



RAISONS DE SANTE 329 – LAUSANNE

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique
Secteur Evaluation et expertise en santé publique (CEESAN)

Des chiffres vaudois sur la victimisation des jeunes LGBT

Robin Udrisard, Sophie Stadelmann, Raphaël Bize

unisanté
Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

Unil
UNIL | Université de Lausanne

Raisons de santé 329

Le Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté regroupe, depuis le 1er janvier 2019, les compétences de la Policlinique médicale universitaire, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, de l'Institut universitaire romand de santé au travail et de Promotion Santé Vaud. Il a pour missions :

- les prestations de la première ligne de soins (en particulier l'accès aux soins et l'orientation au sein du système de santé) ;
- les prestations en lien avec les populations vulnérables ou à besoins particuliers ;
- les interventions de promotion de la santé et de prévention (I et II) ;
- les expertises et recherches sur l'organisation et le financement des systèmes de santé ;
- les activités de recherche, d'évaluation et d'enseignement universitaire en médecine générale et communautaire, en santé publique et en santé au travail.

Dans le cadre de cette dernière mission, Unisanté publie les résultats de travaux de recherche scientifique financés par des fonds de soutien à la recherche et des mandats de service en lien avec la santé publique. Il établit à cet égard différents types de rapports, au nombre desquels ceux de **la collection « Raisons de santé »** qui s'adressent autant à la communauté scientifique qu'à un public averti, mais sans connaissances scientifiques fines des thèmes abordés. Les mandats de service sont réalisés pour le compte d'administrations fédérales ou cantonales, ou encore d'instances non gouvernementales (associations, fondations, etc.) œuvrant dans le domaine de la santé et/ou du social.

Étude financée par :

Le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC) du canton de Vaud qui a financé l'enquête populationnelle menée en 2017.

Le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) du canton de Vaud, qui a financé, via le Fonds pour le développement de la prévention et de la promotion de la santé, les analyses secondaires présentées dans ce rapport.

Citation suggérée :

Udrisard R, Stadelmann S, Bize R. Des chiffres vaudois sur la victimisation des jeunes LGBT. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2022 (Raisons de santé 329).

<https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/329>

Remerciements :

Aux représentant·es des organisations communautaires LGBT vaudoises pour leurs précieux commentaires durant la réalisation de cette étude.

Relecture et contrôle de l'édition :

Sanda Samitca, Aurélien Baud, Pauline Delaby

Date d'édition :

Janvier 2022

Table des matières

Résumé7

1	Introduction	12
2	Revue de littérature.....	13
2.1	Préambule	13
2.2	Orientation sexuelle	13
2.2.1	Dimensions de l'orientation sexuelle et recoupements	13
2.2.2	Choix des indicateurs, influence sur les mesures et recommandations	14
2.2.3	Victimisation	15
2.2.4	Consommation de substances psychoactives	16
2.2.5	Santé	17
2.3	Identité de genre	19
2.3.1	Terminologie et indicateurs	19
2.3.2	Victimisation	20
2.3.3	Consommation	21
2.3.4	Santé	21
2.4	Causalité, stress minoritaire et effet médiateur de la victimisation	22
2.5	Facteurs protecteurs	23
3	Méthode	25
3.1	Enquête	25
3.2	Variables étudiées	25
3.2.1	Thématiques et variables investiguées	25
3.2.2	Orientation sexuelle	27
3.2.3	Identité de genre	28
3.3	Analyses statistiques	29
3.3.1	Analyses bivariées	29
3.3.2	Analyses multi-variables	29
4	Résultats	32
4.1	Identité de genre	32
4.2	Orientation sexuelle	32
4.3	Victimisation	35
4.3.1	Selon l'orientation sexuelle	35
4.3.2	Selon l'identité de genre	39
4.4	Consommation de substances psychoactives	39
4.4.1	Selon l'orientation sexuelle	39
4.4.2	Selon l'identité de genre	42
4.5	Santé	43
4.5.1	Selon l'orientation sexuelle	43
4.5.2	Selon l'identité de genre	46
5	Discussion	47

6	Conclusion.....	50
7	Références.....	51
8	Annexes	55
8.1	Recherche de la littérature	55
8.2	Analyses selon chaque dimension de l'orientation sexuelle	56
8.2.1	Lecture des tableaux	56
8.2.2	Victimisation	57
8.2.3	Consommation	59
8.2.4	Santé	62
8.3	Analyses détaillées des items liés aux variables de santé	64
8.4	Agressions sexuelles – prévalence vie	66

Liste des tableaux

Tableau 1	Revue de littérature sur les disparités face aux problèmes de santé mentale	18
Tableau 2	Effet de l'orientation sexuelle sur la dépressivité (<i>odds ratios</i>)	30
Tableau 3	Identité de genre selon le sexe assigné à la naissance (n et %)	32
Tableau 4	Orientation sexuelle selon le sexe (n et %)	33
Tableau 5	Orientation sexuelle selon le sexe d'après l'indicateur composite dichotomisé (n et %)	35
Tableau 6	Effet de l'orientation sexuelle sur la victimisation (<i>odds ratios</i>)	37
Tableau 7	Effet de l'orientation sexuelle sur les expériences de victimisation selon le sexe (n, % et <i>odds ratios</i>)	38
Tableau 8	Détail des effets de l'orientation sexuelle pour les deux formes de harcèlement (traditionnel et cyber) selon le sexe (n, % et <i>odds ratios</i>)	38
Tableau 9	Effet de l'orientation sexuelle et des variables d'ajustement sur la consommation de substances psychoactives (<i>odds ratios</i>)	41
Tableau 10	Effet de l'orientation sexuelle sur la consommation de substances selon le sexe (n, % et <i>odds ratios</i>)	42
Tableau 11	Effet de l'orientation sexuelle sur la santé générale, les troubles somatiques et psychoaffectifs récurrents et la dépressivité (<i>odds ratios</i>)	45
Tableau 12	Effet de l'orientation sexuelle sur la santé selon le sexe (n, % et <i>odds ratios</i>)	45
Tableau 13	Effet de l'orientation sexuelle sur la victimisation pour chaque dimension de l'orientation sexuelle (<i>odds ratios</i>)	57
Tableau 14	Effet de l'orientation sexuelle sur la victimisation pour chaque dimension de l'orientation sexuelle et selon le sexe (<i>odds ratios</i>)	58
Tableau 15	Effet de l'orientation sexuelle sur la consommation de substances psychoactives pour chaque dimension de l'orientation sexuelle (<i>odds ratios</i>)	59
Tableau 16	Effet de l'orientation sexuelle sur la consommation de substances psychoactives pour chaque dimension de l'orientation sexuelle et selon le sexe (<i>odds ratios</i>)	61
Tableau 17	Effet de l'orientation sexuelle sur la santé pour chaque dimension de l'orientation sexuelle (<i>odds ratios</i>)	62
Tableau 18	Effet de l'orientation sexuelle sur la santé pour chaque dimension de l'orientation sexuelle et selon le sexe (<i>odds ratios</i>)	63
Tableau 19	Proportions de jeunes concerné·es par chaque item lié aux troubles somatiques selon l'orientation sexuelle (n et %)	64
Tableau 20	Proportions de jeunes concerné·es par chaque item lié aux troubles psychiques selon l'orientation sexuelle (n et %)	65
Tableau 21	Proportions de jeunes concerné·es par chaque item lié à la dépressivité selon l'orientation sexuelle (n et %)	66
Tableau 22	Proportions de victimes d'agressions sexuelles selon le sexe des partenaires sexuel·les (Prévalence 30 mois et prévalence vie)	67

Liste des figures

Figure 1	Nombre de personnes catégorisées comme non exclusivement hétérosexuelles selon l'une ou l'autre des trois dimensions de l'orientation sexuelle	34
Figure 2	Expériences de victimisation au cours des 30 derniers mois et de harcèlement hebdomadaire au cours de la dernière année, selon l'orientation sexuelle (%)	36
Figure 3	Victimes de délits et de harcèlement au cours des 30 derniers mois selon l'identité de genre (%)	39
Figure 4	Consommation de substances psychoactives au cours des 12 derniers mois selon l'orientation sexuelle (%)	40
Figure 5	Consommation de substances psychoactives au cours des 30 derniers mois selon l'identité de genre (%)	43
Figure 6	Mauvaise santé générale, troubles somatiques et psychoaffectifs récurrents et dépressivité selon l'orientation sexuelle (%)	44
Figure 7	Mauvaise santé générale, troubles somatiques et psychoaffectifs récurrents et dépressivité selon l'identité de genre (%)	46
Figure 8	Tableau illustrant la manière de lire les résultats présentés dans cette section	56

Résumé

Problématique

Les jeunes lesbiennes, gays, bisexuel·les, transgenres et en questionnement (LGBTQ) sont régulièrement confronté·es à des violences psychologiques, verbales et/ou physiques. Hormis les difficultés spécifiques auxquelles elles et ils doivent faire face lorsqu'elles et ils découvrent leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, ces jeunes affrontent également un stress quotidien lié au fait d'appartenir à des minorités qui sont aujourd'hui encore fortement stigmatisées.

Les problématiques, telles que les troubles dépressifs, les comportements suicidaires ou encore la consommation de substances psychoactives, auxquelles sont particulièrement exposé·es les personnes LGBTQ, sont des sujets bien décrits dans la littérature. Cependant relativement peu de données européennes, notamment en Suisse, sont disponibles, en particulier en ce qui concerne les minorités de genre. Ce rapport présente d'une part la proportion de jeunes de 18 ans en formation post-obligatoire ayant une orientation sexuelle non exclusivement hétérosexuelle ou une identité de genre minoritaire dans le canton de Vaud et, d'autre part, détermine dans quelle mesure ces jeunes sont plus concerné·es par différentes problématiques comme la violence, la consommation de substances psychoactives, le (cyber-)harcèlement ou les problèmes de santé.

Méthodes de l'enquête et échantillon

Une enquête se focalisant sur la violence, la consommation de substances psychoactives et la santé des répondant·es a été menée en 2017 dans le canton de Vaud, auprès de 1'817 jeunes en deuxième année de formation post-obligatoire. Cette enquête a été effectuée au moyen d'un questionnaire auto-administré anonyme soumis à un échantillon représentatif de classes, provenant d'écoles publiques, sélectionnées selon une approche stratifiée. La récolte de données a été couronnée de succès avec un taux de participation d'environ 90%.

Des questions relatives à trois dimensions de l'orientation sexuelle (attirance sexuelle, sexe des partenaires sexuel·les et autodéfinition) et à l'identité de genre ont été posées dans cette enquête, permettant de distinguer les jeunes non exclusivement hétérosexuel·les (ci-après non-HET) des jeunes exclusivement hétérosexuel·les, ainsi que les jeunes trans* ou en questionnement des jeunes cisgenres. Ces distinctions ont permis la comparaison de ces groupes en regard de différentes variables. Sur la totalité des jeunes ayant participé à ces enquêtes, 16.5% (24.6% de filles et 8.4% de garçons) ont indiqué avoir une orientation sexuelle non exclusivement hétérosexuelle selon l'une ou l'autre des dimensions abordées. Dix jeunes ont rapporté être trans*, sept ont déclaré ressentir une identité de genre différente du sexe qui leur a été assigné à la naissance et trois ont indiqué être en questionnement quant à leur identité de genre. Ce sont donc au

total 20 jeunes qui ont été identifié-es comme trans* ou en questionnement quant à leur identité de genre.

Enseignements issus de la littérature scientifique

Situation des personnes LGBT

Il ressort de la littérature scientifique consultée que les jeunes LGB sont plus exposé-es à toutes sortes de violence, présentent un risque accru de consommation de substances psychoactives et sont en moins bonne santé générale et mentale que leurs pair-es hétérosexuel·les. Concernant la transidentité, force est de constater que la littérature s'intéressant spécifiquement à la situation des jeunes trans* face à ces différentes thématiques est très maigre. Les quelques études qui se penchent sur cette question rapportent cependant que les jeunes trans* font face à davantage de difficultés que leurs pair-es cisgenres, tant au niveau de la victimisation que de la consommation de substances psychoactives et de la santé.

Non-conformité de genre

En ce qui concerne les aspects de genre, la littérature scientifique s'est davantage focalisée sur la notion de non-conformité de genre, relative aux personnes dont l'expression de genre ne correspond pas à la norme sociale attendue pour le sexe assigné à la naissance. Puisque la non-conformité de genre est par définition perceptible par les autres, elle expose potentiellement les jeunes concerné-es à une victimisation accrue, indépendamment de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre.

Indicateurs de l'orientation sexuelle

Plusieurs études se sont penchées sur les propriétés respectives des trois dimensions de l'orientation sexuelle (attirance sexuelle, sexe des partenaires sexuel·les et autodéfinition) et sur la façon dont celles-ci se recoupent ou non. Le constat principal qui en ressort est que pris séparément, aucun de ces trois indicateurs ne permet d'identifier toutes les personnes potentiellement exposées à l'un ou l'autre risque en raison de leur orientation sexuelle. L'attirance sexuelle est généralement la dimension qui permet d'identifier le plus grand nombre de personnes. L'autodéfinition est au contraire l'indicateur le plus restrictif, mais aussi le plus consistant^a. Le sexe des partenaires sexuel·les constitue un indicateur particulièrement approprié pour l'étude de questions spécifiques, telles que les problèmes liés à la santé sexuelle. La littérature scientifique confirme que l'orientation sexuelle doit être appréhendée et documentée comme un concept multidimensionnel au moyen de ces trois dimensions complémentaires.

^a Nous entendons par là que peu de personnes qui s'auto-définissent comme non exclusivement hétérosexuelles ne rapportent ni comportements sexuels, ni attirance sexuelle avec/pour des personnes du même sexe.

