois en 1996 par Merrill Singer (39), une syndémie est « l'agrégation d'au moins deux maladies ou problèmes de santé dans une population pour laquelle il existe un certain niveau d'interface biologique ou comportementale délétère qui exacerbe les effets négatifs de chacune des maladies impliquées » (40). Trois conditions doivent être réunies pour que l'on puisse parler de syndémie (40) :

- Au moins deux problèmes de santé ou maladies sont concentrés dans une population;
- Cette concentration est due à un contexte social délétère tel que la précarité ou la discrimination ;
- Ces maladies ou problèmes de santé interagissent de manière synergique, que ce soit biologiquement, socialement ou comportementalement, ce qui accroît le fardeau en morbi-mortalité de la population concernée au-delà de leur simple addition.

Le concept de syndémie dépasse les notions biomédicales classiques de comorbidité en mettant l'accent non sur la simple survenue conjointe de maladies, mais sur les mécanismes à travers lesquels ces maladies interagissent, en les inscrivant dans le contexte socioculturel qui favorise leur émergence et leur concentration.

La première description d'une syndémie par Singer consistait en l'interaction entre l'abus de substances, la violence et l'infection par le VIH dans une population d'usagers de drogue. Baptisée SAVA, pour *substance abuse, violence and AIDS*, l'étude de cette syndémie a permis de mettre en évidence la synergie entre la séropositivité, la pauvreté, la violence et le faible accès aux ressources médicales et aux institutions sociales (39).

Face aux constats faits plus haut de la prévalence dans les populations FSF et des personnes transgenres du vécu de violences et discrimination, des enjeux de santé mentales, des inégalités de soin et des consommations de substances, on peut penser que l'approche syndémique serait particulièrement pertinente appliquée à ces populations. Ainsi une étude de portée menée en 2022 par M.Ouafik, a tenté d'étudier l'approche syndémique appliquée aux minorités sexuelles et de genre (MSG). Après une première recherche ciblée sur les articles qui ont étudié la population exclusivement HSH, une seconde recherche a été effectuée

concernant les autres populations de minorité sexuelle et de genre, soit les hommes transgenres, les femmes transgenres et les FSF (41). Le premier constat de cette étude est le manque d'article ciblant ces populations : alors que 96 articles ont été étudiés concernant la population HSH, « peu d'articles étudiaient les femmes transgenres (n = 8), les femmes bisexuelles (n = 5) et les lesbiennes (n = 3). Les hommes transgenres constituaient la population la plus négligée (n = 2) ». L'étude précise qu'il a fallu dix ans avant d'observer une diversification des populations étudiées : alors que le premier article étudiant le concept syndémique appliqué aux populations de minorité sexuelle et de genre date de 2003, la première étude concernant les femmes transgenres date de 2012, celles sur les hommes transgenres et les hommes bisexuels cisgenres de 2013 et celles sur les femmes lesbiennes et bisexuelles de 2015 (41). La conclusion de cette étude de portée est que l'expérience de discriminations ou de violences basées sur le genre ou la sexualité a été identifiée comme un facteur menant à l'émergence d'une syndémie dans les différents publics de MSG. Ainsi les personnes bisexuelles exposées à la discrimination ont plus de risques de développer une pluralité de troubles psychiques tels que la dépression, l'anxiété, des idéations suicidaires, la polyconsommation de substances ou le mésusage d'alcool (42,43). Des résultats similaires ont été montrés chez les FSF vis-à-vis du lien entre discrimination et dépression (44). Par ailleurs, chez les femmes transgenres, la transphobie est un facteur précipitant la survenue d'une syndémie et de comportements sexuels à risque (45).

Les auteurs soulignent que le manque de données doit être impérativement compensé en accordant une plus grande place aux lesbiennes ainsi qu'aux personnes bisexuelles et transgenres. Ils soulèvent que les disparités de santé des MSG s'inscrivent dans un contexte social précis et qu'il est nécessaire de récolter des données spécifiques pour chaque population : faire autrement reviendrait à ignorer l'impact du sexisme, de la biphobie et de la transphobie sur la santé des individus.

2 : Objectifs de l'étude

L'inadéquation de l'offre de soins et des politiques de santé aux besoins spécifiques des personnes transgenres et des FSF, que ce soit par manque d'études ou par manque d'actions ciblées, mettent en lumière la nécessité de production de données et force donc à la réalisation d'études à l'intention de ces deux populations.

La prévalence des consommations de substances psychoactives en lien avec la confrontation à des facteurs de stress, un vécu violent et discriminatoire, un mauvais état de santé psychique, est particulièrement importante chez les FSF et les personnes transgenres par rapport à la population générale.

C'est pour répondre à ce double enjeu que nous avons mené l'étude Conso LesBiTrans, une étude quantitative observationnelle et transversale, à l'intention des personnes transgenres et des FSF. L'objectif principal de l'étude est d'identifier des caractéristiques spécifiques chez les FSF et chez les personnes transgenres qui sont liées à leurs consommations de substances psychoactives. Les objectifs secondaires sont de recueillir des informations épidémiologiques et sociodémographiques sur les personnes transgenres et les FSF consultant en centre de santé communautaire LGBT+ ou étant membres ou abonnés sur les réseaux sociaux d'associations militantes LGBT+ ou de réduction de risques. Également de recueillir des informations sur l'expérience des participant·e·s à propos de leurs consultations auprès de médecins généralistes.

Compte tenu du niveau de preuve global des études transversales, cette recherche ne peut aboutir sur des recommandations de pratiques concernant le dépistage ou la prise en charges des consommations de ces participant·e·s.

En revanche, cette recherche permettra de mieux comprendre les caractéristiques de consommations de ces populations, d'en identifier des facteurs de risque ou facteurs protecteurs, et de mettre en évidence dans la mesure du possible des besoins spécifiques. Cela

permettra de faciliter l'évaluation par les clinicien-ne-s lors des soins primaires et d'orienter les actions ciblées de soins, de prévention ou de réduction des risques dans ces publics.

En conclusion, il s'agit d'une étude préliminaire permettant de mieux comprendre les caractéristiques de consommation de substances psychoactives et de mettre en évidence les besoins spécifiques concernant ces consommations, des personnes transgenres et des FSF, et ainsi de mieux prendre en charge ces personnes. Elle a pour objectif d'analyser et d'identifier les relations entre le vécu communautaire (social, discriminatoire, traumatique) respectivement des FSF et des personnes transgenres et leurs trajectoires de consommations. Elle permettra de cibler et d'encourager les études ultérieures sur cette thématique.

3 : Méthode

3.1 Type d'étude

L'étude ConsoLesBiTrans constitue une étude quantitative observationnelle, analytique et transversale. Le recueil de données a été effectué sous forme d'un questionnaire auto-administré de manière anonyme et volontaire et a eu lieu de juin à décembre 2023.

3.2 Population

3.2.1 Échantillonnage

La population étudiée est constituée de femmes transgenres, d'hommes transgenres, de personnes non binaires et de femmes cisgenre ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF).

Les FSF et les personnes transgenres ont pu au cours de leurs expériences de soins être discriminées ou prises en charge de manière inadéquate en raison de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre. Elles peuvent également ne pas avoir fait leur coming-out auprès des professionnel·le·s de santé qu'elles ont l'habitude de consulter (dont leur médecin traitant si elles en ont un). Aussi, quel qu'en soit le motif, elles peuvent être amenées à consulter en centre de santé communautaire LGBT+.

Pour ces raisons, le recrutement en médecine générale est apparu impossible et deux modes de recueil nous ont semblé être les plus appropriés pour un accès facilité à ces populations : le recrutement par les professionnels au sein d'un centre de santé d'approche communautaire LGBT+ le Checkpoint Paris, et la diffusion sur les réseaux sociaux du questionnaire par des associations militantes LGBT+. Nous avons pour ce faire utilisé un recrutement mixte par auto-questionnaire papier d'une part et en ligne d'autre part.

3.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion pour la participation à l'étude ont été les suivants :

Critères d'inclusion :

- Femme cisgenre ayant des relations sexuelles avec des femmes, ou personne transgenre (qu'elle s'identifie comme homme, femme ou non binaire).
- Age supérieur ou égal à 18 ans

Critères d'exclusion :

- Personne de moins de 18 ans ou sous mesure de protection des personnes (tutelle ou curatelle)
- Personne ne comprenant ou ne lisant pas bien le français
- Personne ayant déjà été invitée à participer ou ayant déjà participé à l'étude.
- Personne présentant des troubles du jugement en rapport avec une pathologie psychiatrique ou neurologique

3.3 Critères de jugements

Le critère de jugement principal est l'association statistique entre la positivité des scores de dépistage des troubles de l'usage de substances, AUDIT-C pour l'alcool et DUDIT pour les autres substances psychoactives, et les paramètres cliniques évalués.

3.4 Recueil des données

3.4.1 Accès au questionnaire

Dans le centre de santé Checkpoint Paris, les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire papier, proposé à l'issue de la consultation médicale par les médecins du centre, une seule fois par patient·e, aux patient·e·s FSF ou transgenres. Il était également possible

d'utiliser le questionnaire en ligne par le biais d'un QRcode présenté sur des affiches explicatives de l'étude disposées en salle d'attente du centre de santé (Annexe 1).

Concernant les questionnaires papier, les critères d'inclusion et d'exclusion étaient vérifiés par les médecins proposant la réalisation du questionnaire. Les patient_e_s acceptant de participer étaient conviés à détacher la note d'information jointe au questionnaire et à la conserver (Annexe 4). L'absence d'opposition à la participation du sujet était notifiée sur le questionnaire par le/la participant-e en cochant la case *Je ne m'oppose pas à participer à l'étude*. Pour assurer l'anonymat, seul un numéro d'identification était indiqué sur le questionnaire. Ce même numéro était reproduit sur la note d'information remise à la personne participante afin qu'il puisse exercer ses droits de retrait et d'opposition le cas échéant. Pour ce faire, le/la participante-e pouvait appeler le numéro de téléphone dédié et rapporter le numéro de questionnaire afin que ses données soient supprimées de la base de données servant à l'analyse statistique. Ce dispositif permettait de recueillir les données personnelles sans recueil du consentement de la personne concernée, conformément à la méthodologie de référence MR-003.

Concernant les questionnaires en ligne, les critères d'inclusion et d'exclusion étaient vérifiés dans les premières réponses aux questions et les questionnaires dont les réponses ne correspondaient pas à ces critères ont été exclus avant réalisation des tests statistiques. Avant de pouvoir débiter le remplissage du questionnaire, un message s'affichait, reprenant le texte de la note d'information papier.

3.4.2 Diffusion en ligne

La diffusion du questionnaire par les associations a été effectuée sur les réseaux sociaux, accessible donc à toute personne abonnée au compte des associations participantes (sur Instagram et sur Facebook), et par communication interne aux membres respectifs des différentes associations. Le questionnaire était alors accessible via un lien proposé à la fin d'un post explicatif présentant le contexte, les modalités et les objectifs de l'étude (Annexe 2).

De la même manière que lors de l'accès au questionnaire par QRcode, les critères d'inclusion et d'exclusion étaient vérifiés dans les réponses aux premières questions et les questionnaires dont les réponses ne validaient pas ces critères ont été retirés avant analyse statistique.

Le logiciel de recueil des réponses (Lime Survey) était paramétré de façon que l'enregistrement des réponses ne soit possible que lorsque la personne avait répondu à toutes les questions, chacune des questions ayant été signalée comme obligatoire. Les participant·e·s n'ayant accès aux questions concernant leur consommation de substance psychoactives que si iels avaient répondu en consommer à la question concernée. Ce paramétrage avait pour objectif d'afficher un message indiquant les réponses manquantes si le questionnaire était soumis incomplet et donc de favoriser le remplissage du questionnaire dans son entièreté.

3.4.3 Associations participantes

Les associations ayant partagé l'étude sont les suivantes :

- **FierEs** : association féministe, anti raciste et anti capitaliste par et pour les lesbiennes, bies et trans.
- **Plus belle la nuit** : association de prévention et de réduction des risques en milieux festifs à Marseille.
- **La Fièvre** : collectif lesbien militant organisateur de fêtes et évènements queer à Marseille.
- **Fêtez Clairs** : dispositif de prévention et réduction des risques en milieu festif à Paris.
- **AcceptessT** : association de lutte contre l'exclusion et les discriminations à l'encontre des personnes transgenres, agréée par l'ARS Ile de France comme représentante des usager·e·s du système de santé.
- **Espace Santé trans** : association de lutte pour l'amélioration de l'accès à la santé des personnes trans et en questionnement.
- **Friction Magazine** : média militant, féministe et LGBT+.
- **Les Dégommeuses** : association de promotion du football féminin, de lutte contre le sexisme, les LGBTphobies et toutes les formes de discrimination
- **Lesbiennes d'Intérêt Général** : fond de dotation pour financement d'initiatives dans la lutte pour l'émancipation lesbienne, féministe, anti raciste et LGBT+.

- **CQFD** (Carabin·e·s Queers Féministes Décoloniaux) : association d'étudiants en médecine de l'Université Paris Cité de lutte pour une médecine inclusive.
- **Checkpoint Paris** : centre de santé sexuelle communautaire LGBTQ+.

3.4.4 Durée de l'étude

Le recrutement de participant·e·s a duré 6 mois, il s'est déroulé entre le 8 juin 2023 et le 8 décembre 2023. Le protocole de recherche prévoyait une période d'inclusion de 3 mois renouvelable. A la fin des 3 mois le nombre de sujets nécessaire était atteint mais le recrutement était toujours actif et les associations participantes continuaient de diffuser le questionnaire, nous avons donc décidé de prolonger les inclusions pendant 3 mois de plus.

3.5 Données recueillies

Le questionnaire a été conçu en s'appuyant sur les données des études disponibles sur le sujet et a ensuite été soumis en relecture et critiques à plusieurs médecins et psychiatres, et acteurs associatifs communautaires (Annexe 3) :

- Dr Maé Ilieff – psychiatre addictologue – CSAPA La Villette
- Dr Maeva Fortias – psychiatre addictologue – CSAPA Gaïa
- Mme Hannane Mouhim – directrice de Checkpoint Paris
- Mme Louve Zimmerman – coordinatrice du parcours santé trans Checkpoint Paris, Médiatrice en santé
- Mme Zoé Boyer – Militante auprès de l'association Acceptess-T, dédiée à la lutte pour les droits des personnes transgenres
- Mme Diane Wurtz – Animatrice de prévention au Checkpoint Paris.

Les items explorés ont pour but de caractériser la population FSF et personnes transgenres participantes à l'étude d'un point de vue sociodémographique et épidémiologique.

3.5.1 Contexte sociodémographique :

- Age
- Identité de genre
- Niveau d'étude
- Source principale de revenus
- Type de logement
- Orientation sexuelle
- Situation relationnelle

3.5.2 Consommations de substances psychoactives :

- Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois :

La liste s'appuie sur la question 1 de ASSIST version 3.1 conçue et validée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui a été modifiée pour correspondre à la thématique de recherche (46). L'alcool fait l'objet d'une question spécifique séparée (voir plus bas).

- Consommation d'alcool à risque :

Elle a été évaluée à l'aide du test AUDIT-C, une série de 3 questions sur les habitudes de consommation d'alcool. Ce test, validé par l'OMS depuis 1998 et recommandé par la Société Française d'Alcoologie (47) est l'un des scores validés en médecine générale (48) pour le repérage des consommations d'alcool à risque. Les scores peuvent aller de 0 à 12, et le test est positif avec une consommation d'alcool dite à risque si le score est supérieur ou égal à 4 chez l'homme et 3 chez la femme. Un score ≥ 10 dans les deux sexes doit faire évoquer une dépendance.

- Consommation de drogues à risque :

Elle a été évaluée à l'aide du test DUDIT, une série de 11 questions sur les habitudes et conséquences de consommation de produits psychoactifs autres que l'alcool (49). Les scores peuvent aller de 0 à 44, et le test est positif avec l'identification d'une consommation à risque

si le score est supérieur ou égal à 6 chez l'homme et à 2 chez la femme. Un score ≥ 25 dans les 2 groupes doit faire évoquer une dépendance.

Pour répondre à la thématique de recherche il nous est apparu nécessaire d'établir un seuil unique d'identification de consommation à risque que ce soit concernant l'alcool ou les produits psychoactifs autres, non basé sur le genre de la personne répondante. En effet l'élaboration de ces tests psychométriques n'a pas été réalisé dans un échantillon incluant des personnes transgenres. Dans notre étude, nous avons fait le choix délibéré de fixer le seuil de positivité à 6 pour tous les sujets concernant le score DUDIT et à 4 pour tous les sujets concernant le score AUDIT-C.

3.5.3 Exploration du vécu en tant que personne issues des minorités sexuelles et/ou de genre :

- Information de l'entourage de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre
- Ressenti personnel de son identité de genre et de son orientation sexuelle
- Discriminations et violences subies

3.5.4 Exploration des comorbidités psychologiques et somatiques :

Dépistage d'un trouble anxieux ou dépressif : réalisé à l'aide du questionnaire de dépistage combiné PHQ4, validé pour le dépistage des troubles anxieux et dépressifs en population générale (50). Le questionnaire en quatre questions PHQ-4 établit un score entre 0 et 12 qui permet dans un premier temps d'évaluer le niveau de détresse psychologique, de la personne interrogée, entre « aucune », « légère », « modérée » et « grave ». Il permet aussi le dépistage de l'anxiété en ciblant ses deux premières questions et de la dépression en ciblant les deux dernières.

3.5.5 Retours et expériences sur les consultations passées en médecine générale :

- Présence ou non d'un·e médecin traitant
- Connaissance de l'orientation sexuelle / identité de genre par la/le médecin traitant
- Abord du sujet de la santé sexuelle avec la/le médecin traitant
- Abord du sujet des consommations de substances psychoactives avec la/le médecin traitant
- Sentiment de stigmatisation du discours médical

3.6 Méthodes statistiques

3.6.1 Nombre de sujets nécessaires

La question du nombre de sujets nécessaires (NSN) a été posée : en raison de l'absence de données statistiques sur la question étudiée dans la population ciblée, il n'est pas possible de calculer a priori un nombre de sujets nécessaires à inclure dans l'étude, il a donc été décidé de recruter le plus de sujets possibles.

Cependant, l'étude a dû s'attacher à inclure le plus grand nombre de personnes, et nous avons décidé de suivre la règle statistique du « One in ten rule » : le nombre de sujets nécessaires est égal à 10 fois le nombre des variables statistiques comparées entre les 2 groupes DUDIT.

Le NSN a été estimé à 300 personnes, car on dénombre au total 30 variables différentes comparées entre les 2 groupes DUDIT < 6 et DUDIT ≥ 6 :

- Genre
- Age
- Orientation sexuelle
- Niveau d'étude
- Source principale de revenus
- Type de logement
- Information de l'orientation sexuelle dans l'entourage
- Ressenti de son orientation sexuelle

- Information de l'identité de genre dans l'entourage
- Ressenti de son identité de genre
- Situation relationnelle actuelle
- Genre des partenaires
- Pratiques sexuelles contre rétribution
- Antécédent de violence
- Antécédent de discrimination sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre
- Antécédent de discrimination d'une autre forme
- Impact des discriminations vécues sur la santé physique et psychique
- Fréquentation de lieu de sociabilité LGBT
- Consommation d'alcool à risque : gradé en « positif » et « négatif » au test AUDIT-C
- Consommation d'autre produit psychoactif à risque : gradé en « positif » et « négatif » au test DUDIT
- Niveau de détresse psychologique : gradé en « aucune », « légère », « modérée », « grave » à l'échelle complète des quatre questions du PHQ 4
- Dépistage de l'anxiété : catégorisé en « positif » ou « négatif » à la sous échelle sur les deux premières questions du PHQ 4
- Dépistage de la dépression : catégorisé en « positif » ou « négatif » à la sous échelle sur les deux dernières questions du PHQ 4
- Nombre de consultations en médecine générale les 12 derniers mois
- Suivi par un médecin traitant
- Information du médecin traitant sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre
- Abord de sujets de santé sexuelle avec le médecin traitant
- Abord du sujet des consommations avec le médecin traitant
- Prescription de traitement psychotrope en médecine générale
- Sentiment de stigmatisation en médecine générale

L'analyse statistique n'a porté que sur les cas complets : seuls ont été inclus les questionnaires complètement remplis (hormis les questions supplémentaires des sujets qui ont une consommation de substances psychoactives hors alcool). Nous n'avons pas réalisé d'imputation des données manquantes.

3.6.2 Logiciels employés

Les analyses ont été réalisées sous R® version 4.2.1 et RStudio® version 2022.07.2+576.

3.6.3 Analyse statistique

Les caractéristiques de l'échantillon sont décrites usant de leur moyenne avec déviations standards, dénombrements et pourcentages. Nous n'avons pas effectué d'imputation des données manquantes.

Le seuil de significativité était fixé à $p < 0,05$.

En vue de pouvoir observer les facteurs associés à nos critères de jugement principaux, à savoir le fait d'avoir un AUDIT-C positif (mésusage ou dépendance) ou un DUDIT positif (positif ou dépendance) nous avons construit deux modèles de régression logistique binaire. Pour cela, nous avons regroupé les modalités de certaines variables pour augmenter leur saillance clinique puis nous avons effectué des tests univariés (chi-deux ou test de Student) en respectant leurs conditions.

Nous avons ensuite décidé d'intégrer à l'analyse multivariée les caractéristiques des participant·e·s statistiquement associées au critère de jugement principal en univarié (avec un $p < 0,05$) ainsi que les caractéristiques pour lesquelles on avait identifié une tendance d'association sans qu'elle soit statistiquement significative (les variables associées au critère de jugement principal avec un $p < 0,1$). Nous avons également intégré de principe au sein de nos modèles l'âge et le genre.

Nous n'avons pas considéré comme variables explicatives de nos critères de jugement principaux les données concernant les soins primaires, elles ont été traitées à part et n'ont donc pas été intégrées au modèle de régression logistique.

Nous avons donc d'abord réalisé des statistiques descriptives portant sur l'échantillon complet, puis nous avons effectué des statistiques inférentielles associant analyse univariée (tests t de Student et tests du chi-deux) puis analyse multivariée par régression logistique portant sur les critères de jugement principaux score DUDIT et AUDIT-C.

3.7 Éthique

Le protocole de recherche, avant début du recrutement, a été présenté et étudié par un Comité de Protection des Personnes (CPP) en tant que recherche non interventionnelle impliquant la personne humaine, et a obtenu un avis favorable du CPP Ile de France III, le 17 avril 2023.

Concernant le traitement des données à caractère personnel, la base de données étant complètement anonyme, le protocole de recherche correspond à la méthodologie de référence MR-003 relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé ne nécessitant pas le recueil du consentement exprès de la personne concernée.

Un engagement de conformité a été réalisé en ligne auprès de la CNIL. La déclaration simplifiée d'engagement de conformité a été enregistrée le 20 décembre 2022 et porte le numéro 2229386.

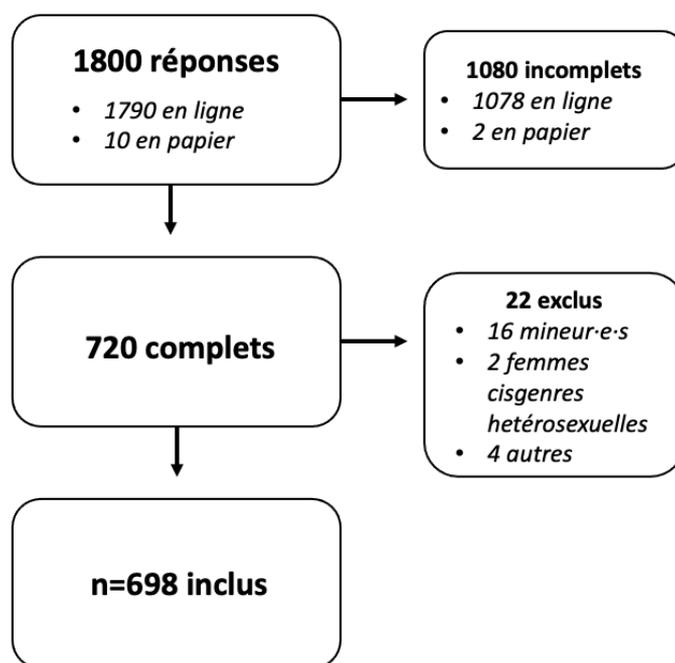
4 : Résultats

4.1 Résultats descriptifs

4.1.1 Échantillon

La période d'inclusion de l'étude s'est déroulée sur une période de 6 mois allant de juin à décembre 2023, comprenant la période initiale de 3 mois qui n'avait pas permis d'atteindre le nombre de sujets nécessaire.

Figure 1. Diagramme de flux



Au total, 1790 réponses avaient été enregistrées en ligne et 10 réponses sur questionnaires papier. Parmi les réponses en ligne, 712 questionnaires étaient complets et 1078 questionnaires étaient incomplets.

Parmi les 712 questionnaires en ligne complets, 22 ont été retirés car les répondant-e-s ne validaient pas les critères d'inclusion de l'étude. En effet, 16 personnes étaient mineures (déclarant un âge entre 15 et 17 ans), 2 personnes se définissaient comme des femmes

cisgenres hétérosexuelles et rapportaient des partenaires exclusivement masculins, et 4 personnes renseignaient des identités de genre qui ne permettaient pas de les attribuer à un sous-groupe de population étudié (homme transgenre, femme transgenre, personne non binaire, FSF cisgenre) et donc de les intégrer aux tests statistiques.

Parmi les 10 questionnaires papier, 8 étaient complets et interprétables et ont été intégrés à l'analyse statistique, les questionnaires incomplets n'ont pas été intégrés.

L'échantillon d'étude est donc constitué de 698 participant·e·s ayant rendu un questionnaire complet et validant tous les critères d'inclusion à l'étude.

En terme de diffusion, les personnes incluses avaient eu accès au questionnaire par les réseaux pour 87,1 % d'entre elles, dont 63,3 % via le compte d'associations militantes LGBT+, 12,5 % via des personnes de leur entourage et 11,3 % via le compte d'associations de réduction des risques. 57 répondant·e·s avaient eu accès au questionnaire au sein du centre de santé communautaire Checkpoint Paris (8,2 %) et le reste (moins de 5 %) par le bouche à oreille ou dans des lieux de sociabilité LGBT+.

4.1.2 Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques

Paramètre		N = 698	Proportion
Moyenne âge (SD)			26,9 (6,33)
Genre	Femme Cisgenre	318	45,5 %
	Femme Transgenre	121	17,3 %
	Homme Transgenre	89	12,8 %
	Non- binaire	170	24,4 %
Niveau d'étude	Primaire / collègue	11	1,6 %
	CAP / BEP	10	1,4 %
	Bac	100	14,3 %
	Bac + 2/4	271	38,8 %
	BAC + 5 ou plus	306	43,8 %
Revenus	Activité à temps plein / partiel	420	60,1 %
	Chômage ou invalidité	54	7,7 %

	Revenus sociaux	77	11,0 %
	Familiaux	33	4,7 %
	TDS	10	1,4 %
	Aucun	104	14,9 %
Logement	Durable indépendant	502	71,9 %
	Durable chez proches	119	17,0 %
	Durable en institution	6	0,9 %
	Provisoire chez proches	56	8,0 %
	Provisaires en institution	8	1,2 %
	Sans logement	7	1,0 %

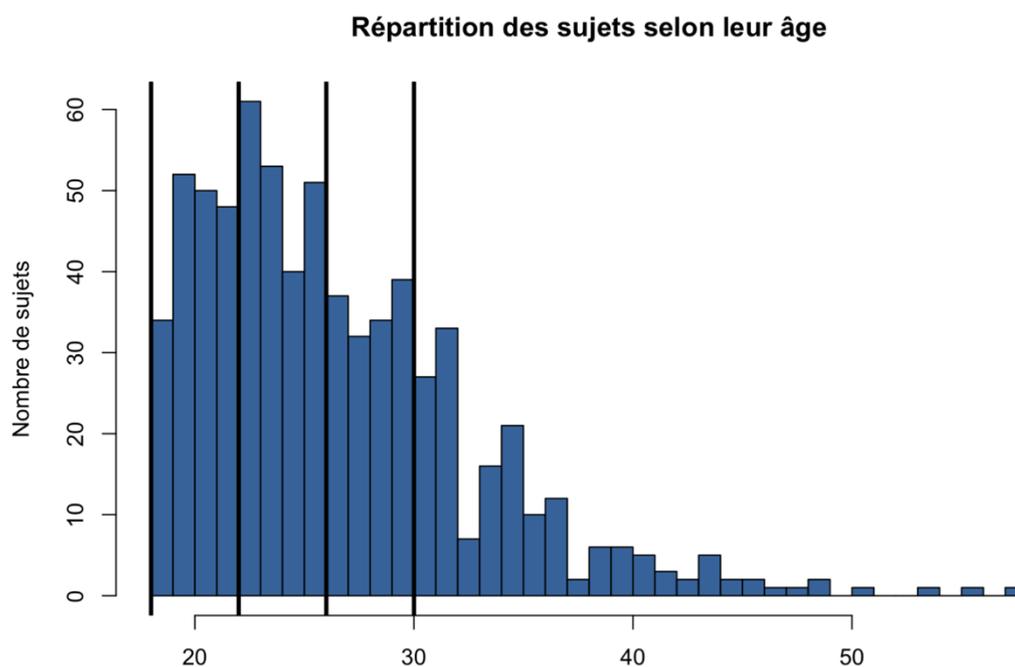
SD : standard deviation ; TDS : travail du sexe

4.1.2.1 Age

L'âge moyen des personnes ayant participé à l'étude est de 26,9 ans.