Résilience

La littérature met en évidence le rôle central que joue l'environnement des jeunes sur le développement de leurs capacités de résilience, sur leurs choix de mettre en œuvre telle ou telle stratégie et sur l'impact que la réalisation de ces stratégies aura sur leur bien-être ou leur santé. Un environnement nuisible (LGBT-phobie) ou perçu comme insécure crée typiquement un dilemme autour du coming-out. Celui-ci, lorsqu'il est réalisé, expose en effet à davantage de victimisation, mais libère d'une intériorisation de la stigmatisation et du rejet qui est délétère pour la santé psychique. A l'inverse, lorsque le coming-out n'est pas réalisé, les jeunes concerné·es peuvent se trouver dans des situations à risque, par exemple dans des environnements familiaux ou extra-familiaux nuisibles, sans bénéficier d'un soutien adéquat de la part des professionnel·les en milieu scolaire ou des professionnel·les de la santé.

Résultats de l'enquête - Victimisation

Les jeunes vaudoises et vaudois non-HET sont proportionnellement plus nombreux·ses que les jeunes hétérosexuel·les à avoir été victimes de violences sexuelles au cours des 30 derniers mois (15% vs 3%, respectivement, $p < 0.001$) ou de harcèlement au moins une fois par semaine lors des 12 derniers mois (16% vs 8%, $p < 0.001$).

Des analyses plus détaillées indiquent que le ratio victimes/non-victimes au cours des 30 derniers mois est 1.9 fois plus élevé parmi les jeunes non-HET que parmi les jeunes hétérosexuel·les pour le brigandage/racket et 4.0 fois plus élevé pour les agressions sexuelles. Ce même ratio est 2.2 fois plus important parmi les jeunes non-HET que parmi les jeunes hétérosexuel·les pour le harcèlement hebdomadaire durant la dernière année. Pour le harcèlement, l'effet de l'orientation sexuelle est par ailleurs plus marqué chez les garçons que chez les filles (rapport victimes/non-victimes 4.5 fois plus élevé pour les garçons non-HET par rapport aux garçons hétérosexuels et 1.6 fois plus élevé pour les filles non-HET par rapport aux filles hétérosexuelles).

Concernant l'identité de genre, 10% des jeunes trans* rapportent avoir été victimes de brigandage/racket au cours des 30 derniers mois, 11% déclarent avoir subi des violences sexuelles, aucun·e n'a déclaré avoir été victime de lésions corporelles. Quinze pourcents des jeunes trans* rapportent avoir été victimes de harcèlement (cyber ou traditionnel) de manière hebdomadaire durant la dernière année. Ces chiffres inédits en Suisse confirment une situation très préoccupante, même si la petite taille de l'échantillon limite la puissance statistique des analyses.

Consommation de substances psychoactives

Les jeunes non-HET sont proportionnellement plus nombreux·ses à consommer régulièrement du tabac que les jeunes hétérosexuel·les (42% vs 27%, $p < 0.001$). Elles et ils sont aussi plus nombreux·ses à avoir consommé des stupéfiants autres que le cannabis au cours des 12 derniers mois (10% vs 5%, $p = 0.004$). D'après le modèle de régression multi-variables^b, les différences entre ces deux groupes deviennent aussi statistiquement significatives pour la consommation régulière d'alcool et de cannabis. L'association entre l'orientation sexuelle et la consommation de substances psychoactives est plus marquée pour les jeunes femmes, chez qui la surreprésentation des jeunes femmes non-HET est particulièrement importante pour ce qui est de la consommation régulière de cannabis (OR = 3.3) et la consommation d'autres stupéfiants au cours des 12 derniers mois (OR = 5.5).

Appréciation de la santé

Lorsqu'il s'agit de décrire leur état de santé, les jeunes non-HET sont proportionnellement plus nombreux·ses à rapporter être en mauvaise santé générale (20% vs 11% chez les jeunes ayant une attirance exclusivement hétérosexuelle, $p < 0.001$), à mentionner souffrir de plusieurs symptômes psychosomatiques plusieurs fois par semaine (79% vs 56%, respectivement, $p < 0.001$) et à annoncer des symptômes dépressifs (58 % vs 36% respectivement, $p < 0.001$).

D'après le modèle multi-variables, le rapport entre les jeunes en mauvaise santé et celle et ceux en bonne santé est environ deux fois plus important parmi les jeunes non-HET que chez les jeunes hétérosexuel·les pour les trois variables liées à la santé.

Comparé·es à leurs pair·es cisgenres, les jeunes trans* rapportent également une plus mauvaise santé générale (36% vs 12%, $p = 0.002$), des troubles psychosomatiques récurrents (82% vs 60%, $p = 0.048$) et des symptômes dépressifs (67% vs 39%, $p = 0.011$).

Discussion et conclusion

À une exception près (la consommation hebdomadaire d'alcool en fonction de l'identité de genre), toutes les associations étudiées sont en défaveur des minorités sexuelles et de genre ou sont statistiquement non significatives. Tant pour l'orientation sexuelle que pour l'identité de genre, les trois variables liées à un moins bon état de santé font partie des associations statistiquement significatives. Ces résultats confirment une situation préoccupante déjà observée chez les plus

^b Ce modèle tient compte d'autres facteurs que la seule orientation sexuelle. Ici, le sexe, le type de formation suivie, le statut migratoire, le statut religieux et le niveau économique de la famille.

jeunes (15 ans) en Suisse (dans les cantons de Vaud et Zürich)¹ et bien décrite dans la littérature internationale. Pour améliorer la situation de ces jeunes, une attention particulière doit être portée au climat qui règne dans les environnements scolaire, extra-scolaire et familial dans lesquels peuvent survenir les situations de stigmatisation, de discrimination et de violence, mais dans lesquels peuvent également se développer les capacités de résilience. Il paraît donc primordial de poursuivre la prévention en milieu scolaire et d'amorcer une réflexion quant à la prévention dans les environnements extrascolaire et familial.

1 Introduction

Les jeunes lesbiennes, gays, bisexuel·les, trans* et en questionnement (LGBTQ) sont régulièrement confronté·es à des violences psychologiques, verbales et/ou physiques. Hormis les difficultés spécifiques auxquelles elles et ils doivent faire face lorsqu'elles et ils découvrent leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, ces jeunes affrontent également un stress quotidien lié au fait d'appartenir à des minorités qui sont aujourd'hui encore fortement stigmatisées.

Les problématiques, telles que les troubles dépressifs, les comportements suicidaires ou encore la consommation de substances psychoactives, auxquelles sont particulièrement exposées les personnes LGBTQ, sont des sujets bien décrits dans la littérature. Cependant relativement peu de données européennes, notamment en Suisse, sont disponibles, en particulier en ce qui concerne les minorités de genre. Ce rapport présente d'une part la proportion de jeunes de 18 ans en formation post-obligatoire ayant une orientation sexuelle non exclusivement hétérosexuelle ou une identité de genre minoritaire dans le canton de Vaud et, d'autre part, détermine dans quelle mesure ces jeunes sont plus concerné·es par différentes problématiques comme la violence, la consommation de substances psychoactives, le (cyber-)harcèlement ou les problèmes de santé.

Une enquête se focalisant sur la violence, la consommation de substances psychoactives et la santé des répondant·es a été menée en 2017 dans le canton de Vaud, auprès de 1'817 jeunes en deuxième année de formation post-obligatoire. Des questions relatives à trois dimensions de l'orientation sexuelle (attirance sexuelle, sexe des partenaires sexuel·les et autodéfinition) et à l'identité de genre ont été posées dans cette enquête, permettant de distinguer les jeunes non exclusivement hétérosexuel·les des jeunes exclusivement hétérosexuel·les, ainsi que les jeunes trans* ou en questionnement des jeunes cisgenres. L'objectif du présent rapport consiste à mettre en exergue les difficultés auxquelles ces jeunes sont exposé·es, ceci au travers d'une analyse de la littérature scientifique et de données locales provenant de l'enquête populationnelle menée en 2017. Cette recherche présente un caractère innovant en Suisse en s'appuyant sur trois dimensions de l'orientation sexuelle et en décrivant la situation des jeunes en fonction de leur identité de genre.

2 Revue de littérature

2.1 Préambule

L'objectif de cette revue ciblée de littérature peut être décliné en trois points. Il s'agit tout d'abord de présenter brièvement les indicateurs utilisés dans la littérature scientifique pour identifier les personnes issues des minorités sexuelles, avec une focale particulière sur les différentes dimensions de l'orientation sexuelle.

Nous dresserons ensuite un aperçu des connaissances actuelles quant aux difficultés rencontrées par les jeunes appartenant à une minorité sexuelle. Ce champ de recherche étant extrêmement vaste, la priorité est donnée aux études comparatives menées en Europe sur les thèmes de la victimisation, la consommation de substances psychoactives et la santé.

Les pistes théoriques visant à expliquer les disparités mesurées entre les jeunes LGBT et leurs pair-es hétérosexuel·les ou cisgenres, ainsi que les facteurs de protection identifiés dans la littérature scientifique sont finalement exposés. Ces éléments contribueront à la réflexion sur les stratégies de prévention à renforcer ou à développer.

2.2 Orientation sexuelle

2.2.1 Dimensions de l'orientation sexuelle et recouvrements

L'orientation sexuelle est une notion complexe définie selon le consensus actuel par trois grandes dimensions que sont l'attirance sexuelle, le sexe des partenaires sexuel·les, et l'auto-identification^{2,3}. A la notion d'attirance sexuelle s'ajoute parfois encore celle de l'attirance romantique⁴. Ces dimensions reflètent souvent des étapes du développement identitaire des jeunes LGBT, qui ont généralement lieu à des moments différents avec parfois plusieurs années d'écart^{5,6}, ou qui ne se réalisent pas toutes. Il n'est donc pas surprenant que les études se penchant sur la question constatent que ces trois dimensions de l'orientation sexuelle ne sont pas superposables^{3,7-10}. Le nombre relatif de personnes identifiées comme LGBT par chaque indicateur est quant à lui variable selon le contexte ou les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon. Igartua et ses co-auteurs (dans une population d'adolescent·es de 14 ans à Montréal) rapportent par exemple un nombre décroissant de jeunes LGBT selon que la classification est faite respectivement par l'attirance (romantique ou sexuelle), l'auto-identification ou le sexe des partenaires sexuel·les⁷. Geary et son équipe de recherche (population générale, 16-74 ans, Angleterre) rapportent quant à eux, dans l'ordre décroissant, l'attirance sexuelle, le sexe des partenaires sexuel·les puis l'auto-identification³. Les travaux de Priebe et Svedin (étudiant·es de *high school* de 16 à 19 ans en Suède) font état du même ordre que l'étude montréalaise d'Igartua et collègues, pour autant que les étudiant·es déclarant ne pas être sûr·es de savoir comment ils·elles s'auto-identifient soient comptabilisé·es comme LGBT. Sans cela, l'auto-identification se retrouve en dernière position. Dans les études que nous avons pu consulter, l'attirance sexuelle ne se retrouve

jamais en dernière position. Költő et ses coauteur·es notent même que chez les jeunes, l'attrance non strictement hétérosexuelle est largement plus courante que ne le sont l'auto-identification et les comportements sexuels avec des personnes du même sexe⁹. A l'inverse, l'auto-identification ne comptabilise jamais le plus grand nombre de personnes LGB. On voit donc une certaine logique se dégager de la classification selon ces trois indicateurs, qui semble suivre en partie les étapes chronologiques du développement identitaire des jeunes LGB, avec toutefois une plus grande complexité. Une étude américaine de cohorte suivant des étudiant·es de *high school* sur trois ans relève d'ailleurs que de nombreux jeunes sont nuancé·es et fluides sur ces questions d'orientation sexuelle¹¹.

En Suisse, Narring et ses coauteur·es relevaient en 2003 un ordre similaire à celui de l'étude anglaise de Geary (attrance > comportements sexuels avec partenaires du même sexe > auto-identification) dans un échantillon national de jeunes de 16 à 20 ans. Plus récemment, les premières analyses des données utilisées dans cette étude (jeunes de 18 ans dans le canton de Vaud) révélaient que la classification comme LGB était la plus grande selon l'attrance, puis le sexe des partenaires sexuel·les et enfin l'auto-identification, avec un nombre de personnes très proche entre l'attrance et le sexe des partenaires sexuel·les¹². Une répartition avec les comportements sexuels avec partenaires du même sexe en première place (comportements > attrance > auto-identification) a d'ailleurs été observée dans une autre enquête suisse récente (jeunes adultes de 24 à 26 ans sur l'ensemble du pays)¹³. Notons que dans ces deux études, le nombre de réponses est moins important à la question du sexe des partenaires sexuel·les qu'aux deux autres questions^c.

2.2.2 Choix des indicateurs, influence sur les mesures et recommandations

Dans les publications consultées, les pratiques quant au choix de l'indicateur sont très variables. L'auto-identification seule, l'attrance seule (sexuelle et/ou romantique), ainsi que des indicateurs composites basés sur une combinaison de deux ou trois dimensions sont souvent utilisés. Cette diversité des usages complique naturellement les comparaisons et l'interprétation des résultats. De plus, ces pratiques variables posent question quant à savoir si l'ampleur des difficultés vécues est justement rapportée. Certains indicateurs pourraient en effet minimiser le nombre de personnes concernées¹⁴ ou manquer des populations à risque⁷. Priebe montre par exemple que les étudiant·es suédois·es (16-22 ans) s'auto-identifient comme hétérosexuelle·les rapportent toutes sortes d'attrances et de configurations en termes de sexe des partenaires sexuel·les⁸, et d'autres études empiriques révèlent que les personnes identifiées comme minoritaires par le sexe de leurs partenaires sexuel·les ou leur attrance peuvent aussi constituer des populations à risque, parfois même davantage que les minorités sexuelles auto-identifiées¹⁵⁻¹⁷. Lhomond et ses collègues en France ou Brewster et son équipe de recherche aux Etats-Unis trouvent par exemple des associations moins fortes ou inexistantes entre le statut minoritaire et la consommation de substances lorsque seule l'autodéfinition est considérée^{16, 17}.