25,0 % d'entre elles ont entre 18 et 22 ans et 50,0 % a moins de 26 ans.

Figure 2. Histogramme de répartition des âges



4.1.2.2 Genre

Parmi ces 698 participant·e·s, on retrouve 318 femmes cisgenres (45,6 %), 89 hommes transgenres (12,8 %), 121 femmes transgenres (17,3 %) et 170 personnes non binaires (24,3 %).

4.1.2.3 Niveau d'études

Le niveau d'étude de l'échantillon est particulièrement élevé, en effet 82,7 % des répondant·e·s ont suivi des études supérieures, dont 43,8 % ont un niveau master (Bac + 5 ou plus). 14,3% sont allés jusqu'au Baccalauréat et 3,0 % ont interrompu leur scolarité avant.

4.1.2.4 Revenus

Concernant les revenus des personnes ayant pris part à l'étude, 60,1 % sont issus d'une activité à temps complet ou temps partiel. 11,0 % bénéficient de prestations sociales et 7,7 % des allocations chômage ou invalidité. 4,7 % sont principalement entretenus par leurs parents. 1,4 % ont comme principale source de revenus une activité de travailleur·r·se du sexe. Enfin, 1,5 % n'ont aucun revenu.

4.1.2.5 Logement

Les participant·e·s vivent pour 89,8 % d'entre elles-eux dans un logement durable, indépendant à 71,9 %, chez leurs famille ou proches à 17,0 % et en institution à 0,9 %. 8,0 % vivent de manière provisoire chez un·e proche et 1,0 % des répondant·e·s étaient sans domicile au moment de l'étude.

4.1.3 Caractéristiques vie relationnelle et vécu communautaire

Tableau 2. Caractéristiques vie relationnelle et vécu communautaire

Paramètre		N = 698	Proportion
Orientation sexuelle	Homosexuel·le	341	48,8 %
	Bisexuel·le	303	43,4 %
	Hétérosexuel·le	6	0,9 %
	Ne se définissant pas dans ces catégories	48	6,9 %
Situation relationnelle	Célibataire	260	37,3 %
	Couple exclusif	199	28,5 %
	Couple ouvert	77	11,0 %
	Polyamour	105	15,0 %
	Relation libre	57	8,2 %
Genre des partenaires	Exclusivement des femmes	236	33,8 %
	Femmes et hommes	302	43,3 %
	Exclusivement des hommes	34	4,9 %
	Ne se définissant pas dans ces catégories	268	38,4 %
Travail du sexe	Source principale de revenus	8	1,1 %
	Source de revenus complémentaires	34	4,9 %
	En échange de produits	16	2,3 %
	Non	644	92,3 %
Vécu de violences	Oui	568	81,3 %
	Non	89	12,8 %
	Ne sait pas	41	5,6 %
Vécu de discriminations	Oui	646	92,6 %
	Non	52	7,4 %

4.1.3.1 Orientation sexuelle

L'autodéfinition de leur orientation sexuelle par les participant·e·s a permis de mettre en évidence comme attendu une très large majorité de personnes non hétérosexuelles (99,1 %), avec 48,8 % d'entre elles se définissant homosexuelles, 43,4 % d'entre elles se définissant bisexuelles et 6,8 % ne se définissant pas dans ces catégories.

4.1.3.2 Coming-out et aise personnelle de l'orientation sexuelle

Les personnes participant à l'étude étaient interrogées sur l'entourage qu'elles avaient informé de leur orientation sexuelle et sur leur aise personnelle concernant celle-ci.

Elles étaient 39,3 % à avoir informé tout leur entourage de leur orientation sexuelle, 84,1 % à en avoir informé leur-s partenaires, 76,8 % leur famille proche, 41,8 % leur famille éloignée. 94,3 % des personnes avaient fait leur coming-out à leurs ami-e-s, et 51,7 % à leur entourage de travail. 9 personnes soit 1,3 % n'avaient informé personne de leur entourage et 16 personnes soit 22,9 % n'en ressentaient pas le besoin.

94,4 % des participant-e-s déclaraient être à l'aise avec leur orientation sexuelle.

4.1.3.3 Coming-out et aise personnelle de l'identité de genre

Concernant leur identité de genre, 35,8 % des personnes interrogées avaient informé tout leur entourage, 67,3 % en avaient informé leur-s partenaires, 56,6 % leur famille proche et 39,1 % leur famille éloignée. 74,9 % des personnes étaient out concernant leur identité de genre auprès de leurs ami-e-s et 44,1 % auprès de leur entourage de travail. 17,2 % des personnes ne ressentaient pas le besoin d'en parler et 1,3 % n'en avaient informé personne.

83,8 % des répondant-e-s déclaraient être à l'aise avec leur identité de genre.

4.1.3.4 Situation relationnelle

Parmi les participant-e-s à l'étude, 39,5 % déclaraient être en couple (dont 28,5 % en couple exclusif et 11,0 % en couple ouvert), et 37,3 % déclaraient être célibataire. 15,0 % étaient polyamoureux-se et 8,2 % en relation libre.

4.1.3.5 Genre des partenaires

Concernant leurs partenaires, la majorité des participant-e-s (62 %) déclaraient entretenir des relations avec des personnes de genres différents, femmes, hommes ou ne se définissant pas dans ces catégories. 34 % des répondant-e-s ont exclusivement des partenaires femme, et 5 % exclusivement des partenaires homme.

4.1.3.6 Fréquentation des lieux LGBT+

Les personnes qui ont eu accès au questionnaire ont pu renseigner la fréquence à laquelle elles ont fréquenté des lieux de sociabilité LGBT+ (bars, clubs, soirées, associations...) au cours des 12 derniers mois. Elles sont 35,3 % à fréquenter ces lieux tous les mois ou plus, 17,3 % toutes les semaines ou plus, 36,8 % s'y rendent moins d'une fois par mois et 10,6 % jamais.

4.1.3.7 Travail du sexe

Seuls 8,3 % des participant·e·s ont déclaré avoir des pratiques sexuelles en échange de rétribution. Pour 8 (1,1 %) d'entre elles-eux, cette activité constitue leur principale source de revenus, pour 34 (4,9 %) une source de revenus complémentaires, et pour 16 (2,3 %) le travail du sexe permet d'obtenir des produits ou d'en consommer.

4.1.3.8 Vécu de violences et discriminations

Parmi la population ayant participé à l'étude, 81,4 % des personnes ont déclaré avoir déjà subi des violences (physiques, sexuelles ou verbales) et 92,6 % avoir déjà subi des discriminations (sans distinction).

77,8 % des participant·e·s ont déclaré avoir déjà subi des discriminations en raison de leur orientation sexuelle et / ou de leur identité de genre, et 57,9 % déclarent également avoir subi d'autres formes de discriminations.

Quand ensuite on leur demande s'ils considèrent que ces discriminations ont un impact sur leur santé physique et/ou psychique, 70,9 % répondent que c'est le cas.

4.1.4 Caractéristiques des consommations et santé mentale

Tableau 3. Caractéristiques des consommations et santé mentale

Paramètre		N = 698	Proportion
AUDIT-C	Négatif	308	44,1 %
	Mésusage	377	54,0 %
	Dépendance	13	1,9 %
Consommation autre SPA	Aucune	240	34,4 %
	DUDIT négatif	157	22,5 %
	DUDIT positif	301	43,1 %
SPA consommées	Cannabis	342	49,0 %
	Poppers	264	37,8 %
	Cocaïne	169	24,2 %
	MDMA	210	30,1 %
	Amphétamines	75	10,7 %
	GHB / GBL	28	4,0 %
	Cathinones	99	14,2 %
	Kétamine	123	17,6 %
	Opioides	54	7,7 %
	Hallucinogènes	123	17,6 %
	Médicaments détournés	99	14,2 %
	Crystal-Meth / Tina	3	0,4 %
	Autre	8	1,0 %
		N = 458	
DUDIT	Négatif	157	34,3 %
	Mésusage	242	52,8 %
	Dépendance	59	12,9 %
Consommation contexte sexuel	Non	325	71,0 %
	Oui	133	29,0 %
		N = 698	
PHQ4 détresse psychique	Aucune	144	20,6 %
	Légère	208	29,8 %
	Modérée	181	25,9 %
	Grave	165	23,7 %
PHQ4 Anxiété	Négatif	304	43,6 %
	Positif	394	56,4 %
PHQ4 Dépression	Négatif	424	60,7 %
	Positif	274	39,3 %

SPA : substance psychoactive

4.1.4.1 AUDIT-C

Concernant les consommations, 54,0 % des personnes ayant répondu au questionnaire présentaient un score supérieur ou égal à 4 et donc un mésusage en alcool. Et 1,9 % présentaient un score supérieur ou égal à 10 et donc le critère de dépistage d'une dépendance à l'alcool.

4.1.4.2 Consommation de substances psychoactives hors alcool

Les participant·e·s étaient également interrogé·e·s sur les substances psychoactives hors alcool, qu'ils avaient consommées au cours des 12 derniers mois.

34,4 % ont déclaré n'avoir consommé aucune substance psychoactive hors alcool sur l'année passée.

La substance la plus utilisée est le cannabis avec 49,0 % des personnes répondantes qui en étaient usagères. Le poppers est au deuxième rang des substances consommées (37,8 %). La MDMA (30,1 %) et la cocaïne (24,2 %) sont également consommées par une partie importante des répondant·e·s.

La kétamine et les substances hallucinogènes ont été consommées, au cours de la dernière année, par 17,6 % des personnes interrogées et les cathinones par 14,2 % d'entre elles.

14,2 % déclarent également avoir consommé des médicaments détournés de leur usage dans les 12 derniers mois, et 10,7% des amphétamines. Le GHB/GBL a été consommé par 4,0 % de l'échantillon et les opiacés par 7,7 %.

4.1.4.3 DUDIT

Le questionnaire DUDIT a donc été complété par 458 personnes ayant consommé une substance psychoactive hors alcool dans l'année écoulée, soit 65,6 % de l'échantillon total étudié.

Parmi ces 458 répondant·e·s au questionnaire DUDIT, les résultats mettent en évidence un mésusage chez 52,8 % et une dépendance chez 12,9 %.

Dans la population totale de notre échantillon on a mis en évidence une consommation de substance avec un score de DUDIT positif (mésusage ou dépendance) chez 43,1 % des personnes.

4.1.4.4 Consommation en contexte sexuel

Parmi les 458 personnes ayant consommé des substances psychoactives hors alcool au cours de douze derniers mois, 29,0 % déclarent l'avoir fait en contexte sexuel.

4.1.4.5 Santé mentale

Les personnes ayant participé à l'étude étaient 79,4 % à présenter un résultat positif au score de dépistage d'une détresse psychologique PHQ4. Elles étaient 29,8 % à présenter une détresse psychologique légère, 25,9 % à présenter une détresse psychologique d'intensité modérée et 23,7 % à présenter une détresse psychologique grave.

Le score de dépistage de l'anxiété était positif pour 56,4 % d'entre elles, et le score de dépistage de la dépression était positif pour 39,3 % des répondant·e·s.

4.1.5 Suivi en médecine générale

Au cours des 12 derniers mois, les participant·e·s avaient pour 57,0 % d'entre elles-eux consulté moins de trois fois un·e médecin généraliste. En revanche 26,9 % d'entre elles-eux avaient sollicité plus de six consultations au cours de l'année passée et 7,2 % plus de dix consultations sur la même année. Ils étaient 8,9% à n'avoir jamais consulté de médecin généraliste au cours de l'année écoulée.

79,1 % des personnes ayant participé à l'étude, soit 552 participant·e·s ont déclaré avoir un·e médecin traitant. Ces personnes ont pour 49,1 % d'entre elles pu parler de leur orientation sexuelle et de leur identité de genre avec ce médecin traitant.

Parmi les personnes ayant un·e médecin traitant, 41,3 % ne se sentent pas vraiment ou pas du tout à l'aise de parler avec elle/lui de santé sexuelle, et 50,0 % ne se sentent, de la même façon, pas vraiment ou pas du tout à l'aise de parler de consommations de substances psychoactives.

Au moment de leur participation à l'étude, les personnes interrogées bénéficiaient pour 32,5 % d'entre elles de la prescription d'un traitement psychotrope par un·e médecin généraliste. Il s'agissait pour 23,2 % d'entre elles d'un traitement anxiolytique, pour 21,8 % d'entre elles d'un traitement antidépresseur et pour 4,0 % d'entre elles d'un somnifère.

Iels sont également 41,3 % à déclarer avoir déjà eu l'impression que le discours d'un·e médecin généraliste était stigmatisant ou jugeant à propos de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, et 29,8 % rapportent le même ressenti à propos de leurs consommations.

4.2 Analyses univariées

Dans un premier temps, en analyse univariée, nous avons identifié les caractéristiques des participant·e·s, considérées comme des variables, statistiquement associées (seuil de positivité $p < 0,05$) aux critères de jugement principaux, soit au fait d'avoir un score AUDIT-C et un score DUDIT positif, correspondant à l'identification d'un mésusage ou d'une dépendance respectivement à l'alcool ou à une autre substance psychoactive interrogée.

4.2.1 AUDIT-C

Les résultats des analyses univariées concernant l'association des paramètres interrogés à la positivité du score AUDIT-C sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 4. Analyse univariée des paramètres associés à un AUDIT-C positif

Paramètre	p
Genre (4 modalités)	5e-04
Age (t-test)	1
Orientation sexuelle (2 modalités)	0,1
Etudes (2 modalités)	0,2
Revenus (2 modalités)	0.007
Logement (2 modalités)	0,2
Info entourage OS (3 modalités)	0.03
Aise perso concernant OS (2 modalités)	1
Info entourage IG	6 ^e -06
Aise personnelle concernant IG (2 modalités)	0,1
Relation (2 modalités)	0.2
Genre des partenaires (2 modalités : femmes / le reste)	0.06
TDS (2 modalités)	1
Violences (2 modalités)	0.8
Discriminations OS/IG	0.7
Discriminations autres	2e-07
Impact des discriminations sur la santé (2 modalités)	0.3
Fréquentation lieux LGBT (3 modalités)	3e-10
Conso de SPA (2 modalités)	<2e-16
Usage SPA sexe	0.002
DUDIT positif (2 modalités)	0.02
PHQ4 (2 modalités)	0.04
PHQ4 Anxiété	1
PHQ4 Dépression	0.8

OS : orientation sexuelle ; IG : identité de genre ; TDS : travail du sexe ; SPA : substance psychoactive

Les caractéristiques associées au fait d'avoir un score positif pour l'AUDIT-C sont les modalités de revenus, les modalités d'information de son entourage à propos de son orientation sexuelle, le vécu discriminatoire, la fréquentation de lieux LGBT, la consommation de substances psychoactives, leur usage en contexte sexuel, la positivité du score DUDIT et l'identification d'une détresse psychologique (par le questionnaire PHQ4).

4.2.2 DUDIT

Les résultats des analyses univariées concernant l'association des paramètres interrogés à la positivité au score DUDIT sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 5. Analyse univariée des paramètres associés à un DUDIT positif

Paramètre	p
Genre (4 modalités)	0.3
Age (t-test)	0.7
Orientation sexuelle (2 modalités)	0.05
Etudes (2 modalités)	1e-04
Revenus (2 modalités)	0.7
Logement (2 modalités)	0.05
Info entourage OS (3 modalités)	0.8
Aise perso concernant OS (2 modalités)	0.02
Info entourage IG	0.8
Aise personnelle concernant IG (2 modalités)	0.9
Relation (2 modalités)	0.4
Genre des partenaires (2 modalités : femmes / le reste)	0.2
TDS (2 modalités)	3e-04
Violences (2 modalités)	4e-08
Discriminations OS/IG	0.01
Discriminations autres	0.7
Impact des discriminations sur la santé (2 modalités)	3e-04
Fréquentation lieux LGBT+ (3 modalités)	0.4
Score AUDIT positif (2 modalités)	<2e-16
Usage SPA sexe	5e-15
PHQ4 (2 modalités)	2e-04
PHQ4 Anxiété	3e-04
PHQ4 Dépression	0.002
<i>OS : orientation sexuelle ; IG : identité de genre ; TDS : travail du sexe ; SPA : substance psychoactive</i>	

Les caractéristiques associées au fait d'avoir un score DUDIT positif (supérieur ou égal à 6) sont l'orientation sexuelle, le niveau d'études, les modalités de logement, l'aise personnelle concernant son orientation sexuelle, le travail du sexe, les antécédents de violences, le vécu discriminatoire, l'impact identifié des discriminations sur sa santé, la positivité du score AUDIT-C, l'usage de substance psychoactives en contexte sexuel et l'identification d'une détresse psychologique (par le questionnaire PHQ4).

4.2.3 Données de soins primaires

Tableau 6. Données de soins primaires : analyse univariée de l'association à un AUDIT-C positif

Paramètre	OR	IC	p
CONSULTATION MG DANS LES 12 MOIS			
Aucune	-	-	-
< 3 consultations	0,84	0,49 – 1,45	0,54
> 6 consultations	0,84	0,48 – 1,49	0,55
AVOIR UN MT			
Oui	-	-	-
Non	1,51	1,04 – 2,21	0,04
TRAITEMENT PSYCHOTROPE PRESCRIT EN MG			
Non	-	-	-
Oui	0,90	0,66 – 1,24	0,53
DISCOURS STIGMATISANT OS / IG			
Non	-	-	-
Oui	1,08	0,80 – 1,46	0,7
DISCOURS STIGMATISANT CONSOMMATIONS			
Non	-	-	-
Oui	2,61	1,85 – 3,72	7 ^e -08

MG : médecine générale ; MT : médecin traitant ; OS : orientation sexuelle ; IG : identité de genre

L'analyse univariée des caractéristiques de suivi et d'utilisation des soins primaires par les personnes ayant participé à l'étude a permis d'identifier que les personnes chez qui on a identifié un mésusage ou une dépendance à l'alcool avaient significativement moins de médecin traitant identifié (OR 1,50 ; IC 1,037-2,21 ; p 0,033).

Il n'a pas été montré de différence significative chez les personnes présentant un mésusage ou une dépendance à l'alcool concernant leur nombre de recours à des consultations de médecine générale ni la prescription de traitement psychotrope par un-e médecin généraliste.

Il a été montré que ces personnes avaient significativement été plus confrontées au discours stigmatisant de la part de médecins généralistes vis-à-vis de leurs consommations de substances psychoactives (OR 2,61 ; IC 1,85-3,72 ; p 7,6^{e-08}).

Tableau 7. Données de soins primaires : analyse univariée de l'association à un DUDIT positif

Paramètre	OR	IC	p
CONSULTATION MG DANS LES 12 MOIS			
Aucune	-	-	-
< 3 consultations	1,67	0,83 – 3,33	0,15
> 6 consultations	2,41	1,17 – 4,98	0,02
AVOIR UN MT			
Oui	-	-	-
Non	1,45	0,93 – 2,32	0,1
TRAITEMENT PSYCHOTROPE PRESCRIT EN MG			
Non	-	-	-
Oui	1,89	1,24 – 2,91	0,005
DISCOURS STIGMATISANT OS / IG			
Non	-	-	-
Oui	1,23	0,83 – 1,82	0,3
DISCOURS STIGMATISANT CONSOMMATIONS			
Non	-	-	-
Oui	3,08	2,01 – 4,81	4 ^{e-07}
<i>MG : médecine générale ; MT : médecin traitant ; OS : orientation sexuelle ; IG : identité de genre</i>			

Concernant les personnes ayant participé à l'étude pour lesquelles on a identifié un mésusage ou une dépendance à une autre substance psychoactive que l'alcool (DUDIT positif), l'analyse en univariée des données de soins primaires a mis en évidence qu'elles avaient sollicité plus de consultations en médecine générale dans la dernière année. En effet les personnes ayant consulté plus de 6 fois en médecine générale dans les 12 derniers mois présentaient significativement plus de mésusage ou dépendance à une substance psychoactive (OR 2,41 ; IC 1,16-5 ; p 0,018).

On a également mis en évidence que les participant-e-s présentant un mésusage ou une dépendance à une substance psychoactive hors alcool bénéficiaient plus souvent de la prescription d'un traitement psychotrope par un-e médecin généraliste (OR 1,89 ; IC 1,24-2,91 ; p 0,003).

Le fait d'avoir un mésusage ou une dépendance à une substance psychoactive autre que l'alcool n'était pas associé au fait d'avoir un-e médecin traitant identifié. Les personnes présentant un mésusage ou une dépendance à une substance psychoactive avaient significativement plus subi le discours discriminatoire d'un-e médecin généraliste à propos de ces consommations (OR 3,08 ; IC 2,01-4,81 ; p 4^e-07).

4.3 Analyses multivariées

4.3.1 AUDIT-C

Tableau 8 : Analyse multivariée des paramètres associés à un AUDIT positif

Paramètre	OR	IC	p
GENRE			
Femme cisgenre	-	-	-
Homme transgenre	0,56	0,25 – 1,24	0,2
Femme transgenre	0,51	0,25 – 1,07	0,076
Personne non binaire	0,71	0,32 – 1,56	0,4
AGE	0,98	0,94 – 1,02	0,2
ORIENTATION SEXUELLE			
Homosexuel·le	-	-	-
Autre	1,24	0,73 – 2,11	0,4
REVENUS			
Revenus d'une activité à temps plein / partiel	-	-	-
Revenu social ou absence de revenus	0,61	0,38 – 0,95	0,031

OUTING ENTOURAGE ORIENTATION SEXUELLE			
Tout son entourage	-	-	-
Entourage proche	1,01	0,63 – 1,61	0,9
Personne	0,68	0,18 – 2,57	0,6
OUTING ENTOURAGE IDENTITE DE GENRE			
Tout son entourage	-	-	-
Entourage proche	0,53	0,29 – 0,99	0,048
Personne	0,57	0,29 – 1,12	0,10
AISE PERSONNELLE IDENTITE DE GENRE			
Oui	-	-	-
Non	0,88	0,47 – 1,64	0,7
GENRE DES PARTERNAIRES			
Exclusivement des femmes	-	-	-
Autre	0,86	0,48 – 1,54	0,6
VECU DISCRIMINATOIRE			
Non	-	-	-
Oui	2,91	1,25 – 6,79	0,013
FREQUENTATION DE LIEUX LGBT +			
Jamais	-	-	-
Moins d'une fois par mois	2,89	1,13 – 7,44	0,027
Une fois par mois ou plus	3,81	1,52 – 9,58	0,004
CONSOMMATION SUBSTANCE PSYCHOACTIVE			
Non	-	-	-
Oui	0,99	0,41 - 2,40	0,9
CONSOMMATION EN CONTEXTE SEXUEL (N=498)			
Non	-	-	-
Oui	0,78	0,46 – 1,33	0,4
DUDIT			
Négatif	-	-	-
Positif	2,07	1,26 - 3,38	0,004

PHQ4			
Négatif	-	-	-
Positif	0,78	0,45 - 1,35	0,4

Concernant le critère de jugement positivité du score AUDIT-C, l'analyse multivariée (tableau 8) a permis d'identifier que le fait d'avoir informé son entourage proche, plutôt que l'ensemble de son entourage, de son identité de genre (OR 0,53 ; IC 0,29-0,99 ; p 0,048), d'avoir subi des discriminations (OR 2,91 ; IC 0,25-6,79 ; p 0,013), de fréquenter les lieux de sociabilité LGBT+ de manière plus qu'hebdomadaire (OR 2,89 ; IC 1,13-7,44 ; p 0,027) et plus que mensuelle (OR 3,81 ; IC 1,52-9,58 ; p 0,004) et le fait de présenter un mésusage ou une dépendance à une substance psychoactive autre que l'alcool (OR 2,07 ; IC 1,26-3,38 ; p 0,004), constituent des facteurs de risque de présenter un mésusage ou une dépendance en alcool.

L'analyse multivariée a également mis en évidence que le fait de n'avoir aucun revenu ou de bénéficier d'un revenu social était statistiquement négativement associé au fait de présenter un mésusage ou une dépendance à l'alcool (OR 0,61 ; IC 0,38-0,95 ; p 0,031).

4.3.2 DUDIT

Tableau 9. Analyse multivariée des paramètres associés à un score DUDIT positif

Paramètre	OR	IC	p
GENRE			
Femmes cisgenre	-	-	-
Homme transgenre	0,74	0,33 – 1,66	0,5
Femme transgenre	0,93	0,45 – 1,92	0,9
Personne non-binaire	0,88	0,48 – 1,63	0,7
AGE	1,01	0,97 – 1,06	0,6
ORIENTATION SEXUELLE			
Homosexuel·le	-	-	-
Autre	1,54	0,88 – 2,72	0,13
NIVEAU D'ETUDES			
Études supérieures	-	-	-
Niveau bac ou inférieur	2,93	1,40 – 6,11	0,004

REVENUS			
Revenus d'une activité à temps plein / partiel	-	-	-
Revenu social ou absence de revenus	1,01	0,60 – 1,67	0,9
LOGEMENT			
Durable	-	-	-
Provisoire	1,21	0,53 – 2,80	0,6
AISE PERSONNELLE ORIENTATION SEXUELLE			
Oui	-	-	-
Non	3,36	0,86 – 13,2	0,082
GENRE DES PARTENAIRES			
Exclusivement des femmes	-	-	-
Autre	0,74	0,41 – 1,35	0,3
TRAVAIL DU SEXE			
Non	-	-	-
Oui	2,51	0,89 – 7,05	0,082
VECU DE VIOLENCES			
Non	-	-	-
Oui	3,44	1,82 – 6,50	< 0,001
VECU DISCRIMINATOIRE			
Non	-	-	-
Oui	1,27	0,45 – 3,56	0,7
IMPACT DES DISCRIMINATION SUR LA SANTE			
Non	-	-	-
Oui	1,77	1,05 – 2,98	0,031
FREQUENTATION LIEUX LGBT+			
Jamais	-	-	-
Moins d'une fois par mois	1,48	0,52 – 4,25	0,5
Une fois par mois ou plus	0,84	0,30 – 2,38	0,7
AUDIT			
Négatif	-	-	-
Positif	2,51	1,49 – 4,24	< 0,001

CONSOMMATION CONTEXTE SEXUEL (N=498)			
Non	-	-	-
Oui	9,08	4,28 – 19,3	< 0,001
PHQ4			
Négatif	-	-	-
Positif	1,59	0,92 – 2,72	0,094

Concernant le critère de jugement positivité du score DUDIT, l'analyse multivariée (tableau 9) a permis d'identifier que le fait d'avoir un niveau scolaire bac ou inférieur (OR 2,93 ; IC 1,40-6,11 ; p 0,004), d'avoir subi des violences (OR 3,44 ; IC 1,82-6,50 ; p < 0,001), d'avoir subi des discriminations et d'en identifier l'impact négatif sur sa santé (OR 1,77 ; IC 1,05-2,98 ; p 0,031), le fait de présenter un mésusage en alcool (OR 2,51 ; IC 1,49-4,29 ; p < 0,001) et la consommation de substance en contexte sexuel (OR 9,08 ; IC 4,28-19,3 ; p < 0,001), constituent des facteurs de risque de présenter un mésusage ou une dépendance à une substance psychoactive hors alcool.

5 : Discussion

5.1 Caractéristiques de l'échantillon

Les personnes ayant participé à notre étude constituent une population jeune, la moyenne d'âge dans l'échantillon est de 26,9 ans, la moitié de l'échantillon ayant entre 18 et 26 ans et les trois quart entre 18 et 30 ans. Cette distribution s'explique par le mode de recrutement, puisque la très grande majorité (87 %) des répondant·e·s avaient eu accès au questionnaire en ligne sur les réseaux sociaux.

Le niveau d'étude de l'échantillon est également particulièrement élevé, plus de 82 % des personnes ayant participé ont suivi un enseignement supérieur et ont un niveau supérieur à bac +2. Une partie de ce constat peut être expliquée par le fait que le recrutement ai eu lieu dans des grandes villes ou la proportions de personnes en études supérieures est plus importante que sur le reste du territoire (51), les associations ayant participé à la diffusion du questionnaire étant implantées à Paris et à Marseille.

Près d'un quart des participant·e·s à l'étude se déclarent non-binaires (24,4 %). Parmi la population transgenre de notre étude, c'est une proportion plus importante que celle des femmes transgenres (17,3 %) et des hommes transgenres (12,8 %). L'étude Trans PULSE (9) menée auprès de personnes transgenres et non-binaires au Canada en 2019 mettait en évidence une plus grande prévalence de personnes non-binaires chez les jeunes (52 % chez les 14-24 ans) que chez les adultes (47 % chez les 25 ans et plus), la moyenne d'âge de notre échantillon pourrait donc en partie expliquer cette répartition.

5.2 Consommations de SPA

Les consommations de substances psychoactives hors alcool déclarées par les personnes ayant participé à notre étude sont sensiblement supérieures à celles de la population générale à la même période. En effet en comparaison avec les statistiques proposées par le rapport de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) concernant la consommation de

substances illicites en France en 2023, la proportion de notre population d'étude déclarant avoir consommé chaque substance interrogée dans les 12 derniers mois est systématiquement plus importante que celle de la population générale (52).