Les auteur·es de ces travaux recommandent généralement d'adresser des questions quant aux trois dimensions de l'orientation sexuelle^{10, 15, 18, 19}. Un rapport dédié à cette question, publié par un groupe d'expert·es américain·es en 2003 propose même d'en ajouter une quatrième en

^c Lucia et. al., 2018¹² : Attrance, 1'549 réponses ; auto-définition, 1'518 réponses ; comportements, 1'261 réponses
Barrense-Dias et. al., 2018¹³ : Attrance, 5'277 réponses ; autodéfinition, 5'285 réponses ; comportements, 5'057

s'intéressant à la perception par les autres²⁰. Lorsque plusieurs dimensions sont adressées, une réflexion devrait encore être menée sur la manière de les exploiter, avec la possibilité d'adapter l'indicateur en fonction de la question de recherche pour maximiser la pertinence des analyses^{8, 14}. Si l'on souhaite au contraire être le plus inclusif possible, ce qui fait sens dans une recherche plus générale, la construction d'un indicateur composite est recommandée avec toutefois un risque : celui d'éclipser la contribution spécifique de chaque dimension.

En parallèle aux questions méthodologiques, s'inscrit la problématique de la longueur des questionnaires. Une longue liste de questions est en effet coûteuse et peut représenter une charge supplémentaire pour les répondant-es²¹. S'il est donc parfois nécessaire de faire un choix, les recommandations à ce sujet ne sont pas unanimes. Certain-es préconisent l'emploi de l'auto-identification, qui serait selon eux-elles l'indicateur le plus robuste et le plus étroitement lié à la discrimination²¹. D'autres proposent d'utiliser l'attirance sexuelle, qui serait l'indicateur le plus stable dans le temps, si possible en combinaison avec l'un des deux autres indicateurs¹⁹. D'autres au contraire déconseillent l'emploi de l'attirance (romantique) ou du sexe des partenaires sexuel-les avec des jeunes qui pourraient ne pas encore avoir vécu ce type d'expériences⁸. Sauf quelques recommandations résultant surtout du bon sens, comme le fait de documenter le sexe des partenaires sexuel-les et les comportements sexuels si l'on s'intéresse aux IST, il manque de recherches systématiques pour évaluer quel indicateur est le plus adapté en fonction de la question de recherche. Cependant, si la sensibilité de l'indicateur prime, ce qui fait sens dans une optique de santé publique, et si la question de recherche n'est pas trop spécifique, alors les considérations faites au point précédent dirigerait vers l'emploi de l'attirance sexuelle.

Nous n'avons identifié qu'une seule étude consacrée à la validité de ces indicateurs. Il s'agit d'une étude de fidélité (test-retest) menée auprès de 64 jeunes s'auto-définissant comme LGB²². Cette étude fait état de résultats cohérents pour les trois dimensions de l'orientation sexuelle^d.

La littérature scientifique confirme donc que l'orientation sexuelle doit être appréhendée et idéalement documentée comme un concept multidimensionnel au moyen des trois dimensions complémentaires que sont l'attirance sexuelle, l'autodéfinition et le sexe des partenaires sexuel-les.

2.2.3 Victimisation

Des violences verbales ou physiques aux abus sexuels, en passant par le cyber-harcèlement, de nombreuses formes de victimisation sont abordées dans les publications scientifiques, qui rapportent de manière générale que les personnes LGB en sont davantage victimes que leurs pair-es hétérosexuel-les²³. La victimisation des jeunes LGBT, notamment à l'école, est souvent abordée, en particulier aux Etats-Unis où plusieurs études, basées par exemple sur les résultats de l'enquête YRBSS^e, mettent en évidence un risque accru de victimisation des minorités sexuelles^{24, 25}. C'est aussi ce qui ressort d'une revue de la littérature conduite en 2016 par Toomey et Russel sur le rôle de l'orientation sexuelle dans la victimisation à l'école²⁶.

^d Attirance sexuelle, $\kappa = 0.85$, comportements sexuels prévalence vie, $\kappa = 0.89$, auto-définition, $\kappa = 0.89$

^e Youth Risk Behavior Surveillance System

En Europe, très peu d'études comparatives spécifiques ont été menées. Cependant, les travaux existants concluent également à une disparité en défaveur des jeunes LGB face à la victimisation. Priebe et Svedin montraient ainsi en 2012 que les jeunes suédois-es (16-22 ans) dont l'orientation sexuelle est minoritaire subissent plus d'agressions sexuelles et de harcèlement en ligne²⁷. Robinson, Espelage et Rivers, sur la base d'une étude de cohorte nationale en Angleterre suivant des jeunes entre 13 et 20 ans, rapportent aussi des risques significativement plus élevés de *bullying* (insultes, menaces de violences physiques ou violences physiques) pour les garçons et les filles LGB, en tout cas entre 13 et 16 ans. Elle et ils notent qu'après 16 ans, le risque relatif augmente pour les garçons gays ou bisexuels et diminue pour les filles lesbiennes ou bisexuelles. De manière globale, elle et ils relèvent une diminution de la victimisation avec l'âge.

En Suisse, une enquête populationnelle en milieu scolaire chez les jeunes de 15 ans dans les cantons de Vaud et Zürich a mis en évidence un risque accru chez les jeunes ayant une attirance non-exclusivement hétérosexuelle face aux violences (brigandage/racket, violences sexuelles et lésions corporelles), au harcèlement traditionnel et au cyber-harcèlement¹.

Les premières analyses des données utilisées dans le présent rapport, ciblant des jeunes plus âgé-es (18 ans) et investiguant là encore les différences en fonction de l'attirance sexuelle, présentent des résultats plus disparates selon les variables. S'il n'y a pas de différence statistiquement significative pour le brigandage/racket ou les lésions corporelles, les jeunes ayant une attirance non exclusivement hétérosexuelle encourent par contre un risque accru de violences sexuelles (16.8% contre 3.5%, $p < 0.001$) et de harcèlement (toutes formes confondues, 20.4% contre 7.8%, $p < 0.001$)¹².

2.2.4 Consommation de substances psychoactives

Dans une méta-analyse de 18 études comparatives, Marshal et ses coauteur-es trouvent que les adolescent-es LGB ont environ 2.9 fois plus de risques d'abuser de substances psychoactives que leurs pair-es hétérosexue-les²⁸. Dans cette analyse, elles et ils mettent en évidence des différences particulièrement marquées pour la consommation de drogues injectables (comme la cocaïne) par rapport à l'alcool ou au tabac. Par une analyse de modération, elles et ils soulignent que l'association est particulièrement forte dans les études basées sur l'auto-identification, de même que pour les filles et pour les jeunes bisexuel-les^f. Les auteur-es appellent cependant à la prudence concernant la généralisation des conclusions et soulignent que les mécanismes causaux liant le statut LGB à l'abus de substances demeurent largement méconnus. Elles et ils relèvent notamment l'absence systématique d'analyse des effets de médiation que pourraient jouer d'autres variables, comme la discrimination, sur ces effets, en faisant référence à la théorie du stress minoritaire (voir aussi le point 2.4).

En Europe, le nombre d'études comparatives est là encore limité. Une analyse secondaire des données de l'enquête *Contexte de la sexualité en France [CSF]*, conduite par Lhomond et son équipe de recherche, met en évidence des différences statistiquement significatives face à la consommation d'alcool, de cannabis et d'autres stupéfiants pour les personnes non-exclusivement

^f Ceci est valable pour les personnes qui se distinguent comme bisexuelles aussi bien par l'auto-identification que par les comportements sexuels ou l'attirance.

hétérosexuelles, quelle que soit la dimension considérée¹⁶. Cette étude fait cependant état de nuances pour l'alcool parmi les hommes puisque seul le sous-groupe d'hommes s'auto-définissant comme hétérosexuels mais ayant eu un ou plusieurs partenaires sexuels masculins présente une consommation d'alcool plus élevée. Une étude anglaise, basée uniquement sur l'autodéfinition, rapporte des résultats similaires pour la consommation problématique d'alcool avec, lorsque les données sont ajustées pour une série de facteurs sociodémographiques, une différence statistiquement significative pour les femmes uniquement²⁹. Cette même étude fait état d'une consommation quotidienne de tabac similaire entre les personnes LGB et les autres. En Suède, Bränström et Pachankis trouvent des résultats similaires à Lhomond pour la consommation de cannabis, significativement plus élevée parmi les minorités sexuelles. Ils trouvent par contre des différences marquées aussi pour la consommation quotidienne de tabac (sauf pour les femmes lesbiennes) et la consommation problématique d'alcool (sauf pour les hommes gays)³⁰. Ces trois études ne sont pas spécifiques aux jeunes mais tiennent compte de l'âge. L'étude suédoise teste cependant l'effet modérateur de l'âge et ne trouve pas d'effet statistiquement significatif, sauf pour la consommation de tabac parmi les personnes bisexuelles, avec un risque plus élevé pour les 16-34 ans que pour les personnes plus âgées³⁰.

Les études européennes ciblant spécifiquement les jeunes sont rares. Nous n'avons pu consulter que trois recherches concernant des adolescent-es de 15 ans, dont l'étude suisse menée auprès des jeunes vaudois-es et zurichois-es. Toutes trois rapportent des différences statistiquement significatives dans la consommation d'alcool, de cannabis et/ou de tabac entre les adolescent-es LGB et les autres, avec quelques rares exceptions^{1,9,31}. Költő et ses collaboratrices et collaborateurs, qui se basent sur des données de l'enquête HBSC⁹ pour huit pays européens^h et évaluent la prévalence de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis ainsi que du fait d'avoir été ivre durant les 30 derniers jours, rapportent toutefois que les filles lesbiennes semblent moins à risque que les garçons gays et bisexuels et les filles bisexuelles.

2.2.5 Santé

Les problèmes de santé rencontrés par les jeunes LGBT et en particulier la santé mentale (bien-être, troubles dépressifs, comportements suicidaires) sont les mieux documentés dans la littérature. Le Tableau 1 présente une liste non exhaustive de revues de littérature portant sur la comparaison de la santé mentale chez les personnes LGB et hétérosexuelles. Il en ressort que la grande majorité des études font état de risques plus marqués pour les personnes LGB de présenter des troubles anxieux, des troubles dépressifs et de commettre des tentatives de suicide.

⁹ *Health Behaviour in School-aged Children*

^hAngleterre, Belgique, Bulgarie, France, Hongrie, Islande, Macédoine du Nord et Suisse

Tableau 1 Revues de littérature sur les disparités face aux problèmes de santé mentale

Référence	Type de revue	Thème(s) abordé(s)	Résultats principaux
Publications ciblant spécifiquement les jeunes LGB			
Di Giacomo et. al (2018) ³²	Revue systématique et Méta-analyse 35 études comparatives	Tentatives de suicide	Les minorités sexuelles présentent généralement un risque plus élevé de tentatives de suicide (OR ⁱ 3.50, IC 95% 2.98-4.12). Ce risque est plus élevé pour les jeunes bisexuel·les que les jeunes homosexuel·les.
Lucassen et. al (2017) ³³	Revue systématique et Méta-analyse 23 articles	Symptômes ou troubles dépressifs	Les jeunes issus de minorités sexuelles rapportent des taux plus élevés de dépression (OR 2.94, IC 95% 2.27 – 3.80) que leurs pair·es hétérosexue·les. Les filles LB sont particulièrement vulnérables face à la dépression (en comparaison des garçons GB).
Publications relatives à toutes les tranches d'âge			
Julien et Chartrand (2005) ³⁴	Revue de littérature 32 publications portant sur un échantillon probabiliste	Santé, dont 15 études qui s'intéressent à des problèmes de santé mentale	La détresse psychologique et les tentatives de suicide sont plus souvent rapportées par les personnes LGB que par les hétérosexuel·les. Les résultats sont cohérents entre les études basées sur un échantillon probabiliste.
King et. al (2008) ³⁵	Revue systématique et Méta-analyse 25 études populationnelles comparatives	Troubles mentaux (dépression, anxiété) Suicide Automutilation	Les personnes LGB présentent des risques plus élevés de troubles anxieux (RR ^j 1.54, IC 95% 1.23 – 1.922), de dépression (RR 2.58, IC 95% 1.92 – 3.47) et de tentatives de suicides au cours de la vie (RR 2.47, IC95% 1.87 – 3.28). Ce dernier risque est particulièrement marqué chez les hommes gays et bisexuels (RR 4.28, IC 95% 2.32 – 7.88).
Plöderl et Tremblay (2015) ³⁶	Revue systématique 199 études	Santé mentale (anxiété, dépression, suicide)	La grande majorité des publications rapportent un risque accru pour les personnes LGB face aux troubles anxieux, la dépression et les tentatives de suicide. Cela est valable pour les trois dimensions de l'orientation sexuelle. Les personnes bisexuelles sont identifiées comme un sous-groupe particulièrement vulnérable dans la majorité des études revues.