La substance la plus consommée dans notre échantillon est le cannabis, elle concerne 49 % des personnes, en population générale 10,8 % des individus déclarent avoir consommé du cannabis dans les 12 derniers mois, 22,9 % si l'on considère une population plus proche en âge de celle de notre échantillon (les 18-24 ans), mais là encore l'écart avec notre population est important.

La différence se fait également dans la représentativité des substances consommées. Comme dans notre étude, les substances consommées en population générale arrivant aux rangs 2 à 4 sont le poppers, la cocaïne et la MDMA/ecstasy. Là encore la proportion de consommateur-ices est plus importante dans notre échantillon que dans la population générale : respectivement 37,8 % vs 3,8 % pour le poppers, 24,2 % vs 2,7 % pour la cocaïne et 30,1 % vs 1,8 % pour la MDMA.

Cependant, dans notre étude arrive en cinquième position la kétamine avec 17,6 % de consommateur-ices dans l'année écoulée alors qu'elle apparaît en septième position, derrière les hallucinogènes et le protoxyde d'azote (que nous n'avons pas interrogé) en population générale avec 0,6 % de consommateur-ices (52).

Nous avons donc mis en évidence des consommations particulièrement importantes en psychostimulants (cocaïne, ecstasy/MDAM, cathinones et amphétamines) et en kétamine et GHB / GBL. Cela témoigne et met en lumière une diffusion des produits associés habituellement au chemsex (GHB, cathinones) et présents habituellement dans le milieu festif techno (kétamine, amphétamines).

D'une part, ces différences de consommation confirment les données des études mettant en évidence une consommation accrue de substance psychoactives chez les FSF (15,21) et chez les personnes transgenres (25,53) par rapport à la population générale. D'autre part, ce constat peut aussi être le reflet d'un biais de recrutement de notre étude. En effet, ayant diffusé l'étude et son questionnaire sur les réseaux sociaux d'associations de réduction des risques, la participation a été particulièrement proposée à des personnes qui s'intéressent à la réduction des risques et dont on peut penser qu'elles sont consommatrices. Les participant-e-s ayant eu

accès au questionnaire via un compte de réduction des risques sur les réseaux sociaux constituent 11,3 % de notre échantillon. Ce biais peut avoir majoré la différence en termes de proportion de consommation dans la dernière année entre la population de l'étude et la population générale, il ne peut toutefois pas en être le seul facteur explicatif.

5.3 Mésusages

Outre une proportion de consommation de substances psychoactives, dans les douze derniers mois, plus importante que la population générale, les personnes ayant pris part à l'étude présentent également une proportion plus importante de mésusage de ces substances.

Concernant le dépistage du mésusage en alcool, nous avons utilisé le score AUDIT-C avec un seuil fixé délibérément à 4. Ce seuil étant le plus élevé des deux seuils habituellement utilisés discriminés sur le genre (3 chez la femme et 4 chez l'homme), l'identification d'un mésusage en alcool est d'autant plus robuste dans notre étude qu'elle est faite selon le pire scénario. On a identifié dans notre échantillon 54 % des participant·e·s présentant un mésusage en alcool, ce chiffre est supérieur à la proportion d'adultes en population générale qui déclarent une consommation au-delà des seuils de consommation à moindre risque et qui sont 30,6 % chez l'homme et 13,8 % chez la femme en 2022 (54). Nos résultats corroborent ceux obtenus dans d'autres études qui mettent en évidence que les adolescentes et jeunes femmes FSF consomment plus d'alcool et observent une augmentation plus rapide des quantités consommées (55).

Concernant le dépistage du mésusage de substances psychoactives hors alcool, nous avons utilisé le score DUDIT avec un seuil nous positionnant également dans le scénario le plus strict, fixé à 6 pour l'ensemble des sujets (habituellement fixé à 2 chez la femme et 6 chez l'homme). Parmi les 458 personnes qui déclaraient avoir consommé au moins une substance psychoactive dans les douze derniers mois, 242 présentaient un score supérieur ou égal à 6 (et inférieur à 25 qui correspond au seuil de dépendance) et donc un mésusage de substance psychoactive hors alcool. Cela correspond à 52,8 %, soit plus de la moitié, des personnes consommatrices de l'échantillon. Considérant l'échantillon total des 698 personnes

participantes, la proportion de personnes présentant donc un mésusage ou une dépendance à une substance psychoactive hors alcool est de 43,1 %.

Notre étude met donc en évidence qu'en plus de présenter une prévalence de consommations de substances psychoactives plus importante que la population générale, les FSF et les personnes transgenres présentent également un risque plus élevé de développer un mésusage en alcool ainsi qu'un mésusage de substance psychoactives hors alcool.

Nous avons également mis en évidence que la présence d'un mésusage en alcool constitue un facteur de risque de présenter un mésusage en substance psychoactive autre, et réciproquement, un mésusage en substance psychoactive hors alcool constitue un facteur à risque de mésusage en alcool. Ce constat doit encourager les professionnel·le·s de santé à prévenir et rechercher une consommation et un mésusage de SPA ou d'alcool en cas d'identification de mésusage d'un de ces produits.

Il en est de même concernant la consommation de produit en contexte sexuel qui doit être interrogée et constituer un signal d'alerte du risque de mésusage. En effet on a identifié dans notre étude que les personnes qui déclarent une consommation de substance psychoactive en contexte sexuel ont un risque 9 fois plus élevé de présenter un mésusage vis-à-vis de cette substance.

Notre étude a interrogé la pratique du travail du sexe dans notre population. Un faible nombre de personnes était concerné puisque seules 58 personnes qui représentent 8,3 % de notre échantillon ont déclaré utiliser le travail du sexe comme source de revenus principale, complémentaire ou pour pouvoir consommer. La faible représentativité des travailleu·r·se·s du sexe dans l'échantillon n'a pas permis de mettre en évidence des résultats statistiquement significatifs mais il semblerait que le travail du sexe constitue un facteur de risque de mésusage de substances psychoactives ($p = 0,082$). Ce constat encourage au développement d'actions de prévention, de réduction des risques, de dépistage et de prise en charge ciblées spécifiquement, adaptées et à l'intention des travailleu·r·se·s du sexe.

5.4 Dépendance

Les scores AUDIT-C et DUDIT, en plus de permettre le dépistage du mésusage respectivement en alcool et en autres substances psychoactives, permettent également le dépistage d'une dépendance à ces produits.

Dans notre population, une dépendance à l'alcool, identifiée par un score AUDIT-C supérieur ou égal à 10, a été mise en évidence chez seulement 13 personnes, qui représentent 1,8 % de notre échantillon. On peut penser que cette faible prévalence est liée d'une part aux caractéristiques du score AUDIT-C et d'autre part à l'âge moyen des répondant·e·s.

En effet le score AUDIT-C correspond à une version simplifiée en trois questions du score AUDIT (10 questions), il interroge uniquement la quantité et la fréquence des consommations d'alcool et ne comprend pas d'évaluation des conséquences de cette consommation qui constituent pourtant des critères de dépendance.

Le jeune âge de notre population peut également expliquer la faible proportion de dépistage d'une dépendance à l'alcool. La moyenne d'âge du dépistage d'une dépendance à l'alcool dans la population non hétérosexuelle apparaît être plus élevée que dans la population hétérosexuelle. En effet une étude suggère qu'il existe une disparité dans l'âge d'apparition et la trajectoire d'installation d'un trouble de l'usage de l'alcool entre la population hétérosexuelle et celle des minorités sexuelles. Dans la population hétérosexuelle le pic de prévalence serait à 23 ans, et dans la population LGBT+ à 28 ans (56). La même étude identifie que les trajectoires d'installation du trouble de l'usage de l'alcool se croiseraient à 25 ans entre ces deux populations, pour diminuer à partir de cet âge dans la population hétérosexuelle, et à l'inverse augmenter à partir de 25 ans dans la population LGBT+ (56).

D'autre part le Binge Drinking qui est un mode de consommation d'alcool particulièrement prévalent dans la population jeune comme celle de notre échantillon est interrogé par l'AUDIT-C mais ne transparait pas dans le score de dépistage de mésusage ou dépendance. Le Binge Drinking correspond à la prise répétée (2 fois par mois ou plus) d'une quantité importante d'alcool (6 verres ou plus), en un temps raccourci (moins de 2h) (57). La pratique du Binge

Drinking entre 18 et 25 ans constitue un facteur de risque de développer une dépendance à l'alcool (57), dans notre échantillon grâce aux réponses à la troisième question du questionnaire AUDIT-C, on a identifié une pratique de Binge Drinking chez 15 % des participant-e-s. Cette proportion correspond donc à la part de notre échantillon qui présente un facteur de risque accru de développer une dépendance avec l'âge.

Ces constats participent donc à éclairer la faible prévalence de dépendance à l'alcool identifiée dans notre échantillon jeune et encouragent à considérer que le risque de développement d'une dépendance avec l'âge reste présent.

Enfin le fait que notre population soit composée en majorité de femmes (62,9 %) peut également expliquer la faible prévalence de l'identification d'une dépendance à l'alcool, en effet le Baromètre de Santé Publique France met en évidence une plus faible prévalence de consommation au-dessus des seuils de recommandation chez les femmes que chez les hommes (13,6 % pour les femmes, 30,6 % pour les hommes) (54).

5.5 Alcool et revenus

Concernant l'identification d'un mésusage en alcool par la positivité du score AUDIT-C dans notre étude, on a mis en évidence qu'elle était significativement moins fréquente chez les participant-e-s ayant des revenus sociaux ou pas de revenus, soit présentant une moins bonne aisé financière. Ce constat est similaire à celui observé en population générale par le baromètre de Santé Publique France en 2021 (58) qui retrouve une plus grande proportion de consommation au-dessus des repères recommandés chez les adultes les plus aisés financièrement. Cette différence peut être due au fait qu'un meilleur pouvoir d'achat donne la possibilité de plus de dépenses, y compris dédiées à l'achat de boissons alcoolisées. Que ce soit dans notre étude ou celle de Andler et al. seules la fréquence et la quantité d'alcool sont interrogées, en effet le score AUDIT-C ne permet pas d'évaluer les conséquences de la consommation d'alcool et donc l'identification d'un trouble de l'usage.

On peut penser que si le fait d'avoir moins de revenus apparaît comme un facteur protecteur du mésusage évalué par la fréquence et la quantité des consommations, il ne le sera pas forcément concernant le développement d'un trouble de l'usage, les populations les plus

précaires ayant un moindre accès au dépistage, et moins de ressources pour solliciter de l'aide, recourir aux soins et accéder à une prise en charge sur le plan addictologique. En effet, des études mettent en évidence que l'insécurité alimentaire d'une part est un facteur favorisant une consommation d'alcool à risque (maintien de la consommation malgré ses conséquences sur la santé physique et psychique) (59). L'absence d'emploi chez les jeunes (17-29 ans) d'autre part, si elle est associée, comme dans notre étude à une plus faible prévalence de consommation en fréquence et quantité (binge drinking), constitue néanmoins un facteur à risque de présenter des problèmes et dommages liés à l'alcool (60).

5.6 Lieux LGBT+ et alcool

On a mis en évidence que la fréquentation de lieux LGBT+ est associée à un risque plus élevé de mésusage en alcool et que ce risque augmente avec la régularité de fréquentation de ces lieux. Ce résultat peut être expliqué par le fait que les espaces communautaires LGBT+ sont pour la majorité d'entre eux des lieux de convivialité qui vendent de l'alcool (bars, clubs...). Si ces lieux constituent souvent un refuge pour les personnes LGBT+, un endroit *safe* où elles sont préservées des discriminations qu'elles peuvent subir au quotidien ou dans d'autres lieux de sociabilité, on peut concevoir qu'il puisse s'y exercer une pression sociale qui favorise voire encourage les consommations, y compris d'alcool.

Le risque majoré de mésusage en alcool parmi les personnes qui fréquentent les lieux LGBT+ identifié dans notre étude met en évidence le fait que ces lieux constituent des espaces privilégiés pour la mise en place et le développement d'actions de préventions et de réduction des risques concernant la consommation d'alcool. Pour une meilleure acceptabilité et efficacité, ces actions devront être construites et menées avec une approche communautaire.

5.7 Violences et discriminations

Notre étude met en lumière que la population des FSF et des personnes transgenres est particulièrement exposée aux violences et aux discriminations. On a montré que ce vécu violent et discriminatoire constitue un facteur de risque de mésusage en alcool et autres substances psychoactives. En effet nos résultats ont mis en évidence que le fait d'avoir subi

des discriminations (de manière absolue, que ce soit en raison de son orientation sexuelle, identité de genre et/ou d'autres formes de discrimination) expose à un risque plus de deux fois supérieur de présenter un mésusage ou une dépendance à l'alcool, que le fait d'avoir subi des violences expose trois fois plus au risque de présenter un mésusage ou une dépendance à des substances psychoactives et que les personnes ayant subi des discriminations et qui identifient que ces discriminations ont un impact négatif sur leur santé physique et/ou psychique sont plus à risque de présenter un mésusage ou une dépendance à une substance psychoactive non-alcool.

On constate donc que notre population de personnes transgenres et de FSF présente une prévalence accrue de vécu de violences et discriminations d'une part, une prévalence également accrue de mésusage en substances psychoactives (alcool et autres substances) d'autre part, et qu'au sein même de notre population le fait d'avoir subi des violences et discriminations favorise le développement d'un mésusage en substances psychoactives. Nous mettons donc en évidence une interaction de problèmes de santé qui vont au-delà de la simple coexistence en tant que comorbidités mais qui correspond au concept de syndémie développé par Merrill Singer et expliqué en introduction. C'est-à-dire « l'agrégation d'au moins deux maladies ou problèmes de santé dans une population pour laquelle il existe un certain niveau d'interface biologique ou comportementale délétère qui exacerbe les effets négatifs de chacune des maladies impliquées » (40).

Ces constats mettent en exergue que l'accompagnement et la prise en charge des personnes transgenres et des FSF doit se faire dans le cadre d'une approche syndémique. Elle doit porter une attention spécifique au dépistage de ces vécus de violence et discriminations, à l'impact qu'ils peuvent avoir sur la santé physique et psychique de ces personnes. Ces vécus constituant des facteurs de risque de mésusage de substances psychoactives, il faut également interroger les consommations, développer des actions de prévention, de dépistages et d'accompagnement du mésusage et des risques liés aux consommations, spécifiquement à leur intention et adaptées aux populations des FSF et des personnes transgenres.

5.8 Santé mentale

Dans notre étude, nous avons intégré au questionnaire de recueil de données, les quatre questions du questionnaire PHQ4 standardisé et validé dans le dépistage de la détresse psychique et plus spécifiquement de l'anxiété et de la dépression (50). L'analyse des réponses à ces questions nous a permis d'identifier une prévalence de 80 % de détresse psychique chez les participant·e·s à l'étude, répartie en 30 % légère, 26 % modérée et 24 % grave. Par analyse séparée des questions ciblant l'anxiété d'une part et la dépression de l'autre, on met en évidence la présence de symptômes anxieux chez 56 % des personnes de notre échantillon et de symptômes dépressifs chez 40 % des personnes de l'échantillon.