En Europe, quelques enquêtes de cohortes incluent des questions sur l'orientation sexuelle et permettent des études longitudinales. C'est notamment le cas des enquêtes ALSPAC^k et MCS^l au Royaume-Uni ou de la cohorte TRAILS^m au Pays-Bas. Quatre publications basées sur ces cohortes ont été consultées et mettent toutes en évidence des disparités au niveau de la santé mentale des

ⁱ OR signifie « odds ratio » : la section 3.3.2 du rapport explique comment interpréter un OR

^j RR signifie « relative risk »

^k Avon Longitudinal Study of Parents and Children

^l Millenium Cohort Study

^m TRacking Adolescents' Individual Lives Survey

adolescent·es ou des jeunes LGB³⁷⁻⁴⁰. Deux d'entre elles montrent que des disparités face à la dépression existent déjà autour de dix ou onze ans, et qu'elles augmentent ensuite jusqu'à l'âge adulte^{38, 40}. La Roi et collègues aux Pays-Bas et Jones et collègues au Royaume-Uni relèvent par ailleurs tous deux que la victimisation et/ou le rejet parental influencent la force de l'association entre statut sexuel minoritaire et troubles anxieux ou dépressifs^{39, 40}.

La santé mentale n'est pas le seul enjeu et certaines publications font aussi état de fréquences accrues de troubles somatiques. C'est par exemple le cas de Bränström et collègues qui relèvent que les personnes LGB dans la population suédoise rapportent davantage de symptômes physiques (douleurs, insomnies, problèmes intestinaux) et de pathologies (diabète, asthme, hypertension artérielle), avec des disparités particulièrement marquées chez les adolescent·es et les jeunes adultes⁴¹.

Ces fréquences accrues de problèmes de santé parmi les minorités LGB ont aussi été observées en Suisse, que ce soit au niveau de la santé mentale ou des troubles somatiques. Wang et collègues trouvent par exemple que le risque de commettre une tentative de suicide au cours de la vie est significativement plus élevé chez les hommes gays que chez les hétérosexuels (ch-x 2002 : OR = 4.68 [3.06 – 7.15] ; SMASHⁿ 2002 : OR = 5.36 [2.57 – 11.02])^{o42}. Lucia et collègues trouvent quant à elles et eux que les adolescent·es de 15 ans (Vaud et Zürich) et les jeunes adultes de 18 ans (Vaud) ayant une attirance non-exclusivement hétérosexuelle rapportent une moins bonne santé générale, présentent plus de symptômes psychosomatiques fréquents et sont davantage sujet·tes à la dépression^{1, 12}. Concernant les troubles somatiques, Wang et son équipe de recherche ont relevé des fréquences plus élevées parmi les hommes gays en comparaison de la population générale (douleurs, fatigue, insomnies, maux de tête)⁴³.

2.3 Identité de genre

2.3.1 Terminologie et indicateurs

La recherche scientifique sur la victimisation ou encore les problèmes de santé vécus par les minorités de genre se réfère parfois à des notions différentes dont les limites ne sont pas toujours clairement définies⁴⁴. Pour décrire les différents aspects de genre, nous nous référerons ici aux interactions entre les notions de sexe assigné à la naissance, d'identité de genre et d'expression de genre. Par identité de genre, nous entendons le sentiment profond d'être un homme, une femme, aucun des deux ou les deux à la fois⁴. Il s'agit donc d'un concept intimement lié à la personne et à son ressenti propre. L'expression de genre fait quant à elle référence à l'apparence de la personne ou à ses intérêts et doit donc être interprétée en tenant compte du contexte socio-culturel dans lequel évolue la personne.

Nous emploierons la notion de *non-conformité de genre* pour définir les personnes (LGBT ou non) dont l'expression de genre ne correspond pas à la norme sociale attendue pour le sexe assigné à la naissance. Pour les personnes dont l'identité de genre ressentie ne correspond pas ou pas

ⁿ Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health

^o Ch-x : Swiss recruit Survey ; SMASH : Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health

complètement au sexe qui leur a été assigné à la naissance, nous utiliserons les termes *transgenre*, *trans** ou *transidentitaire*.

Parmi les publications consultées, la plupart s'intéressent à la non-conformité de genre en employant des indicateurs variés. Certaines s'intéressent à l'auto-description de l'apparence⁴⁵, d'autres se réfèrent à la perception de ce que pensent les autres^{46,47}, d'autres encore mesurent un score d'affinité pour des activités perçues comme typiquement masculines ou féminines^{48, 49}. Notons que parfois, les échelles utilisées ne distinguent pas clairement le non-conformisme de genre et la transidentité tels que nous les définissons ici, en mélangeant des items plutôt liés à l'une et l'autre de ces notions^{50, 51}. La non-conformité de genre est plus fréquente chez les jeunes LGBT⁴⁸ et comme elle est par définition perceptible, visible par les autres, elle joue probablement un rôle lorsqu'il est question de victimisation^{45, 47, 52, 53}.

Les études portant spécifiquement sur les jeunes transgenres sont plus rares. Dans leur revue de littérature sur les tentatives de suicide, Di Giacomo et collègues ne relèvent par exemple qu'une seule étude sur 35 qui traite la question de la transidentité indépendamment de l'orientation sexuelle. Or, comme le relèvent Reisner et ses collègues, les jeunes transgenres font face à des difficultés qui leur sont propres, telles que le besoin de soutien dans les questions de transition de genre, le fait de ne pas être appelé-e par leur prénom choisi ou désigné-e par le bon pronom ou encore de ne pas avoir accès à des vestiaires ou toilettes appropriés⁵⁴. Il paraît donc essentiel d'adresser la question des difficultés vécues par les minorités de genre séparément de l'orientation sexuelle.

Parmi les études se concentrant spécifiquement sur les personnes transgenres, nous pouvons mentionner les travaux de Reisner et collègues sur l'abus de substances et le *bullying* durant l'adolescence, la recherche sur le bien-être de jeunes cisgenres, transgenres et non binaires réalisée par Aparicio-García et son équipe de recherche à Madrid et une étude comparative norvégienne sur la satisfaction dans la vie des étudiant-es menée par Andersen et collègues⁵⁴⁻⁵⁶. Ces trois études adressent directement la question du genre ressenti.

2.3.2 Victimisation

De manière générale, toutes les publications consultées font état d'un risque accru de victimisation pour les jeunes transgenres et/ou non conformes au genre attendu.

Aux Etats-Unis, Gordon et collègues mettent en évidence une relation linéaire statistiquement significative entre la non-conformité de genre et le *bullying* chez les adolescent-es de 13 à 18 ans⁴⁷. Dans une population du même âge, Reisner et son équipe trouvent pour leur part que les adolescent-es qui s'identifient comme transgenres vivent davantage de situations de *bullying* et de (cyber)-harcèlement que les jeunes cisgenres⁵⁴. Baams et collègues, montrent à la fois que les adolescent-es transgenres ont plus de risque de présenter un score de « poly-victimisation » élevé

^P Van Beusekom et ses collaboratrices et collaborateurs utilisent une échelle mélangeant par exemple l'item « *I prefer hanging out with girls rather than boys* » faisant typiquement référence à la non-conformité de genre et l'item « *I sometimes wish I had been born a girl rather than a boy* », plutôt lié à l'identité de genre ressentie.

que les adolescent·es cisgenres et que le fait de présenter une non-conformité de genre augmente ce risque pour toutes et tous les adolescent·es⁴⁶.

Parmi les études menées en Europe, van Beusekom et son équipe trouvent une association entre la non-conformité de genre et une victimisation par les pair·es accrue dans un échantillon d'adolescent·es hollandais·es (11-18 ans)⁵¹. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'Aparicio-García et collègues, d'après qui les jeunes madrilènes transgenres et non binaires subissent plus de violences verbales (à l'école et en dehors de l'école) et de violences physiques (à l'école) que les jeunes cisgenres⁵⁵.

2.3.3 Consommation

Très peu d'études s'intéressent aux comportements respectifs des jeunes transgenres et cisgenres face à la consommation de substances psychoactives. Reisner et collègues mentionnaient en 2015 ne pas avoir connaissance d'études à large échelle sur ce sujet. De son étude auprès d'adolescent·es américain·es (13-18 ans), il ressort que les jeunes transgenres présentent des prévalences significativement plus élevées de consommation d'alcool, de tabac, de marijuana et d'autres drogues au cours des douze derniers mois. Cela n'est par contre pas le cas pour la consommation régulière de ces quatre catégories de substances. Une étude néo-zélandaise sur le bien-être et la santé des étudiant·es du secondaire (12-18 ans) à l'échelle nationale trouve au contraire des différences statistiquement significatives pour la consommation régulière d'alcool. Selon cette étude, les jeunes transgenres ont près de trois fois plus de risque que les jeunes cisgenres de consommer de l'alcool de manière hebdomadaire.

Aucune étude comparative européenne n'a pu être mise en évidence par notre recherche. Le faible nombre de personnes transgenres habituellement identifiées dans les échantillons sondés, associé aux maigres prévalences de consommation de substances psychoactives autres que l'alcool et le tabac constituent évidemment une limite à la réalisation de telles études comparatives.

2.3.4 Santé

Les recherches américaines que nous avons pu consulter traitent toutes de la non-conformité de genre. Selon Roberts et ses co-auteur·es, la non-conformité de genre à l'âge de onze ans est un prédicteur fort de la survenue de symptômes dépressifs durant l'adolescence et le passage à l'âge adulte⁴⁹. L'association est particulièrement forte pour les garçons, y compris les garçons hétérosexuels, ce qui montre bien que le non-conformisme peut être un facteur de risque, indépendamment de l'orientation sexuelle. Les résultats de Rieger et Savin-Williams vont dans le même sens puisqu'ils trouvent, chez des étudiant·es de *high school*, une association négative entre le bien-être et le non-conformisme de genre, laquelle est plus forte qu'avec l'orientation sexuelle⁴⁸. Toomey et collègues poussent la question plus avant et testent l'effet de la non-conformité de genre sur la satisfaction dans la vie et la dépression au sein d'un échantillon de personnes LGBT. Ses résultats font état d'une association statistiquement significative, qui est cependant totalement réduite lorsque les expériences de victimisation sont prises en compte⁴⁵.

En Europe, Baams et ses co-auteur-es trouvent des résultats similaires avec un échantillon de 194 jeunes adultes LGBT hollandais-es (16-24 ans) parmi lesquels la non-conformité de genre prédit un niveau plus faible de bien-être⁵². Toujours aux Pays-Bas, une relation similaire est aussi observée par Van Beusekom et collègues pour une population plus jeune (11-16 ans) avec une association entre la non-conformité^a de genre et le stress social⁵⁰. La victimisation sous la forme d'insultes homophobes joue dans ce cas un effet de médiation.

Concernant la transidentité, l'étude néo-zélandaise de Clark et coauteur-es rapporte que la fréquence des troubles dépressifs importants est près de six fois plus élevée chez les étudiant-es transgenres que chez les jeunes cisgenres. Toujours selon cette étude, les tentatives de suicide chez les jeunes transgenres dans les 12 derniers mois sont quant à elles cinq fois plus fréquentes que chez les jeunes cisgenres⁵⁷. En Europe, une revue de la littérature traitant des pensées et comportements autodestructeurs chez les jeunes britanniques non cisgenres relève des prévalences particulièrement élevées pour ce groupe⁴⁴. L'unique étude comparative que nous avons pu consulter est une étude norvégienne récente (collecte de données en 2018) qui évalue la satisfaction dans la vie, la solitude, la santé mentale et les comportements suicidaires chez des étudiant-es norvégien-nes (âge moyen de 23 ans)⁵⁶. Cette étude rapporte des *odds ratios* de présenter un résultat défavorable pour l'une ou l'autre des variables étudiées allant de 2 à 6 pour les jeunes trans* en comparaison des jeunes cisgenres, avec des risques particulièrement élevés concernant les troubles mentaux et les tentatives de suicides. Les associations sont statistiquement significatives pour toutes les variables analysées. Cela est valable tant pour les jeunes trans* s'inscrivant dans une logique binaire que pour les non-binaires (majoritaires dans l'étude suédoise). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes.

2.4 Causalité, stress minoritaire et effet médiateur de la victimisation

Des associations statistiquement significatives entre le statut LGBT, la victimisation, la consommation de substances et les problèmes de santé sont observées dans de nombreuses études. Cependant, la manière dont ces différentes dimensions sont liées les unes avec les autres est extrêmement complexe et les liens de causalité sont notamment difficiles à déchiffrer. L'une des théories explicatives majeures, souvent reprise dans la littérature scientifique, est le modèle du stress minoritaire exposé par Meyer⁵⁸. Selon ce modèle, les disparités face à la santé mentale sont dues à une exposition accrue des personnes LGBT au stress, en raison de la stigmatisation, des préjudices et de la discrimination qu'elles subissent. Dans ce modèle, la victimisation serait typiquement un facteur de stress et se situerait donc en amont dans la chaîne causale par rapport à la consommation problématique de substances ou aux problèmes de santé mentale. La recherche sur cette question est limitée par la nature des études qui sont le plus souvent basées sur des enquêtes transversales. Or, comme le mentionnent Bränström et Pachankis dans leur discussion,

^a Notons que dans cette étude, l'indicateur mélange des items liés au non-conformisme avec d'autres plutôt liés à la notion de transidentité.

¹Le terme *gender-diverse* est employé et se veut inclusif de toutes les nuances de la transidentité, y compris lorsqu'elle va au-delà de la logique binaire homme/femme.

seules des enquêtes longitudinales de cohortes permettraient d'aborder en profondeur les relations temporelles entre l'exposition aux facteurs de stress et la survenue de difficultés ultérieures³⁰. Plusieurs équipes se sont tout de même intéressées à cette thématique par des analyses de médiation^s. Il en ressort que la victimisation ou la discrimination jouent un rôle de médiation, généralement partiel, de l'association entre un statut minoritaire et la consommation de substances^{30, 54, 59-61} ou les problèmes de santé mentale^{39, 40, 49, 50, 59}. Dans certains cas particuliers, ce rôle est même entièrement associé à la survenue de la difficulté étudiée. C'est par exemple ce que révèle une analyse de Toomey et collègues pour la médiation du lien entre l'expression de genre non conforme et les difficultés d'ordre psychosocial (dépression, anxiété, tendances suicidaires) chez les jeunes LGBT⁴⁵.

2.5 Facteurs protecteurs

La littérature identifie deux niveaux de facteurs protecteurs. Le premier a trait aux facteurs plus personnels, liés à la capacité de résilience des individus voire des groupes⁵⁸. Le second concerne les facteurs externes constitués par les actions qui peuvent être entreprises pour remédier aux problèmes identifiés. Comme le mentionnent Beck et Firdion, ces deux niveaux sont liés à des approches fondamentalement différentes de la problématique⁶². La première s'inscrit plutôt dans une logique d'émancipation alors que la seconde considère le problème sous l'angle de la victimologie. Cette distinction n'est pas uniquement théorique puisqu'elle peut jouer un rôle sur le problème lui-même. Fineman propose notamment une réflexion très intéressante autour du risque inhérent à l'approche qui tend à désigner les personnes LGBT (ou tout autre groupe spécifique) comme une population vulnérable (victimologie), créant par là même un risque de stigmatisation pouvant empirer la situation des personnes que l'on cherche à protéger⁶³. En dépit des limites des deux approches, Beck et Firdion relèvent de manière pragmatiques qu'elles peuvent être complémentaires⁶². Un climat favorable (c'est-à-dire moins de discrimination) est en effet nécessaire pour que la résilience puisse se développer.

Les stratégies de résilience personnelles sont variables, parfois même opposées, et souvent difficiles à évaluer. Ne pas révéler son orientation sexuelle ou se conformer aux normes de genre à l'encontre de son ressenti peut par exemple permettre d'éviter d'être harcelé-e mais induire un stress ou une LGBT-phobie intériorisée influençant négativement la santé mentale⁵⁸. A l'inverse, Kosciw et collègues ont montré que le coming-out peut être protecteur face à la dépression mais exposer davantage à la victimisation⁶⁴. L'effet d'un coming-out dépend évidemment du contexte dans lequel évoluent les jeunes et constitue un bon exemple de l'importance de l'environnement sur le développement de la résilience.

Au-delà de ces choix comportementaux, la capacité de résilience dépend en grande partie de la qualité et de la quantité des ressources dont disposent les jeunes⁶³. Plusieurs de ces ressources protectrices ont été identifiées, certaines plus personnelles, d'autres plus systémiques.

^s Plutôt qu'une relation causale directe entre la variable indépendante et la variable dépendante, un modèle de médiation propose que la variable indépendante influence la variable médiatrice (non observable), qui à son tour influence la variable dépendante. Ainsi, la variable médiatrice sert à clarifier la nature de la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante.

Parmi les ressources plus individuelles, Molero et collègues montrent que la qualité du réseau social et des liens interpersonnels est un facteur protecteur face au mal-être des gays et lesbiennes en Espagne⁶⁵. À un niveau plus systémique, la famille et l'école sont les espaces principaux où les jeunes construisent leurs capacités de résilience et plusieurs auteur-es ont fait état du rôle central joué par ces deux environnements pour les jeunes LGBT^{63, 66}. Concernant le climat scolaire, diverses mesures ont été prises et évaluées. La mieux documentée d'entre elles est probablement l'existence des groupes GSA (Gay-Straight Alliances) dans les écoles américaines⁶⁷⁻⁶⁹. En plus d'améliorer la qualité de l'environnement scolaire, ces groupes offrent un lieu sûr pour les personnes concernées, favorisant ainsi la résilience par le sentiment d'acceptation, voire d'appartenance à un groupe (le *positive coping*)⁵⁸. Les interventions médiatiques peuvent aussi avoir un effet bénéfique. Au Canada, l'évaluation de la diffusion d'un film de promotion d'attitudes inclusives à l'école (*Out in Schools*) a montré une réduction de la discrimination dans les écoles concernées⁷⁰. La formation et la sensibilisation du personnel scolaire peut aussi permettre d'offrir un espace sécurisé et contribuer à l'amélioration globale du climat scolaire^{62, 68}. Dans le cadre de la proposition de deux lois fédérales pour la protection des jeunes LGBTQ aux Etats-Unis, Russel et co-auteur-es listaient en 2010 les actions et politiques scolaires ayant montré une forme d'efficacité pour la promotion du bien-être des jeunes LGBTQ. En plus de la création des groupes GSA et de la formation du personnel, ils et elles citent l'introduction de règlements anti-harcèlement mentionnant spécifiquement les orientations sexuelles minoritaires (réelles ou perçues), ainsi que la mise à disposition de documentation relative aux personnes LGBTQ et la prise en compte de leur existence dans le matériel d'éducation scolaire⁷¹. Fait très intéressant, la mise en place de mesures visant à un climat scolaire plus inclusif améliore l'atmosphère générale et bénéficie ainsi à d'autres étudiant-es perçu-es comme différent-es⁷² ou à d'autres personnes sujettes au harcèlement ou aux tendances suicidaires⁷⁰. Selon Fineman, cela va encore plus loin. Pour elle, les violences et discriminations à l'encontre des jeunes LGBT sont avant tout des échecs institutionnels et systémiques qui n'influencent pas seulement les jeunes concerné-es mais la société de manière générale.

3 Méthode

3.1 Enquête

Les analyses présentées dans ce rapport se basent sur une enquête populationnelle menée en 2017 auprès des jeunes en 2^{ème} année d'études post-obligatoires dans le canton de Vaud. Ces jeunes étaient en formation professionnelle ou gymnasiale^t. Un échantillon de 131 classes comprenant 2'040 étudiant·es a été constitué. Parmi elles et eux, 1'817 étudiant·es ont participé à l'enquête (89.1%) et 1'570 ont été retenu·es pour alimenter la base de données exploitée dans le cadre de ces analyses. Les répondant·es retenu·es sont âgé·es de 15 à 24 ans et la moyenne d'âge de l'échantillon est de 18.3 ans. L'échantillon a été corrigé en fonction de la répartition des étudiant·es dans chacun des groupes identifiés lors de l'échantillonnage dans le but d'avoir un échantillon représentatif de la population initialement sélectionnée. La méthode d'échantillonnage détaillée, ainsi que la procédure de passation du questionnaire sont disponibles dans un précédent rapport¹².

3.2 Variables étudiées

3.2.1 Thématiques et variables investiguées

Victimisation

Quatre variables distinguées dans l'enquête ont été regroupées sous la thématique de la victimisation : les violences instrumentales telles que le brigandage ou le racket, les violences sexuelles, les lésions corporelles et le harcèlement.

- Pour les trois premières variables, une définition était donnée puis les jeunes devaient indiquer si elles et ils avaient déjà vécu ce type d'expériences (oui/non). Dans l'affirmative, une série d'autres questions étaient posées afin de déterminer le nombre de fois où étaient survenus ces événements dans le canton de référence. La période de référence retenue pour les analyses présentées dans ce rapport concerne les 30 derniers mois. Ces actes de violences étaient définis comme suit :
 - *Les lésions corporelles* : « Quelqu'un vous blesse volontairement avec une arme, un objet (coup de poing américain, une chaîne) ou vous frappe si violemment que vous êtes blessé·e (par exemple, une blessure ouverte ou un œil au beurre noir) ».
 - *Les brigandages et racket* : « Quelqu'un vous prend quelque chose soit avec violence, soit sous menace immédiate (par exemple, votre sac, votre vélo ou de l'argent) » & « Quelqu'un exige que vous lui donniez de l'argent ou des choses (par exemple, veste,

^t Formations professionnelles : formations menant à l'obtention d'une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) ou d'un certificat fédéral de capacité (CFC) ; formations gymnasiales : école de culture générale (ECG), école de commerce (EC) et école de maturité (EM).

montre, chaussures) en vous intimidant et en vous menaçant sérieusement si vous ne payez pas ou si vous ne donnez pas les choses dans un certain délai ».

- *Les violences sexuelles* : « Quelqu'un vous menace ou vous fait subir un geste à caractère sexuel alors que vous n'étiez pas d'accord (par exemple, on touche vos parties sexuelles contre votre volonté) ».

- Le harcèlement a été mesuré d'après une échelle composée de six items permettant de considérer les diverses formes que peut prendre ce comportement à savoir : « frapper », « menacer », « ridiculiser », « casser des affaires », « harceler sexuellement » et « ignorer, exclure ». Les catégories de réponses possibles étant : (0) jamais, (1) une ou deux fois, (2) parfois (plus de deux fois), (3) une fois par semaine et (4) plusieurs fois par semaine. Un-e jeune est considéré-e comme victime de harcèlement lorsqu'il-elle a subi au moins un des six actes au moins une fois par semaine durant les 12 derniers mois.
- Le cyber-harcèlement a été mesuré d'après sept items, tels que « Quelqu'un vous a envoyé des messages insultants ou menaçants (par exemple, SMS, WhatsApp, Facebook, Twitter, Ask) », « Quelqu'un vous a harcelé-e sexuellement sur les réseaux sociaux (par ex. sur Facebook, WhatsApp etc.) ». Les catégories de réponses possibles étaient : (0) jamais, (1) une ou deux fois, (2) environ une fois par mois, (3) environ une fois par semaine, et (4) plusieurs fois par semaine. Pour mesurer le cyber-harcèlement, le seuil considéré est le fait d'avoir subi un des sept actes au moins une fois par semaine durant la dernière année.

Consommation de substances psychoactives

Une série de questions s'intéressait à la consommation des substances psychoactives suivantes : tabac, alcool (bière/vin, alcool fort), cannabis, cocaïne, ecstasy, speed/amphétamine, LSD/champignons hallucinogènes et héroïne. La première question se réfère à la consommation au cours de la vie (« Avez-vous déjà consommé une des substances suivantes ? »). En cas de réponse affirmative, la question suivante permettait de connaître la fréquence de consommation au cours des 12 derniers mois (réponses catégorielles en six points allant de jamais à tous les jours).

Santé

La santé des jeunes a été évaluée à l'aide de trois mesures :

- La santé générale, représentative de l'état de santé global d'une personne puisqu'elle englobe aussi bien les aspects physiques, psychiques que sociaux. La question était formulée comme suit : « Comment décririez-vous votre état de santé ? ». Les catégories de réponses possibles étaient : (0) excellent, (1) bon, (2) moyen et (3) mauvais. La variable a été dichotomisée en « excellent-bon » vs « moyen-mauvais ».
- Les symptômes psychosomatiques multiples étaient mesurés à l'aide d'une échelle composée de 11 items : sept symptômes psychoaffectifs (fatigue, mauvaise humeur, nervosité, difficultés d'endormissement, colère, tristesse et anxiété) et quatre symptômes somatiques (maux de tête, de ventre, de dos ou encore des vertiges). La période de référence est de six mois et les modalités de réponse étaient : (0) rarement ou jamais, (1) à peu près

une fois par mois, (2) à peu près une fois par semaine, (3) plusieurs fois par semaine et (4) à peu près chaque jour. Un score composite a été créé afin de différencier deux groupes de personnes : les jeunes avec peu ou pas de symptômes psychosomatiques et les jeunes ayant eu au moins deux des symptômes mentionnés ci-dessus plusieurs fois par semaine ou plus souvent. Cette échelle ne représente pas une mesure clinique des plaintes psychosomatiques.

- La dépressivité au moment de la passation du questionnaire a été mesurée à l'aide d'une échelle composée de sept items (ex : « Je me sens souvent déprimé-e, sans savoir pourquoi », « Je trouve ma vie assez triste »). Les catégories de réponses étaient (0) pas du tout d'accord, (1) plutôt pas d'accord, (2) plutôt d'accord, (3) tout à fait d'accord. Un score a été créé à partir de la valeur moyenne des réponses aux sept questions.

3.2.2 Orientation sexuelle

L'orientation sexuelle a été mesurée en fonction de trois dimensions : l'attirance sexuelle, l'auto-identification, et le sexe des partenaires sexuel·les.

- L'indicateur utilisé pour caractériser l'attirance sexuelle s'appuie sur la question suivante : « Chaque personne est différente et se distingue quant à l'attraction sexuelle qu'elle éprouve envers les autres. Comment décririez-vous vos attirances sexuelles ? Cochez l'énoncé qui vous correspond le plus (Une seule réponse possible) ». Les réponses possibles étaient : (1) Je suis uniquement attiré par des garçons, (2) Je suis surtout attiré par des garçons mais aussi parfois par des filles, (3) Je suis autant attiré par des garçons que par des filles, (4) Je suis surtout attiré par des filles mais aussi parfois par des garçons et (5) Je suis uniquement attiré par des filles.
 - Sur la base des réponses apportées, deux groupes ont été constitués : les jeunes ayant une attirance sexuelle uniquement hétérosexuelle et les jeunes ayant une attirance sexuelle non exclusivement hétérosexuelle (regroupant les jeunes attiré·es uniquement par des personnes du même sexe, autant par des personnes du même sexe que par des personnes du sexe opposé, et surtout attiré·es par des personnes du sexe opposé mais également par des personnes du même sexe).
- Pour l'auto-identification, la question est formulée comme suit : « Vous vous considérez comme... (Une seule réponse possible) ». Les réponses possibles étaient : (1) Hétérosexuel, (2) Homosexuel, c'est-à-dire lesbienne ou gay, (3) Bisexuel, (4) autre, merci de préciser, (5) Je suis en questionnement (je ne sais pas trop comment me définir), (6) Je ne suis pas sûr de bien comprendre ces catégories.
 - Sur la base des réponses apportées, deux groupes ont été constitués : les jeunes strictement hétérosexuel·les (réponse 1) et les jeunes non exclusivement hétérosexuel·les (réponses 2, 3, 4 et 5).
- La question permettant de mesurer le sexe des partenaires sexuel·les a été formulée ainsi : « Les gens peuvent avoir des comportements sexuels différents. Laquelle des propositions suivantes décrit le mieux avec qui vous avez eu des comportements sexuels au cours de votre

vie, c'est-à-dire embrasser, caresser, toucher, masturber, et autres dans l'intention de donner et/ou de recevoir du plaisir sexuel ? (une seule réponse possible) ». Les réponses possibles étaient : (1) Uniquement avec des hommes, (2) Essentiellement avec des hommes, mais aussi avec au moins une femme, (3) Avec à peu près autant d'hommes que de femmes, (4) Essentiellement avec des femmes, mais aussi avec au moins un homme, (5) Uniquement avec des femmes, (6) je n'ai jamais eu de comportements sexuels avec qui que ce soit.