Les chiffres récents dans la population générale des jeunes adultes montrent que 20 % des 18 – 24 ans sont concernés par la dépression en 2021 (61), les auteurs de l'enquête EpiCov avancent que les syndromes anxieux et dépressifs concernent 16 % de la population âgée de 16 ans et plus en 2021 également (62). Les taux de dépistage de trouble anxieux et de dépression dans notre population sont donc plus de deux fois plus importants qu'en population générale. Ces chiffres sont davantage concordants avec les études menées dans la population LGBT+ britannique par l'association Stonewall en 2018 qui retrouvait des symptômes dépressifs dans l'année chez 67 % des personnes transgenres et 55 % des femmes LGBT+ en général (63).

En plus d'une prévalence plus importante de détresse psychique chez les FSF et les personnes transgenres qu'en population générale, notre étude met donc en évidence que cette détresse psychique serait un facteur de risque de présenter un mésusage en substance psychoactive (sans significativité statistique, $p = 0,094$). Ces données soulignent l'importance du dépistage et de la prise en charge des troubles de santé mentale dans cette population.

5.9 Médecine générale

Notre étude s'est intéressée au suivi et au recours aux soins en médecine générale des FSF et des personnes transgenres. Elles sont plus de 40 % à déclarer avoir déjà subi le discours

stigmatisant ou jugeant d'un·e médecin généraliste concernant leur identité de genre et/ou leur orientation sexuelle. Ces chiffres sont retrouvés dans plusieurs études : en 2011, l'association lyonnaise de personnes transgenres Chrysalide recueillait les données suivantes : 16 % des personnes transgenres interrogées déclaraient avoir subi un refus de soins du fait de leur transidentité et 35 % des répondant·e·s avaient renoncé à des soins de peur de préjugés ou de discriminations émanant du corps médical (10). Le Planning familial rapporte en 2019 que l'accueil réservé aux personnes transgenre est souvent maladroit et blessant, peu informé sur les transidentités, parfois hostile, compromettant leur accès aux soins (64). La prévalence de ces discours stigmatisant et le constat qu'ils peuvent constituer un frein au recours aux soins dans la population des personnes transgenres et des FSF confirme l'importance et encourage la production de données de santé et la formation des professionnel·le·s à l'accueil et aux besoins spécifiques de ces populations, qui sont déjà réclamés par les concerné·e·s (7).

On a mis en évidence dans cette étude que les personnes qui présentaient un mésusage ou une dépendance à une substance psychoactive hors alcool avaient sollicité dans l'année précédente significativement plus de consultations en médecine générale et bénéficiaient plus fréquemment de la prescription d'un traitement psychotrope. S'il est probable que le fait de bénéficier d'un traitement psychotrope prescrit en médecine générale puisse majorer le nombre de consultations annuelles (renouvellement / réévaluation des prescriptions), on peut surtout retenir que ces consultations constituent d'autant plus d'occasions privilégiées de repérage, de dépistage, d'information et d'orientation concernant les consommations et d'éventuels mésusages. Ces occasions paraissent même d'autant plus appropriées que l'on sait que les troubles de l'usage de substances sont particulièrement comorbides des affections psychiatriques.

5.10 Forces et Limites

5.10.1 Forces

Une des forces de notre étude réside dans son originalité, elle constitue une des très rares études qui interroge les consommations de substances psychoactives dans la population des FSF et des personnes transgenres. D'ailleurs elle répond à une réelle demande de la part des associations militantes, de réalisation d'études et de productions de données de santé sur ces deux populations spécifiques.

Cette demande et ce besoin identifié a pu transparaître au cours de notre étude d'une part dans l'enthousiasme des associations contactées à partager le questionnaire et d'autre part dans le nombre d'ouvertures du questionnaire en ligne et de participations recueillies.

En effet, parmi les personnes qui ont eu accès à la présentation de l'étude, on dénombre 1790 ouvertures du questionnaire, ce chiffre met en lumière l'intérêt des personnes pour le sujet abordé. Aux personnes qui ont participé à l'étude, il était proposé à la fin du questionnaire de laisser une adresse mail si elles souhaitaient avoir accès à la fin de l'étude aux résultats obtenus. Là encore la proportion importante de personnes ayant souhaité connaître les résultats de notre étude (52 %) montre la pertinence de notre sujet et la réelle demande au sein de notre population de production d'informations concernant leurs enjeux de santé spécifique. En plus de révéler l'intérêt de notre population pour le sujet abordé, le nombre important de participant.e.s rend d'autant plus robuste la pertinence de nos résultats.

Enfin, nous avons intégré au sein du questionnaire, des échelles standardisées et validées de dépistage du mésusage et de la dépendance en substances psychoactives et des troubles de santé psychique qui garantissent une bonne validité interne de nos résultats.

5.10.2 Limites

Le logiciel de recueil des réponses au questionnaire ne nous permettant pas d'accéder aux éventuelles réponses des personnes ayant commencé le questionnaire sans le compléter dans

son intégralité, nous ne pouvons pas connaître les questions qui auraient éventuellement favorisé l'interruption du questionnaire. En ce sens et parce que nous ne l'avons pas questionnée, bien que le nombre important de réponses suggère une bonne acceptabilité de notre étude au sein de la population, nous ne sommes pas en mesure de fournir de données concernant l'acceptabilité du questionnaire proposé.

La construction de nos analyses n'a pas permis d'étudier les différences sur les critères de jugements principaux entre la population des FSF et la population des personnes transgenres. Il nous est apparu pertinent d'interroger ces deux populations dans notre étude d'abord parce qu'elles représentent des groupes trop souvent minoritaires dans les études à l'intention des personnes LGBTQ+. Mais aussi parce qu'elles souffrent d'un manque de travaux de recherche à propos de leurs enjeux de santé spécifiques et qu'elles en identifient le besoin. Enfin parce qu'elles présentent des problématiques propres et prévalentes en santé mentales et consommation de substances et que cette population est peu accessible par des études menées en médecine de ville sans approche communautaire. Cependant il s'agit d'une population hétérogène par les diversités de genres (femmes cisgenres, femmes transgenres, hommes transgenres, AFAB non binaires), et pour lesquelles les consommations sont sous-tendues par des problématiques propres à chacun des groupes. Le design de notre étude n'a pas permis de mettre en évidence ces problématiques et enjeux spécifiques de chacun des groupes, cette question pourra faire l'objet d'une analyse post hoc ciblée.

De la même manière, nous avons identifié dans notre échantillon près d'un tiers des participant-e-s qui consomment des substances psychoactives y ayant recours dans un contexte sexuel, sans pouvoir discriminer les produits utilisés ni les modes et pratiques précises de consommation. Nous n'avons donc pas pu identifier si ces consommations renaient dans le cadre de la pratique du chemsex.

Conclusion

Les FSF et les personnes transgenres présentent des caractéristiques de consommation de substances psychoactives qui leur sont spécifiques, que ce soit par les substances consommées, leur fréquence et quantité, leur contexte ou leur prévalence de mésusage et dépendance.

Les FSF et les personnes transgenres présentent également des caractéristiques sociodémographiques, de vie relationnelle et vécu communautaire et de recours et suivi en soins primaires qui leurs sont propres.

Ainsi parmi toutes ces caractéristiques spécifiques, notre étude a permis d'identifier celles qui constituent des facteurs de risque concernant le développement d'un mésusage ou d'une dépendance en substance psychoactive.

Les caractéristiques et besoins spécifiques des personnes transgenres et des FSF identifiés dans notre étude et dans d'autres, trop peu nombreuses avant elle, doivent constituer des cibles d'action de santé publique. Les FSF et les personnes transgenres souffrent de l'inadéquation des soins à leur intention, au point de plus fréquemment y renoncer que la population générale. Elles demandent des études et actions ciblées sur leurs spécificités de santé. Notre étude avait pour objectif de participer à une production de données de santé sur ces besoins spécifiques, elle a identifié dans le domaine des consommations de substances psychoactives des caractéristiques qui constituent des facteurs de risques de mésusages et doivent donc d'une part être connus et recherchés par les professionnel·le·s de santé et d'autre part être la cible d'actions de prévention, de réduction des risques et de prise en charge, dans une approche communautaire afin de participer à une meilleure adéquation de l'offre de soins à notre population et à une amélioration de leur état de santé globale.

Nos résultats doivent également encourager la réalisation d'autres études, d'une part pour continuer à identifier les besoins de santé spécifiques de cette population dans d'autres domaines de la santé et d'autre part pour préciser les spécificités des sous-groupes de cette population hétérogène.

Bibliographie

1. Trans (ou transgenre) | SOS homophobie [Internet]. [cité 30 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/informer/definitions/transidentite-personnes-transidentitaires-transgenres>
2. Non-binaire | SOS homophobie [Internet]. [cité 30 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/informer/definitions/non-binaire>
3. FSF | SOS homophobie [Internet]. [cité 30 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/informer/definitions/fsf>
4. Genon C, Chartrain C, Delebarre C. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. Genre, sexualité & société [Internet]. 29 juin 2009 [cité 11 avr 2022];(1). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/gss/951#tocto1n5>
5. Jedrzejewski T. EGaLe-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. 2016; Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5210_JEDRZEJEWSKI_these.pdf
6. Pasquier A, Richard S. Des expériences aux attentes de personnes lesbiennes en soins primaires : inégalités en santé, postures professionnelles et empowerment [Internet]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1573/>
7. Béziane C. Enquête sur la santé des femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF) Les Klamydia's 2019. [Internet]. Disponible sur: <https://info-fouffe.ch/wp-content/uploads/2020/11/Rapport-preliminaire-denquete.pdf>
8. SOS homophobie 26 avril : Contrairement aux engagements du gouvernement, les lesbiennes sont visibles. [Internet]. [cité 30 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/nos-articles/26-avril-contrairement-aux-engagements-du-gouvernement-les-lesbiennes-sont-visibles>

9. J. Navarro, F. Johnstone, J. Temple Newhook, M. Smith, j Wallace Skelton, K. Prempeh, L. S., C. Lopez, A. Scheim, G. Bauer, au nom de l'équipe Trans PULSE Canada. Santé et bien-être chez les jeunes trans et non binaires. 2021-06-25. [Internet]. Disponible au : <https://transpulsecanada.ca/fr/research-type/rapports/>
10. Chrysalide - Enquête « Santé Trans 2011 » [Internet]. [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: http://chrysalidelyon.free.fr/sondage_sante2011.php
11. Santé Publique France. Ampleur et impact sur la santé des discriminations et violences vécues par les personnes lesbiennes, gays, bisexuel-le-s et trans (LGBT) en France [Internet]. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/ampleur-et-impact-sur-la-sante-des-discriminations-et-violences-vecues-par-les-personnes-lesbiennes-gays-bisexuel-le-s-et-trans-lgbt-en-france>
12. Sidaction. Guide La Santé psychique chez les LGBT+. [Internet]. [cité 24 mai 2022] Disponible sur: <https://www.sidaction.org/guide-la-sante-psychique-chez-les-lgbt>
13. Le CRIPS IDF. Un guide pour améliorer la prise en charge des personnes LGBTQI+ [Internet]. [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.lecrips-idf.net/guide-sante-personnes-lgbtqi>
14. SOS homophobie. Rapport sur les LGBTIphobies. [Internet]. [cité 12 févr 2024] Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/informer/rapport-annuel-lgbtiphobies>
15. Cochran SD, Ackerman D, Mays VM, Ross MW. Prevalence of non-medical drug use and dependence among homosexually active men and women in the US population. *Addiction*. août 2004; Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4190042/>
16. Être en sécurité être soi-même : Résultats de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans | Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre (SARAVYC) [Internet]. [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.saravyc.ubc.ca/2020/03/31/etre-en-securite-etre-soi-meme-2019/>
17. Estrich CG, Gratzner B, Hotton AL. Differences in sexual health, risk behaviors, and substance use among women by sexual identity: Chicago, 2009-2011. *Sexually Transmitted Diseases*. mars 2014; DOI: 10.1097/OLQ.0000000000000091
18. Christian R, Mellies AA, Bui AG, Lee R, Kattari L, Gray C. Measuring the Health of an Invisible Population: Lessons from the Colorado Transgender Health Survey. *Journal of General Internal Medicine*. oct 2018; DOI : 10.1007/s11606-018-4450-6

19. Cosne M. Santé des personnes transgenres 2021. Étude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021. Médecine humaine et pathologie. 2021 Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03582506>
20. Sexual orientation health inequality: Evidence from Understanding Society, the UK Longitudinal Household Study | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 19 avr 2022]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0091743517302141?token=C7DA0FBC925118A54E7C5B07E9CB6DDD284FC1DF7E413CDE02F8BBFB71313836AB4ADC19E378C12E07779B779036B0C3&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220419132331>
21. Mercer CH, Bailey JV, Johnson AM, Erens B, Wellings K, Fenton KA, et al. Women Who Report Having Sex With Women: British National Probability Data on Prevalence, Sexual Behaviors, and Health Outcomes. *American Journal of Public Health* juin 2007; DOI : 10.2105/AJPH.2006.086439
22. Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ. Violence against women and suicide risk: The neglected impact of same-sex sexual behaviour. *Social Science & Medicine*. avr 2006; DOI : 10.1016/j.socscimed.2005.08.026
23. Burgard SA, Cochran SD, Mays VM. Alcohol and tobacco use patterns among heterosexually and homosexually experienced California women. *Drug and Alcohol Dependence*. 7 janv 2005; DOI : 10.1016/j.drugalcdep.2004.07.007
24. Bauer GR, Jairam JA, Baidoobonso SM. Sexual Health, Risk Behaviors, and Substance Use in Heterosexual-Identified Women With Female Sex Partners: 2002 US National Survey of Family Growth. *Sexually Transmitted Diseases*. sept 2010; DOI : 10.1097/OLQ.0b013e3181d785f4
25. Frost MC, Blosnich JR, Lehavot K, Chen JA, Rubinsky AD, Glass JE, et al. Disparities in Documented Drug Use Disorders Between Transgender and Cisgender U.S. Veterans Health Administration Patients. *Journal of Addiction Medicine*. 1 août 2021; DOI : 10.1097/ADM.0000000000000769
26. Wolfe HL, Biello KB, Reisner SL, Mimiaga MJ, Cahill SR, Hughto JMW. Transgender-related discrimination and substance use, substance use disorder diagnosis and treatment history among transgender adults. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 juin 2021; DOI : 10.1016/j.drugalcdep.2021.108711