- Sur la base des réponses apportées, deux groupes ont été constitués : les jeunes ayant eu des comportements sexuels uniquement avec des personnes de l'autre sexe et les jeunes ayant eu des comportements sexuels non exclusivement hétérosexuels (regroupant les jeunes ayant eu des comportements sexuels uniquement avec des personnes du même sexe, autant avec des personnes du même sexe qu'avec des personnes du sexe opposé, et essentiellement avec des personnes du sexe opposé mais également aussi avec au moins une personne du même sexe).

Finalement, un indicateur composite constitué des catégories exclusivement hétérosexuel·le et non exclusivement hétérosexuel·le a été créé. Cet indicateur englobe dans la catégorie non exclusivement hétérosexuel·le toute personne classée comme telle selon l'une ou l'autre des trois dimensions définies ci-dessus. Cette recherche ciblant plusieurs risques (victimisation, consommation de substances, mauvaise santé générale), il nous a paru pertinent d'utiliser un indicateur permettant d'identifier le plus grand nombre de personnes potentiellement exposées à l'un ou l'autre de ces risques en raison de leur orientation sexuelle. En procédant de la sorte, certaines associations qui seraient spécifiques à l'une ou l'autre des dimensions de l'orientation sexuelle pourraient ne pas être identifiées. Pour réduire ce risque, nous avons procédé à des analyses plus détaillées, en fonction de chacune des dimensions de l'orientation sexuelle. Les résultats de ces analyses complémentaires sont présentés dans l'annexe 8.2.

Par souci de simplification, nous utiliserons l'abréviation « non-HET » pour nous référer aux personnes catégorisées comme non exclusivement hétérosexuelles selon l'un ou l'autre des indicateurs utilisés.

3.2.3 Identité de genre

Afin de pouvoir identifier des personnes dont le genre ressenti ne coïncide pas avec le sexe attribué à la naissance, deux variables ont été utilisées :

- Le sexe attribué à la naissance fait référence au sexe qui est enregistré auprès de l'état civil après la naissance de tout·e enfant. La réponse à cette question comportait une option de réponse supplémentaire aux catégories « masculin » et « féminin », afin de pouvoir identifier les personnes présentant une variation du développement sexuel (personnes dites « intersexes »).
- L'identité de genre fait référence au ressenti intime d'appartenir au genre masculin, au genre féminin, à aucun des deux genres, ou de ressentir une situation qui ne s'inscrit pas dans cette logique binaire. La question a été formulée comme suit : « Comment vous identifiez-vous

actuellement ? (une seule réponse possible) ». Les réponses possibles étaient : (1) Comme un homme, (2) Comme une femme, (3) Comme une personne transgenre, (4) Autre, préciser.

Les personnes s'auto-identifiant comme trans* à la question de l'identité de genre ainsi que celles ayant donné des réponses opposées à ces deux questions ont été catégorisées comme trans*.

3.3 Analyses statistiques

Toutes les analyses présentées ont été réalisées avec le logiciel RStudio© (version 1.3.959).

3.3.1 Analyses bivariées

Des statistiques descriptives présentent les fréquences et les proportions des variables d'intérêt dans les deux groupes étudiés, c'est-à-dire les jeunes non-HET et les jeunes exclusivement hétérosexuel·les. La variable « orientation sexuelle » étant nominale ainsi que les autres variables étudiées, nous utilisons comme instrument statistique le test du Chi2 avec correction du deuxième ordre de Rao et Scott et, conformément à l'usage, le seuil de significativité est fixé à 0.05.

Les analyses bivariées sont présentées graphiquement et la significativité du test est indiquée à l'aide d'une étoile lorsque $p < 0.05$ (test de Chi2 pour la comparaison de taux de prévalence), deux étoiles lorsque la valeur de p est < 0.01 mais ≥ 0.001 et trois étoiles lorsque la valeur de p est inférieure à 0.001.

3.3.2 Analyses multi-variables

Afin d'expliquer une variable nominale à deux modalités tout en ayant la possibilité de tenir compte de plusieurs autres variables, nous utilisons des régressions logistiques multi-variables. Pour interpréter les résultats des régressions, nous avons recours à la notion anglo-saxonne d'*odds ratios* (OR), traduite en français par le terme « rapport de cotes ». Un *odds ratio* donne une indication sur la fréquence de survenue d'un événement dans un groupe par rapport à un groupe de référence. Un exemple de lecture est donné ci-dessous. Les résultats des régressions logistiques sont présentés dans un tableau dans lequel apparaissent les OR ajustés pour les différentes variables incluses dans le modèle ainsi qu'un intervalle de confiance (IC) à 95%. Il s'agit d'un intervalle de valeurs ayant 95% de chance de contenir la vraie valeur du paramètre estimé. Lorsque cet intervalle englobe la valeur 1, cela signifie que l'association entre les variables n'est statistiquement pas significative. L'écart entre les deux valeurs de l'intervalle donne quant à lui une information sur la confiance qui peut être attribuée au paramètre estimé. Plus cet écart est faible, plus l'estimation du paramètre est fiable. Pour simplifier la lecture des tableaux, seuls les OR statistiquement significatifs sont montrés, sauf pour l'orientation sexuelle, pour laquelle tous les OR sont indiqués.

Odds ratio – exemple de lecture

A titre d'illustration, le Tableau 2 montre l'influence de l'orientation sexuelle sur la dépressivité tout en considérant le sexe, le type de formation suivie, le statut économique (ISEI^u) de la famille et le statut religieux. Les facteurs autres que le sexe n'ayant pas d'influence statistiquement significative sur la dépressivité, ils n'apparaissent pas dans le tableau. L'interprétation est la suivante : le rapport entre le nombre de personnes souffrant de symptômes dépressifs et le nombre de personnes ne souffrant pas de tels symptômes est 2.3 fois plus grand parmi les jeunes non-HET que parmi les jeunes exclusivement hétérosexuel·les. En employant le terme consacré, on dira que l'*odds ratio* de la survenue de symptômes dépressifs chez les jeunes non-HET en comparaison des jeunes exclusivement hétérosexuel·les est de 2.3. Cette valeur tient compte d'éventuelles différences dues aux autres facteurs inclus dans le modèle (énumérés sous le tableau). L'intervalle de confiance n'incluant pas la valeur 1, cette association entre orientation sexuelle et dépressivité est statistiquement significative. De plus, l'écart entre les bornes de l'intervalle de confiance (1.6 – 3.2) étant faible, le degré de confiance accordé à la valeur estimée (2.3) est bon. Le sexe a aussi une influence statistiquement significative sur la dépressivité. Comparativement aux filles, les garçons sont moins susceptibles de souffrir de dépressivité que les filles (OR de 0.4). Là encore, l'association est statistiquement significative puisque l'intervalle de confiance n'englobe pas la valeur 1. L'OR de 0.4 est ajusté pour l'orientation sexuelle et les autres facteurs. Cette valeur ne donne par ailleurs aucune indication quant à l'effet spécifique de l'orientation sexuelle sur la dépressivité en fonction du sexe. Autrement dit, bien qu'en comparaison des filles, les garçons soient moins à risque, l'effet de l'orientation sexuelle sur la dépressivité pourrait très bien être plus marqué chez les garçons. De manière générale, ces derniers restent cependant moins touchés que les filles par la dépressivité.

Tableau 2 Effet de l'orientation sexuelle sur la dépressivité (*odds ratios*)

	Dépressivité	
	OR ajusté	IC 95%
Orientation sexuelle (indicateur composite)		
Exclusivement hétéro	1.0	
Non exclusivement hétéro	2.3	[1.6 – 3.2]
Sexe		
Filles	1.0	
Garçons	0.4	[0.3 – 0.5]

Le modèle de régression tient compte du sexe, du type de formation suivie, du statut économique (ISEI) de la famille ainsi que du statut religieux. Seuls les *odds ratios* (OR) statistiquement significatifs sont montrés.

Choix des variables à inclure dans les modèles

Inclure plusieurs facteurs dans le modèle de régression permet de minimiser les risques d'attribuer à tort un effet à une variable (typiquement l'orientation sexuelle) alors qu'il est en réalité dû à un

^u International Socioeconomic Index of Occupational Status

autre facteur (par exemple le sexe). Cependant, inclure trop de facteurs risque d'affaiblir le modèle. Différents modèles ont donc été comparés, en cherchant à diminuer le nombre de facteurs inclus tout en maximisant la qualité du modèle. Pour chaque variable étudiée, une première régression a été calculée en incluant dans le modèle l'orientation sexuelle et les facteurs sociodémographiques suivants : le sexe (homme/femme), le type de formation suivie (gymnase/formation professionnelle), le lieu de vie (avec ou sans un parent ou un représentant légal), le statut économique de la famille (ISEI), le statut migratoire (non-migrant-e/étrangère ou étranger de première génération/étrangère ou étranger de deuxième génération) et le statut religieux (religieuse ou religieux/non religieuse ou non religieux). Ces variables ont ensuite été retirées tour à tour et la qualité du nouveau modèle a été évaluée (grâce à l'AIC^v), permettant ainsi de déterminer les variables à garder dans le modèle final. Par souci de simplification de la lecture du rapport et des tableaux, les mêmes facteurs ont été sélectionnés pour les variables classées au sein d'un même thème (victimisation, consommation de substances psychoactives, santé). Les facteurs ont donc été retenus, par thématique, en fonction de deux critères : 1) le facteur était associé de manière statistiquement significative à la variable d'intérêt pour au moins une des variables de la thématique ou 2) le facteur améliorait le modèle pour au moins deux tiers des variables du thème. Ainsi, les modèles présentés dans ce rapport tiennent compte des facteurs suivants :

- Pour les variables liées à la victimisation : le sexe, le type de formation suivie, le statut migratoire et le lieu de vie.
- Pour les variables liées à la consommation de substances psychoactives : le sexe, le type de formation suivie, le statut migratoire et le statut économique de la famille.
- Pour les variables liées à la santé : le sexe, le type de formation suivie, le statut économique de la famille et le statut religieux.

Ces différents facteurs sont toujours mentionnés sous les différents tableaux.

^v AIC : Critère d'information d'Akaike. Ce paramètre donne une information sur la qualité d'ajustement d'un modèle, tout en tenant compte de sa complexité (les modèles plus complexes sont pénalisés).

4 Résultats

4.1 Identité de genre

Le Tableau 3 présente l'identité de genre, c'est-à-dire la manière dont les jeunes s'identifient, en fonction du sexe qui leur a été attribué à la naissance. Parmi les jeunes dont le sexe attribué à la naissance est féminin, 98.6% se considèrent comme des femmes et parmi les jeunes dont le sexe attribué à la naissance est masculin, 98.9% se considèrent comme des hommes. L'échantillon comprend 20 personnes (1.3%) avec une identité de genre minoritaire (trans* ou en questionnement).

Tableau 3 Identité de genre selon le sexe assigné à la naissance (n et %)

	Filles N = 783	Garçons N = 776	Variation du développement sexuel (intersexe) N=2	Total N = 1'559
Identité de genre				
Cisgenre	761 (98.6%)	757 (98.9%)	1 (51.5%)	1'518 (98.7%)
Trans*	8 (1%)	8 (1.1%)	1 (48.5%)	17 (1.1%)
En questionnement	3 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (0.2%)

Trans* : personne transgenre, non binaire, gender-fluid, neutre. La personne intersexe catégorisée comme cisgenre a déclaré ressentir une identité de genre masculine

4.2 Orientation sexuelle

Le Tableau 4 présente la distribution des réponses pour les trois dimensions de l'orientation sexuelle. Les jeunes ayant une attirance sexuelle non exclusivement hétérosexuelle représentent 11.2% de notre échantillon (16.7% de filles et 5.8% de garçons). Ces taux sont comparables lorsque l'on s'intéresse à l'auto-identification, avec 88.5% de jeunes qui se considèrent comme hétérosexuel·les (84.5% des filles et 92.4% des garçons). La proportion de jeunes qui se considèrent comme bisexuel·les est de 3,2% alors que la proportion de jeunes se disant attiré·es par les deux sexes est de 9.4%. Finalement, 1.6% des jeunes se définissent comme homosexuel·les alors que 1.9% se disent attiré·es uniquement par des personnes du même sexe. La question relative au sexe des partenaires sexuel·les nous montre que 72.5% des jeunes ont eu des comportements sexuels avec des personnes de l'autre sexe uniquement. Cette proportion inférieure aux deux autres dimensions est en fait due à une part non négligeable de jeunes n'ayant jamais eu de comportements sexuels (17%). En ne considérant que les jeunes ayant déjà eu des comportements sexuels, la part des comportements uniquement hétérosexuels atteint 87.3%.

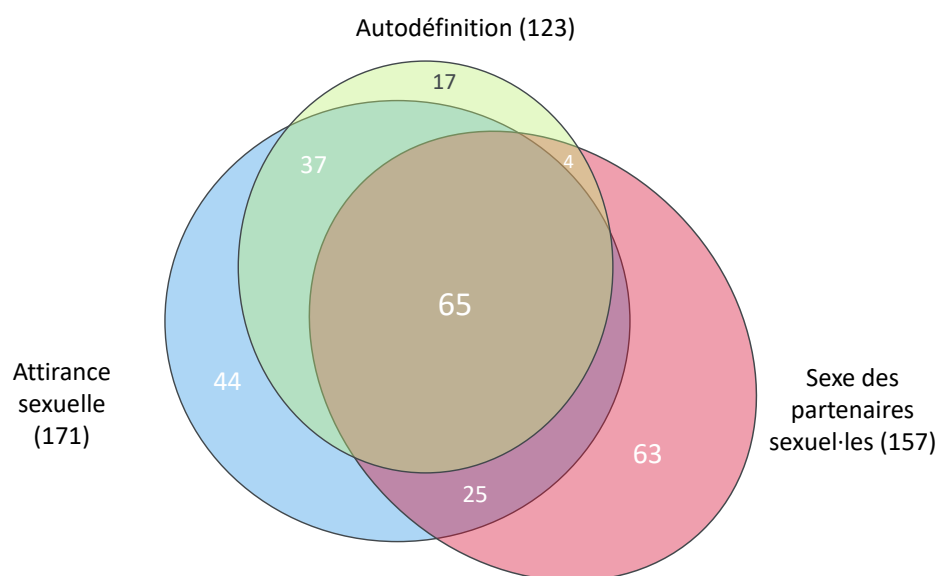
Pour les trois dimensions, la part de jeunes dans la catégorie « hétérosexuel·le » est plus importante chez les garçons que chez les filles. Ceci est principalement dû à un groupe non négligeable de filles rapportant une attirance ou des comportements sexuels principalement pour/avec des garçons mais aussi pour/avec des filles (11.5% des filles selon l'attirance, 11.6% selon les comportements). Cette observation est aussi valable pour l'autodéfinition mais dans une moindre mesure (5.6% des filles déclarent être bisexuelles).

Tableau 4 Orientation sexuelle selon le sexe (n et %)

	Filles N = 776	Garçons N = 783	Total N = 1'559
Attirance sexuelle			
Attiré·e par des personnes de l'autre sexe	643 (83.3%)	731 (94.2%)	1'375 (88.8%)
Attiré·e par des personnes du même sexe	11 (1.5%)	17 (2.2%)	29 (1.9%)
Attiré·e majoritairement par les personnes de l'autre sexe mais aussi par les personnes du même sexe	89 (11.5%)	16 (2.1%)	105 (6.8%)
Attiré·e autant par les personnes de l'autre sexe que par les personnes du même sexe	21 (2.7%)	5 (0.6%)	25 (1.6%)
Attiré·e majoritairement par les personnes du même sexe mais aussi par les personnes de l'autre sexe	8 (1.0%)	7 (0.9%)	15 (1.0%)
Sexe des partenaires sexuel·les			
Uniquement avec des personnes de l'autre sexe	509 (67.0%)	592 (78.0%)	1'102 (72.5%)
Uniquement avec des personnes du même sexe	12 (1.5%)	16 (2.1%)	27 (1.8%)
Majoritairement avec des personnes de l'autre sexe mais aussi avec des personnes du même sexe	88 (11.6%)	11 (1.5%)	99 (6.5%)
Autant avec des personnes de l'autre sexe qu'avec des personnes du même sexe	12 (1.5%)	4 (0.6%)	16 (1.1%)
Majoritairement avec des personnes du même sexe mais aussi avec des personnes de l'autre sexe	5 (0.6%)	12 (1.6%)	17 (1.1%)
Jamais eu de comportements sexuels avec qui que ce soit	135 (17.8%)	124 (16.3%)	259 (17.0%)
Auto-définition			
Hétérosexuel·le	642 (84.5%)	702 (92.4%)	1'343 (88.5%)
Homosexuel·le	11 (1.5%)	13 (1.8%)	25 (1.6%)
Bisexuel·le	43 (5.6%)	6 (0.8%)	49 (3.2%)
Autre	1 (0.1%)	2 (0.3%)	3 (0.2%)
En questionnement (ne sait pas trop comment se définir)	29 (3.8%)	12 (1.5%)	40 (2.7%)
Pas sûr·e de comprendre ces catégories	29 (3.8%)	23 (3.0%)	51 (3.4%)
Pansexuel·le	4 (0.6%)	2 (0.2%)	6 (0.4%)
Asexuel·le	1 (0.2%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)

La Figure 1 présente le nombre de personnes non exclusivement hétérosexuelles (non-HET) selon chacune des trois dimensions de l'orientation sexuelle et illustre les recouvrements existant entre les trois dimensions. Le premier constat que l'on peut faire est que ces catégories ne se recoupent pas entièrement. On y observe notamment que de nombreux·ses jeunes rapportent avoir déjà eu des comportements sexuels avec des personnes du même sexe sans pour autant ressentir d'attrance sexuelle pour les personnes du même sexe, ni s'auto-définir comme homosexuel·le, bisexuel·le ou en questionnement (63 personnes, soit près de 25% du sous-groupe non-HET). Cette tendance s'observe aussi pour l'attrance sexuelle (44 personnes, 17%). En ce sens, l'autodéfinition est la dimension la plus consistante avec seulement 17 personnes s'auto-définissant comme non-HET sans pour autant rapporter d'attrance pour - ou de comportements avec - des personnes du même sexe. L'attrance sexuelle est la dimension la plus sensible, puisqu'elle identifie le plus grand nombre de personnes non-HET. A l'inverse, l'autodéfinition est la catégorie la plus restrictive. Ces observations sont en accord avec la littérature scientifique présentée au chapitre précédent et mettent en évidence l'importance du choix des indicateurs relatifs à l'orientation sexuelle dans les enquêtes.

Figure 1 Nombre de personnes catégorisées comme non exclusivement hétérosexuelles selon l'une ou l'autre des trois dimensions de l'orientation sexuelle



Les chiffres présentés sur cette figure sont issus des données non-pondérées. La généralisation à l'ensemble de la population cible est donc limitée.

Le Tableau 5 présente la répartition des jeunes selon l'indicateur composite, retenu pour les analyses présentées dans la partie principale du rapport. En incluant toutes les personnes non-HET selon l'une ou l'autre des dimensions, l'échantillon comporte 256 jeunes non-HET (190 filles et 65 garçons).

Tableau 5 Orientation sexuelle selon le sexe d'après l'indicateur composite dichotomisé (n et %)

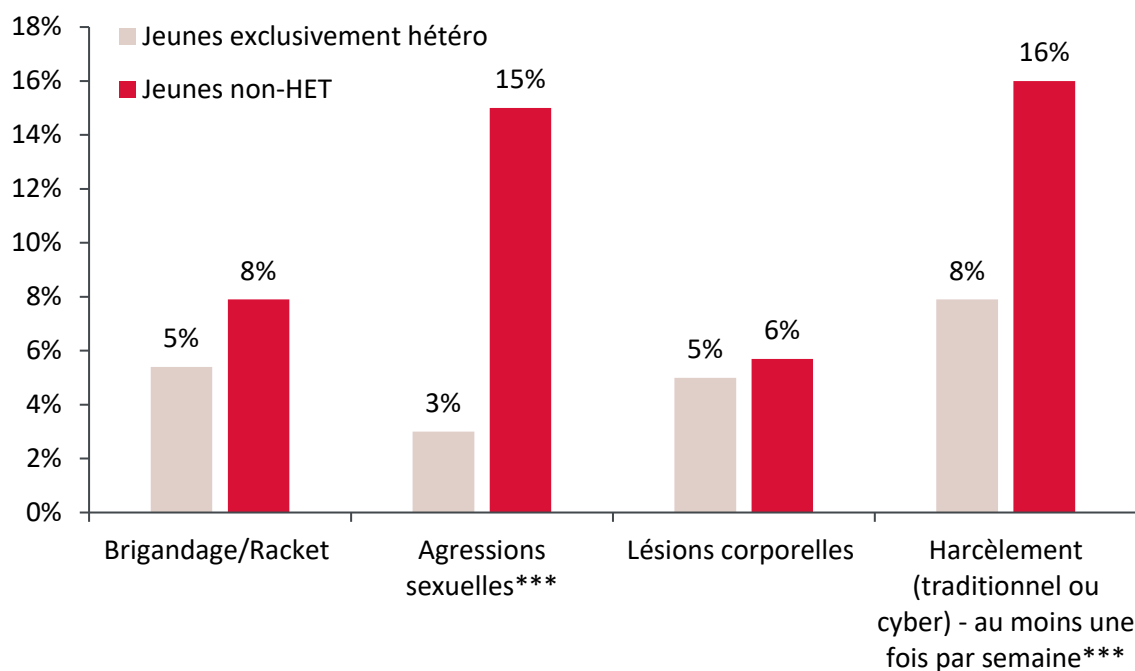
	Filles N = 776	Garçons N = 783	Total N = 1'559
Orientation sexuelle			
Hétérosexuel-le	584 (75.4%)	713 (91.6%)	1'296 (83.5%)
Non-HET	190 (24.6%)	65 (8.4%)	256 (16.5%)

4.3 Victimisation

4.3.1 Selon l'orientation sexuelle

La Figure 2 présente les proportions de jeunes ayant été victimes de violences (brigandage/racket, violences sexuelles et lésions corporelles) au moins une fois au cours des 30 derniers mois, ainsi que de harcèlement au moins une fois par semaine au cours de la dernière année, selon leur orientation sexuelle. Les différences entre les deux groupes sont statistiquement significatives pour les agressions sexuelles et le harcèlement hebdomadaire, en défaveur des jeunes non-HET. Aucune différence statistiquement significative n'est observée pour le brigandage/racket ou les lésions corporelles. Ces observations sont plus nuancées que ce qui avait été relevé pour les écolières et les écoliers en dernière année de scolarité obligatoire dans les cantons de Vaud et Zürich, pour lesquel-les des différences statistiquement significatives étaient observées pour chacune de ces variables (en fonction de l'attrirance sexuelle)¹.

Figure 2 Expériences de victimisation au cours des 30 derniers mois et de harcèlement hebdomadaire au cours de la dernière année, selon l'orientation sexuelle (%)



Seuil de significativité : * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Le Tableau 6 présente les résultats du modèle logistique multi-variables. Ceux-ci indiquent que les jeunes non-HET sont plus à risque face aux expériences de brigandage ou de racket (au moins une fois lors des 30 derniers mois), ce qui n'était pas révélé par l'analyse bivariée (Figure 2). Le fait d'être victime de harcèlement reste associé de manière statistiquement significative à l'orientation sexuelle avec un rapport victimes/non-victimes 2.2 fois plus élevé chez les jeunes non-HET que chez les jeunes hétérosexuel·les. Les agressions sexuelles sont les violences les plus spécifiquement associées aux minorités sexuelles avec un OR de 4.0 pour les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les. Les analyses multi-variables révèlent aussi que le sexe est associé de manière statistiquement significative à la plupart des expériences de violences. Les garçons sont ainsi plus souvent victimes de brigandage/racket et de lésions corporelles que les filles mais rapportent au contraire considérablement moins d'expériences d'agression sexuelle.

Par ailleurs, la survenue d'au moins une agression sexuelle au cours des 30 derniers mois et le harcèlement hebdomadaire durant la dernière année sont des événements plus probables parmi les jeunes en formation professionnelle que parmi les jeunes gymnasien·nes.

Finalement le statut migratoire est associé à un risque moindre de rapporter au moins une agression sexuelle durant les 30 derniers mois pour les étranger·ères de 2^{ème} génération, et au moins une fois des lésions corporelles durant les 30 derniers mois pour les étranger·ères de 1^{ère} génération.

Tableau 6 Effet de l'orientation sexuelle sur la victimisation (*odds ratios*)

	Brigandage/racket Prévalence 30 mois		Agressions sexuelles Prévalence 30 mois		Lésions corporelles Prévalence 30 mois		Harcèlement Au moins une fois par semaine	
	OR ajusté	IC 95%	OR ajusté	IC 95%	OR ajusté	IC 95%	OR ajusté	IC 95%
Orientation sexuelle (indicateur composite)								
Exclusivement hétéro	1.0		1.0		1.0		1.0	
Non-HET	1.9	[1.1 – 3.5]	4.0	[2.3 – 7.0]	1.4	[0.75 – 2.8]	2.2	[1.4 – 3.7]
Sexe								
Filles	1.0		1.0		1.0			
Garçons	2.3	[1.4 – 3.7]	0.1	[0.0 – 0.2]	2.4	[1.4 – 4.0]		
Type de formation								
Gymnase			1.0				1.0	
Apprentissage, école professionnelle			2.0	[1.2 – 3.5]			1.6	[1.1 – 2.3]
Statut migratoire								
Non migrant-e			1.0		1.0			
Etrangère ou étranger de 2ème génération			0.4	[0.2 – 0.79]				
Etrangère ou étranger de 1ère génération					0.3	[0.1 – 0.92]		

En plus des facteurs montrés, le modèle de régression tient également compte du lieu de vie (avec ou sans les parents ou le, la représentant-e légal-e). Ce facteur n'est pas montré car il n'est statistiquement significatif pour aucune des quatre variables étudiées.