27. Scheim AI, Bauer GR, Shokoohi M. Drug use among transgender people in Ontario, Canada: Disparities and associations with social exclusion. *Addictive Behaviors*. sept 2017; DOI : 10.1016/j.addbeh.2017.03.022
28. McCabe SE, Bostwick WB, Hughes TL, West BT, Boyd CJ. The Relationship Between Discrimination and Substance Use Disorders Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *American Journal of Public Health*. oct 2010; DOI : 10.2105/AJPH.2009.163147
29. Gonzalez CA, Gallego JD, Bockting WO. Demographic Characteristics, Components of Sexuality and Gender, and Minority Stress and Their Associations to Excessive Alcohol, Cannabis, and Illicit (Noncannabis) Drug Use Among a Large Sample of Transgender People in the United States. *The Journal of Primary Prevention*. août 2017; DOI : 10.1007/s10935-017-0469-4
30. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. APACHES - Attentes et PARcours liés au CHeMsex 2019 [Internet]. [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2019/apaches-attentes-et-parcours-lies-au-chemsex/>
31. Hibbert MP, Hillis A, Brett CE, Porcellato LA, Hope VD. A narrative systematic review of sexualised drug use and sexual health outcomes among LGBT people. *International Journal of Drug Policy*. 1 juill 2021; DOI : 10.1016/j.drugpo.2021.103187
32. Hibbert MP, Porcellato LA, Brett CE, Hope VD. Associations with drug use and sexualised drug use among women who have sex with women (WSW) in the UK: Findings from the LGBT Sex and Lifestyles Survey. *The International Journal on Drug Policy*. déc 2019; DOI : 10.1016/j.drugpo.2019.07.034
33. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Usages et usagers de drogues en contexte de crise sanitaire - Tendances 147 - décembre 2021 [Internet]. [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/usages-et-usagers-de-drogues-en-contexte-de-crise-sanitaire-tendances-147-decembre-2021/>
34. Benyamina A. Rapport « Chemsex ». [Internet]. [cité 24 mai 2022] Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/284486-rapport-chemsex-rapport-du-professeur-amine-benyamina>

35. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological bulletin*. sept 2003; DOI : 10.1037/0033-2909.129.5.674
36. Kcomt L, Evans-Polce RJ, Boyd CJ, McCabe SE. Association of transphobic discrimination and alcohol misuse among transgender adults: Results from the U.S. Transgender Survey. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 oct 2020; DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108223
37. Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*. oct 2012; DOI: 10.1037/a0029597
38. Arayasirikul S, Pomart WA, Raymond HF, Wilson EC. Unevenness in Health at the Intersection of Gender and Sexuality: Sexual minority disparities in alcohol and drug use among transwomen in the San Francisco Bay Area. *Journal of homosexuality*. 2018; DOI: 10.1080/00918369.2017.1310552
39. Singer M. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: Conceptualizing the Sava Syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*. 1 mai 1996; Disponible sur : <https://ojs.library.okstate.edu/osu/index.php/FICS/article/view/1346>
40. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*. mars 2017; DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30003-X
41. Ouafik M. L'approche syndémique appliquée à la santé des minorités sexuelles et de genre : étude de la portée. *Santé Publique*. 2022; DOI: 10.3917/spub.hs2.0021
42. Bauer GR, Flanders C, MacLeod MA, Ross LE. Occurrence of multiple mental health or substance use outcomes among bisexuals: a respondent-driven sampling study. *BMC Public Health*. 10 juin 2016; DOI: 10.1186/s12889-016-3173-z
43. Choi AY, Israel T, Nylund-Gibson K. Syndemic behavioral risk and suicidality among bisexual adolescents: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. juill 2020; DOI: 10.1037/ccp0000500
44. Logie CH, Lacombe-Duncan A, Poteat T, Wagner AC. Syndemic Factors Mediate the Relationship between Sexual Stigma and Depression among Sexual Minority Women and Gender Minorities. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*. 2017; DOI : 10.1016/j.whi.2017.05.003

45. Chakrapani V, Willie TC, Shunmugam M, Kershaw TS. Syndemic Classes, Stigma, and Sexual Risk Among Transgender Women in India. *AIDS and behavior*. juin 2019; DOI: 10.1007/s10461-018-2373-1
46. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro MG, World Health Organization. The Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. 2010; Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44320>
47. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie*. 15 mars 2015; Disponible sur : <https://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/570>
48. Santé Publique France. Alcool et médecine générale : Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. [Internet]. [cité 16 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/alcool-et-medecine-generale-recommandations-cliniques-pour-le-reperage-precoce-et-les-interventions-breves>
49. Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Drug use disorders identification test. *European addiction research*. 2003; Disponible sur: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F02890-000>
50. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders* avr 2010; DOI: 10.1016/j.jad.2009.06.019
51. Observatoire des territoires. L'enseignement supérieur sur le territoire : une analyse territoriale [Internet]. [cité 5 juill 2024]. Disponible sur: <http://www.cdefi.fr/fr/actualites/lenseignement-superieur-sur-le-territoire-une-analyse-territoriale>
52. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023 [Internet]. 2024 [cité 2 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/actualite/les-niveaux-d-usage-des-drogues-illicites-en-france-en-2023-2123>
53. Day JK, Fish JN, Perez-Brumer A, Hatzenbuehler ML, Russell ST. Transgender Youth Substance Use Disparities: Results from a Population-Based Sample. *The Journal of*

- adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. déc 2017; DOI: 10.1016/j.jadohealth.2017.06.024
54. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2022 [Internet]. 2023 [cité 2 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2023/la-consommation-d-alcool-et-ses-consequences-en-france-en-2022-1545>
55. Dermody SS, McGinley J, Eckstrand K, Marshal MP. Sexual minority female youth and substance use disparities across development. *Journal of LGBT Youth*. 2 avr 2020; Disponible sur : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19361653.2019.1598313>
56. Peralta RL, Victory E, Thompson CL. Alcohol use disorder in sexual minority adults: Age- and sex- specific prevalence estimates from a national survey, 2015-2017. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 déc 2019; DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2019.107673
57. Inserm. Alcool & Santé · La science pour la santé. [Internet]. [cité 2 juill 2024] Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>
58. Santé Publique France - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 2 juill 2024]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/11/2023_11_2.html
59. Nagata JM, Whittle HJ, Ganson KT, Tabler J, Hahn JA, Weiser SD. Food insecurity risk and alcohol use disorder in US young adults: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health. *The American Journal on Addictions*. nov 2021; DOI: 10.1111/ajad.13218
60. Thern E, Ramstedt M, Svensson J. The associations between unemployment at a young age and binge drinking and alcohol-related problems. *European Journal of Public Health*. 1 avr 2020; DOI: 10.1093/eurpub/ckz218
61. Santé Publique France. Santé mentale des jeunes : des conseils pour prendre soin de sa santé mentale [Internet]. [cité 5 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/sante-mentale-des-jeunes-des-conseils-pour-prendre-soin-de-sa-sante-mentale>
62. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. [Internet]. [cité 5 juill 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sante-mentale-une-amelioration-chez-les>

63. Stonewall. LGBT in Britain - Health (2018). [Internet]. 2018 [cité 5 juill 2024] Disponible sur: <https://www.stonewall.org.uk/resources/lgbt-britain-health-2018>
64. Le planning familial. Les enjeux de la santé des personnes trans. [Internet]. [cité 9 juill 2024] Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/association-martiniquaise-pour-linformation-et-lorientation-familiale-amiof/les-enjeux-de-la-sante>

Table des tableaux

Sauf mention contraire, les tableaux sont de l'auteure.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques.....	35
Tableau 2 : Caractéristiques vie relationnelle et vécu communautaire.....	38
Tableau 3 : Caractéristiques des consommations et santé mentale.....	41
Tableau 4 : Analyse univariée des paramètres associés à un AUDIT-C positif	45
Tableau 5 : Analyse univariée des paramètres associés à un DUDIT positif	46
Tableau 6 : Soins primaires : analyse univariée de l'association à un AUDIT-C positif.....	47
Tableau 7 : Soins primaires : analyse univariée de l'association à un DUDIT positif.....	48
Tableau 8 : Analyse multivariée des paramètres associés à un AUDIT-C positif	49
Tableau 9 : Analyse multivariée des paramètres associés à un DUDIT positif	51

Table des figures

Sauf mention contraire, les figures sont de l'auteur.

Figure 1 : Diagramme de flux.....	34
Figure 2 : Histogramme de répartition des âges.....	36

Annexes

Annexe 1 : Affiche de présentation et accès au questionnaire au Checkpoint



CONSO LESBI TRANS



À l'intention des lesbiennes, des femmes bi et des personnes transgenres

Réponds à ce questionnaire anonyme pour produire des données de santé sur nos besoins spécifiques, améliorer les connaissances et développer des actions de soins ciblées (prévention, dépistage, réduction des risques)

Étude des caractéristiques de consommation de substances psychoactives des FSF (femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes) et personnes transgenres.

Menée par Hélène Rossignol, interne de médecine générale

Annexe 2 : Posts de présentation de l'étude sur les réseaux sociaux

CONSO LESBI TRANS

AUJOURD'HUI, LES LESBIENNES, FEMMES BI ET PERSONNES TRANS :

Manquent de visibilité dans les études en santé, dans les politiques de santé publique et dans l'offre de soins

Sont confronté.e.s à la méconnaissance des soignant.e.s et à l'inadaptation des soins à leurs besoins

Présentent des enjeux de santé mentale et une prévalence accrue de consommation de substances

L'ETUDE CONSO LESBITRANS :

Etude des caractéristiques de consommations de substances psychoactives
chez les FSF et chez les personnes transgenres

Menée par Hélène Rossignol
interne de médecine générale à l'Université Paris Cité

dans le cadre de sa thèse d'exercice

à l'intention des personnes transgenres et des femmes
qui ont des relations sexuelles avec des femmes

soutenue dans le recueil des données par le centre de
santé communautaire LGBT Checkpoint Paris

L'ÉTUDE CONSO LESBITRANS A POUR OBJECTIFS :

D'enquêter sur les particularités d'usage de produits
psychoactifs chez les FSF* et les personnes transgenres,
en les mettant en lien avec leur vécu collectif à l'échelle
communautaire

ELLE TENTERA :

D'améliorer la connaissance des besoins spécifiques
dans ces populations

D'améliorer les soins des professionnel.le.s de santé à
leur intention

* FSF = femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes

POUR PARTICIPER :

**RÉPONDEZ AU
QUESTIONNAIRE !**

Anonyme

Remplissage en 15 minutes

MERCI !

Annexe 3 : Questionnaire papier

Numéro :

Conso LesBiTrans : Étude des caractéristiques de consommation de substances psychoactives chez les FSF et personnes transgenres.

Je ne m'oppose pas à participer à cette étude

Pour être interprétable et comptabilisé le questionnaire doit être rempli dans son intégralité.

1. Êtes-vous ... ?
 - Une femme cisgenre
 - Un homme transgenre
 - Une femme transgenre
 - Une personne non binaire
 - Autre : précisez :

2. Quel est votre âge ? J'ai ans.

3. Comment définissez-vous votre orientation sexuelle ?
 - Ne se définissant pas dans de telles catégories
 - Hétérosexuel-le
 - Homosexuel-le
 - Bisexuel-le
 - Autre : précisez :

4. Quel est votre niveau d'étude ?
 - Primaire ou collègue
 - CAP / BEP
 - Bac
 - Bac + 2/4
 - Bac +5 ou plus

5. Quelle est votre source principale de revenus ?
 - Activité à temps complet ou temps partiel
 - Revenus sociaux (RSA, AAH)
 - Allocation chômage ou invalidité
 - Travail du sexe
 - Retraite
 - Autre : précisez :
 - Aucun revenu

6. Dans quel type de logement résidez-vous actuellement ?
 - Durable indépendant
 - Durable chez famille ou proche
 - Durable en institution
 - Provisoire chez proche
 - Provisoire en institution
 - Sans domicile

7. Dans votre entourage, qui avez-vous informé de votre orientation sexuelle ? (Plusieurs réponses possibles)
- Tout votre entourage
 - Vo-tre-s partenaire-s
 - Votre famille proche
 - Votre famille éloignée
 - Vos amis
 - Votre entourage de travail
 - Personne
 - Je ne ressens pas le besoin d'en parler
8. Diriez-vous que vous vous sentez à l'aise avec votre orientation sexuelle ?
- Oui, complètement
 - Oui, plutôt
 - Non, pas vraiment
 - Non, pas du tout
9. Dans votre entourage, qui avez-vous informé de votre identité de genre ? (Plusieurs réponses possibles)
- Tout votre entourage
 - Vo-tre-s partenaire-s
 - Votre famille proche
 - Votre famille éloignée
 - Vos amis
 - Votre entourage de travail
 - Personne
 - Je ne ressens pas le besoin d'en parler
10. Diriez-vous que vous vous sentez à l'aise avec votre identité de genre ?
- Oui, complètement
 - Oui, plutôt
 - Non, pas vraiment
 - Non, pas du tout
11. Quelle est votre situation relationnelle actuelle ?
- Célibataire
 - En couple exclusif
 - En couple ouvert
 - Polyamoureu-x-se
 - En relation libre
 - Autre : *précisez* :
12. Quel est le genre de vos partenaires ? (Plusieurs réponses possibles)
- Exclusivement des personnes se définissant femme
 - Des personnes se définissant femme et des personnes se définissant homme
 - Exclusivement des personnes se définissant homme
 - Des personnes ne se définissant pas dans ces catégories

13. Vous arrive-t-il d'avoir des pratiques sexuelles en échange de rétribution ? (Plusieurs réponses possibles)
- Oui, c'est ma source principale de revenus
 - Oui, c'est une source de revenus complémentaires
 - Oui, en échange de produits ou pour pouvoir consommer
 - Non
14. Avez-vous déjà subi des violences (physiques, sexuelles ou verbales) ?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
15. Avez-vous déjà subi des discriminations en raison de votre orientation sexuelle et/ou identité de genre ?
- Oui
 - Non
16. Avez-vous déjà subi d'autres formes de discriminations ? (Racisme, grossophobie, validisme ...)
- Non
 - Oui : précisez :
17. Diriez-vous que ces discriminations ont un impact sur votre santé physique et/ou psychique ?
- Oui, complètement
 - Oui, plutôt
 - Non, pas vraiment
 - Non, pas du tout
18. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous fréquenté des lieux de sociabilité LGBT (bars, clubs, soirées, associations ...) ?
- Jamais
 - Moins d'une fois par mois
 - Tous les mois ou plus
 - Toutes les semaines ou plus
19. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
- Jamais
 - 1 fois par mois ou moins
 - 2 à 4 fois par mois
 - 2 à 3 fois par semaine
 - Au moins 4 fois par semaine
20. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
(1 verre standard = 25cL de bière, 12 cL de vin, 7cL d'apéritif, 2,5 cL de whisky/pastis)
- 1 ou 2
 - 3 ou 4
 - 5 ou 6
 - 7 à 9
 - 10 ou plus

21. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Tous les jours au presque

22. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé au moins une fois l'une des substances suivantes (cochez la ou les réponses correspondantes) ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Cathinones (3MMC, 4MMC, 4MEC...) |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Kétamine |
| <input type="checkbox"/> Poppers | <input type="checkbox"/> Opioïdes (morphine, héroïne, codéine, fentanyl...) |
| <input type="checkbox"/> Cocaïne | <input type="checkbox"/> Hallucinogènes |
| <input type="checkbox"/> MDMA ou ecstasy | <input type="checkbox"/> Médicaments détournés de leur usage |
| <input type="checkbox"/> Crystal-Meth/Tina | <input type="checkbox"/> Autres : précisez : |
| <input type="checkbox"/> Amphétamines (Speed...) | |
| <input type="checkbox"/> GHB ou GBL | |

Si vous avez répondu « aucune » à la question précédente, passez directement à la question N° 35, page 7. Sinon continuez le questionnaire à la page suivante.

Les questions des deux pages à venir concernent le sujet des produits psychoactifs, elles sont issues d'un questionnaire standardisé.

Merci de répondre aussi honnêtement que possible en indiquant quelle réponse est la bonne pour vous.

23. A quelle fréquence consommez-vous des produits psychoactifs autres que l'alcool ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois ou moins | <input type="checkbox"/> 2 ou 3 fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par mois | <input type="checkbox"/> 4 fois par semaine ou plus |

24. Vous arrive-t-il de consommer plus d'un même type de drogue à une même occasion ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> 2 ou 3 fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois ou moins | <input type="checkbox"/> 4 fois par semaine ou plus |
| <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par mois | |

25. Combien de fois prenez-vous des drogues dans une journée typique où vous en prenez ?

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 5 ou 6 |
| <input type="checkbox"/> 1 ou 2 | <input type="checkbox"/> 7 ou plus |
| <input type="checkbox"/> 3 ou 4 | |

26. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà utilisé des drogues, dans un contexte sexuel ?

- Oui
 Non

SI OUI : au cours de ces consommations dans un contexte sexuel, quels sont les produits que vous avez utilisés au moins une fois dans les 12 derniers mois ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> MDMA / Ecstasy |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> GHB / GBL |
| <input type="checkbox"/> Cocaïne | <input type="checkbox"/> Kétamine |
| <input type="checkbox"/> Cathinones (3MMC, 4MMC, 4MEC...) | <input type="checkbox"/> Autre : précisez : |

27. A quelle fréquence êtes-vous grandement affecté-e par les drogues ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Chaque semaine |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque |
| <input type="checkbox"/> Chaque mois | |

28. Au cours de la dernière année, avez-vous senti que votre envie de drogue était si forte que vous ne pouviez y résister ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Chaque semaine |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque |
| <input type="checkbox"/> Chaque mois | |

29. Avez-vous, au cours de la dernière année, été incapable d'arrêter de prendre des drogues après avoir commencé ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Chaque semaine |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque |
| <input type="checkbox"/> Chaque mois | |

30. A quelle fréquence au cours de la dernière année avez-vous pris des drogues puis négligé quelque chose que vous auriez dû faire ?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Chaque semaine |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque |
| <input type="checkbox"/> Chaque mois | |
31. A quelle fréquence au cours de la dernière année avez-vous eu besoin de prendre une drogue le matin suivant une forte consommation de drogue le jour précédent ?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Chaque semaine |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque |
| <input type="checkbox"/> Chaque mois | |
32. A quelle fréquence au cours de la dernière année avez-vous eu des sentiments de culpabilité ou mauvaise conscience parce que vous aviez consommé des drogues ?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Chaque semaine |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque |
| <input type="checkbox"/> Chaque mois | |
33. Est-ce que vous ou une autre personne avez été blessé (physiquement ou mentalement) parce que vous aviez consommé des drogues ?
- Non
 - Oui, mais pas au cours de la dernière année
 - Oui, au cours de la dernière année
34. Est-ce qu'un membre de votre famille, un-e ami-e, un médecin, un-e infirmier-e ou une autre personne s'est inquiété de votre consommation de drogue ou vous a dit que vous devriez arrêter d'en consommer ?
- Non
 - Oui, mais pas au cours de la dernière année
 - Oui, au cours de la dernière année

35. Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné-e par les problèmes suivants ?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
• Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se sentir triste, déprimé-e ou désespéré-e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Combien de fois avez-vous consulté des médecins généralistes au cours des 12 derniers mois ?

- Aucune
- Moins de 3 fois
- Plus de 6 fois
- Plus de 10 fois

37. Avez-vous un médecin traitant généraliste ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si vous avez répondu non, passez à la question 41 à la page suivante.

38. Si vous avez un médecin traitant, avez-vous parler avec lui/elle :

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| • De votre orientation sexuelle ? | • De votre identité de genre ? |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non |

39. Vous sentez-vous à l'aise de parler avec votre médecin traitant de santé sexuelle ?

- Oui, complètement
- Oui, plutôt
- Non, pas vraiment
- Non, pas du tout

40. Vous sentez-vous à l'aise de parler avec votre médecin traitant de consommation de drogue et alcool ?

- Oui, complètement
- Oui, plutôt
- Non, pas vraiment
- Non, pas du tout

41. Prenez-vous un traitement psychotrope prescrit par un médecin généraliste ? (Cochez la ou les réponses correspondantes)

- Aucun
- Anxiolytique
- Somnifère
- Antidépresseur
- Autre : *précisez* :

42. Avez-vous déjà eu l'impression que le discours d'un médecin généraliste était stigmatisant ou jugeant ?

- Concernant votre sexualité/vos pratiques sexuelles :
 - Oui
 - Non
- Concernant votre consommation de drogue et alcool :
 - Oui
 - Non

Merci pour vos réponses à ce questionnaire !

Vous pouvez le remettre complété à la personne qui vous l'avait proposé.

Annexe 4 : Note d'information

Numéro :

Conso LesBiTrans : ETUDE DES CARACTERISTIQUES DE CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS CHEZ LES FSF ET LES PERSONNES TRANSGENRES

NOTE D'INFORMATION A CONSERVER

Investigatrice coordonnatrice : Mme Hélène Rossignol
Promoteur : Dr Dorian Rollet, médecin addictologue
Centre de santé sexuelle Checkpoint Paris, 13 rue d'Alexandrie, 75002 Paris
Version N°1.0 du 12/03/2023
Numéro ID-RCB : 2023-A00616-39
Contact téléphonique : 06.59.21.49.61

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à l'Université Paris Cité. Dans le cadre de ma thèse d'exercice, je réalise une étude, Conso LesBiTrans, chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF) et les personnes transgenres. Cette étude permettra de mieux connaître les particularités des consommations de produits psychoactifs dans ces populations trop peu souvent représentées dans les recherches en santé. Que vous soyez usager-e ou non, je vous propose de participer en répondant au questionnaire ci-joint. Il ne vous prendra que quelques minutes, après votre consultation, et vous pourrez ensuite le déposer dans une boîte située à l'accueil. Avant d'accepter ou non de participer, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent.

But de la recherche

Cette recherche a pour but d'enquêter sur les particularités d'usage de produits psychoactifs chez les FSF et personnes transgenres, en les mettant en lien avec leur vécu collectif à l'échelle communautaire. Elle permettra d'améliorer les connaissances épidémiologiques dans ces populations et tentera d'améliorer les soins des professionnels de santé.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation est libre et volontaire : après avoir obtenu les réponses satisfaisantes à vos questions et disposé d'un délai suffisant de réflexion, vous pourrez alors décider si vous acceptez de participer à la recherche ou non.

- Si vous décidez de participer, pourrez retirer à tout moment les données issues de votre participation sans justification, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice. Pour ce faire, vous pourrez nous contacter (cordonnées figurant en en-tête) en mentionnant le numéro de cette note d'information. Cela ne changera en rien les rapports que vous avez avec votre médecin. Un défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour vous.
- Si vous décidez de ne pas participer, vous n'aurez pas à vous justifier et la qualité des soins dont vous devez bénéficier n'en sera pas modifiée.

Déroulement de la recherche

Cette étude se déroulant au centre de santé sexuelle communautaire Checkpoint Paris, aura comme objectif d'inclure minimum 290 personnes pour pouvoir en ressortir des conclusions validées et utilisables. Votre participation ne sera pas rémunérée et vous n'en tirerez aucun bénéfice direct, si ce n'est de faire avancer la recherche sur les questions liées aux conduites addictives dans les communautés LGBT+. Vous pourrez sur demande, être informé-e des résultats globaux de cette étude qui pourra faire ultérieurement l'objet de publications. La participation à cette étude ne comporte pas de risque pour vous, si ce n'est d'aborder des questions qui pourraient vous mettre mal à l'aise. Elle n'entraînera pas de frais pour vous.

Traitement des données personnelles

Si vous acceptez de participer, vos données personnelles, y compris vos données de santé, feront l'objet d'un traitement par le promoteur, en qualité de responsable du traitement de ces données. Le questionnaire intègre des échelles standardisées sur des questions de santé dont les résultats seront analysés statistiquement au regard des données sociodémographiques.

Confidentialité

Vos données personnelles seront traitées de manière anonyme et confidentielle, conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée dite « Loi Informatique et Libertés », et conformément au Règlement Général sur la Protection des Données. Elles seront codées par un numéro sans mention de vos noms et prénoms. Il ne sera pas possible à partir du questionnaire de remonter à votre identité puisque seul le numéro figurant sur cette note d'information est y est indiqué.

Droits des participants

Vous avez le droit d'avoir accès, au cours ou à l'issue de la recherche, à des informations concernant votre santé détenues par l'investigateur ou son représentant désigné, conformément à l'article L. 1122-1 du Code de la Santé Publique, et de demander qu'elles soient rectifiées ou complétées. Vous pouvez également demander la limitation du traitement de vos données (c'est-à-dire demander au promoteur de geler temporairement l'utilisation de vos données).

Même si vous acceptez de participer à la recherche, vous pourrez à tout moment vous opposer au traitement de vos données aux fins de réalisation de la recherche. Dans ce cas, aucune information supplémentaire vous concernant ne sera collectée. Vous pouvez également exercer votre droit à l'effacement sur les données déjà recueillies mais celles-ci pourront ne pas être effacées si cela rendait impossible ou compromettrait gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous avez le droit d'être informé-e des résultats globaux de la recherche à l'issue de celle-ci, conformément au dernier alinéa de l'article L.1122-1 du Code de la Santé Publique auprès de l'investigateur ou de son représentant désigné qui aura recueilli votre non-opposition.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L111-7 du Code de la Santé Publique.

Pour exercer ces droits ou pour toute autre question sur le traitement de vos données sans ce dispositif, vous pouvez nous contacter au 0659214961

Base juridique et finalité du traitement de vos données personnelles

Cette recherche est menée conformément aux lois et réglementation en vigueur (article L.1122-1 du Code de Santé Publique), relatifs aux recherches impliquant la personne humaine. Elle a reçu l'avis favorable du Comité de Protection de la Personne Ile de France III, le 17/04/2023 conformément à l'article L. 1121-4 du Code de la santé publique, et est menée conformément à la méthodologie de référence MR-003 homologuée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) du 21 juillet 2016 (récépissé n° 2229386 du 12/03/2023). Le traitement de vos données personnelles est nécessaire à la réalisation de la recherche et est fondé sur la mission d'intérêt public dont est investi le promoteur conformément à l'article 6.1.e du Règlement général sur la Protection des données. Ce traitement est autorisé car il est nécessaire à des fins de recherche scientifique. Le responsable de traitement et promoteur doit mettre en œuvre des mesures appropriées permettant de garantir vos droits et libertés, notamment le seul recueil de données strictement nécessaires à la recherche.

En tant qu'investigatrice coordonnatrice, Mme Hélène ROSSIGNOL est chargée de surveiller et de diriger la recherche et coordonne le recrutement des participant-e-s. En tant que promoteur, Le Dr Dorian ROLLET est responsable de la recherche et en assure la gestion. Il est responsable du traitement des données et se porte garant de l'anonymat et de la confidentialité concernant les informations recueillies, dans les limites prévues par la loi. Vos données ne seront conservées que pour une durée de 5 ans conformément à la réglementation. Elles seront conservées anonymement dans les systèmes d'information du promoteur jusqu'à la publication des résultats de la recherche. Si vous avez des questions sur la recherche, vous pourrez nous contacter (coordonnées figurant en en-tête). Vous pourrez également recevoir des informations supplémentaires d'un professionnel sur le sujet si vous le souhaitez.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.
En vous remerciant pour votre précieuse participation.

Mme Hélène ROSSIGNOL

Étude des caractéristiques de consommation de substances psychoactives des FSF et des personnes transgenres.

Résumé :

Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) et les personnes transgenres présentent des caractéristiques et des besoins de santé spécifiques qui sont trop peu étudiés et considérés par les politiques de santé publique et les professionnel-le-s de santé. Parmi ces enjeux de santé spécifiques, une plus grande prévalence de consommation de substances psychoactives. Notre étude a pour objectif de décrire ces consommations et d'en identifier des facteurs associés pour améliorer la prise en charge des FSF et personnes transgenres concernant ces consommations. Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle, analytique et transversale. Le recueil de données a eu lieu de juin à décembre 2023, sous la forme d'un auto-questionnaire anonyme diffusé dans un centre de santé communautaire LGBT +, et sur les réseaux sociaux via les comptes d'associations militantes LGBT+ et de réduction des risques à Paris et Marseille. Notre population était constituée de 698 personnes avec une moyenne d'âge de 26,9 ans. Nous avons mis en évidence 54 % de mésusage en alcool, associé au fait d'avoir subi des discriminations, de fréquenter les lieux LGBT + et de présenter un mésusage à une autre substance psychoactive. Nous avons également identifié dans 43 % de la population totale de l'échantillon, une consommation de substances psychoactives hors alcool dépassant le seuil d'identification d'un mésusage, associé au fait de ne pas avoir suivi d'étude supérieures, d'avoir été victime de violences, d'avoir subi des discriminations et d'en identifier un impact négatif sur sa santé, le fait de présenter un mésusage en alcool et le fait de consommer en contexte sexuel. Notre étude a confirmé la prévalence accrue de consommation et de mésusage de substances psychoactives chez les FSF et chez les personnes transgenres, et permis d'identifier des facteurs associés à ces consommations. La réalisation d'autres études pour préciser les besoins de cette population hétérogène est nécessaire afin de proposer des actions spécifiques en santé publique et en soins primaires.

Spécialité :

Médecine générale

Mots clés français :

Trouble lié à l'usage de substance ; homosexualité féminine ; personnes transgenres ; santé mentale

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

**Université Paris Cité
UFR de médecine
15 Rue de l'École de Médecine
75006 Paris**