Le Tableau 7 présente les résultats des analyses stratifiées en fonction du sexe. Ces analyses mettent notamment en évidence la surreprésentation des jeunes femmes non-HET parmi les jeunes femmes victimes d'**agressions sexuelles** (OR de 3.8 par rapport aux jeunes femmes hétérosexuelles). La moitié des femmes qui sont victimes d'agressions sexuelles sont des jeunes non-HET, alors que ces dernières représentent 25% de l'ensemble des femmes. Les jeunes femmes non-HET constituent donc un groupe particulièrement à risque face aux violences sexuelles, avec une prévalence au cours des 30 derniers mois atteignant 19% dans ce sous-groupe. Parmi les jeunes filles non-HET rapportant des violences sexuelles, les filles homosexuelles ne sont par contre quasiment pas concernées (une seule fille). Une hypothèse pourrait être que les violences sexuelles sont principalement le fait des garçons et que les filles strictement homosexuelles seraient ainsi moins exposées à ce risque. Pour les jeunes hommes, le nombre d'observations est faible, limitant ainsi la puissance statistique, et l'OR n'est pas statistiquement significatif (voir le large intervalle de confiance). Ce constat vaut également pour le **brigandage/racket** et les **lésions corporelles**.

Concernant le **harcèlement**, on s'aperçoit que l'effet de l'orientation sexuelle est particulièrement marqué chez les garçons. Le rapport victimes/non-victimes est 4.5 fois plus élevé parmi les jeunes hommes non-HET que parmi les jeunes hommes hétérosexuels. Cette différence n'est pas

statistiquement significative entre les femmes non-HET et les femmes hétérosexuelles. Cela ne signifie pas que ces dernières ne sont pas victimes de harcèlement, mais que chez les filles, la surreprésentation des jeunes non-HET parmi les victimes de harcèlement est moins marquée que chez les garçons.

Tableau 7 Effet de l'orientation sexuelle sur les expériences de victimisation selon le sexe (n, % et odds ratios)

Variable	Jeunes non-HET dans l'échantillon (%)	Femmes non-HET		Hommes non-HET	
		N et part des victimes (%)	OR ajusté	N et part des victimes (%)	OR ajusté
Brigandage/Racket - prévalence 30 mois		14 (44%)	3.0 [1.3 – 7.2]	5 (9.1%)	1.0 [0.3 – 3.1]
Agressions sexuelles - prévalence 30 mois		34 (49%)	3.8 [2.2 – 6.8]	2 (33%)	5.9 [0.6 – 60]
Lésions corporelles - prévalence 30 mois	Femmes : 25% Hommes : 8.4%	9 (35%)	1.9 [0.8 – 4.9]	4 (7.7%)	1.0 [0.3 – 2.9]
Harcèlement (traditionnel ou cyber) - au moins une fois par semaine		26 (32%)	1.6 [0.9 – 2.8]	15 (24%)	4.5 [2.1 – 9.6]

Les *odds ratios* (OR) présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les. Ils sont ajustés pour tenir compte du type de formation, du statut migratoire et du lieu de vie (avec les parents/représentant·e légal·e ou non). Les pourcentages indiqués pour les colonnes femmes et hommes représentent pour chaque variable la part des jeunes femmes ou hommes non-HET parmi l'ensemble des victimes.

Le Tableau 8 donne le détail pour les deux formes de harcèlement adressées dans l'enquête. Ces résultats suggèrent que les effets de l'appartenance à une minorité sexuelle (jeunes non-HET) sont plus marqués pour le cyber-harcèlement (OR = 4.1, IC95% = 1.7 – 9.6) que pour le harcèlement traditionnel (OR = 2.0, IC95% = 1.2 – 3.3).

Tableau 8 Détail des effets de l'orientation sexuelle pour les deux formes de harcèlement (traditionnel et cyber) selon le sexe (n, % et odds ratios)

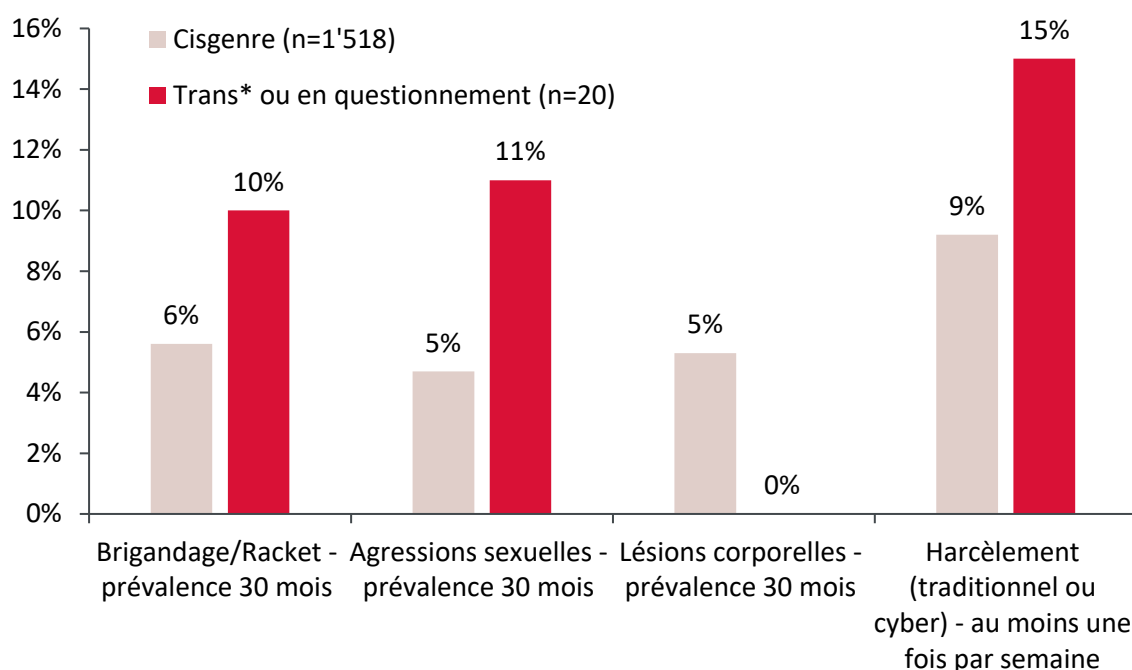
Variable	Jeunes non-HET dans l'échantillon (N et %)	Jeunes non-HET	
		Nombre et part des victimes (%)	OR ajusté
Harcèlement traditionnel	N = 256 (16%)	N = 35 (29%)	2.0 [1.2 – 3.3]
Cyber-harcèlement		N = 15 (33%)	4.1 [1.7 – 9.6]

Les *odds ratios* (OR) présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les. Ils sont ajustés pour tenir compte du type de formation, du statut migratoire et du lieu de vie (avec les parents/représentant·e légal·e ou non).

4.3.2 Selon l'identité de genre

La Figure 3 présente les proportions de victimes de violences au moins une fois au cours des 30 derniers mois et de harcèlement hebdomadaire durant la dernière année en fonction de l'identité de genre. Sauf pour les lésions corporelles (aucune victime parmi les minorités de genre), ces proportions sont toujours plus élevées pour les jeunes trans* ou en questionnement par rapport à leur identité que chez les jeunes cisgenres. Les différences entre les deux groupes ne sont toutefois pas significatives du point de vue statistique (la taille restreinte du sous-groupe des jeunes trans* limite la puissance statistique). Ces résultats n'en sont pas moins préoccupants au vu de l'importance des écarts observés.

Figure 3 Victimes de délits et de harcèlement au cours des 30 derniers mois selon l'identité de genre (%)



Seuil de significativité : * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

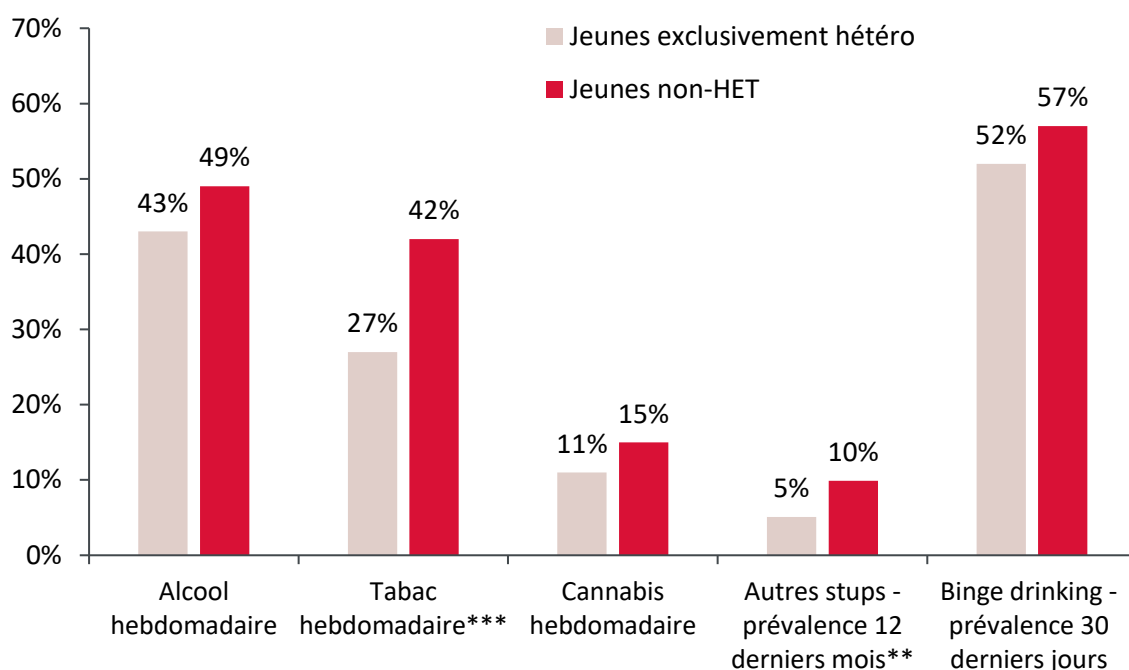
4.4 Consommation de substances psychoactives

4.4.1 Selon l'orientation sexuelle

La figure 4 présente les proportions de jeunes ayant consommé de l'alcool, du tabac et du cannabis de manière hebdomadaire au cours des 12 derniers mois, les proportions de jeunes ayant consommé d'autres stupéfiants durant la dernière année ainsi que celles des jeunes ayant consommé plus de cinq verres au cours d'une même occasion (*binge drinking*) durant le dernier mois, en fonction de l'orientation sexuelle. Les jeunes non-HET sont proportionnellement plus

nombreux·ses que les jeunes hétérosexuel·les à avoir consommé du tabac de manière hebdomadaire et à avoir essayé un ou plusieurs stupéfiants autres que le cannabis durant la dernière année (Figure 4). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant la consommation d'alcool (que ce soit pour la consommation hebdomadaire durant la dernière année ou le *binge drinking* au cours du dernier mois), ni pour la consommation régulière de cannabis (consommation hebdomadaire durant la dernière année).

Figure 4 Consommation de substances psychoactives au cours des 12 derniers mois selon l'orientation sexuelle (%)



Seuil de significativité : * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Les résultats des analyses multi-variables, présentés dans le Tableau 9, montrent que la consommation hebdomadaire d'alcool (OR = 1.5), de tabac (OR = 2.1) et de cannabis (OR = 1.8) durant les 12 derniers mois est plus fréquente chez les jeunes non-HET que chez les jeunes hétérosexuel·les. La consommation de stupéfiants autres que le cannabis (au moins une fois lors des 12 derniers mois) est encore plus fortement associée à l'orientation sexuelle avec un OR de 3.0 pour les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les.

Le sexe joue un rôle statistiquement significatif pour toutes les variables liées à la consommation de substances psychoactives, sauf la consommation hebdomadaire de tabac, avec un risque de consommation plus marqué chez les garçons que chez les filles. Le type de formation suivie est associé de manière statistiquement significative à la consommation hebdomadaire de tabac et de cannabis, ainsi qu'à la consommation d'autres stupéfiants au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Pour ces trois variables, les jeunes en formation professionnelle ont davantage

tendance à rapporter une consommation que les jeunes gymnasien·nes. Les jeunes migrant·es rapportent moins de consommation d'alcool (consommation hebdomadaire et *binge drinking*) que les non migrant·es. Le même constat vaut également pour les jeunes religieux·ses, qui sont aussi moins nombreux·ses que les jeunes non religieux·ses à rapporter une consommation d'autres stupéfiants durant les 12 derniers mois.

Tableau 9 Effet de l'orientation sexuelle et des variables d'ajustement sur la consommation de substances psychoactives (odds ratios)

	Alcool hebdomadaire durant les 12 derniers mois		Tabac hebdomadaire durant les 12 derniers mois		Cannabis hebdomadaire durant les 12 derniers mois		Autres stupéfiants (prévalence 12 mois)		Binge Drinking (prévalence 30 derniers jours)	
	OR _A	IC 95%	OR _A	IC 95%	OR _A	IC 95%	OR _A	IC 95%	OR _A	IC 95%
Orientation sexuelle (indicateur composite)										
Exclusivement hétéro	1.0		1.0		1.0		1.0		1.0	
Non-HET	1.5	[1.1 – 2.1]	2.1	[1.5 – 2.9]	1.8	[1.2 – 2.8]	3.0	[1.7 – 5.2]	1.3	[0.9 – 1.8]
Sexe										
Filles	1.0				1.0		1.0		1.0	
Garçons	1.7	[1.4 – 2.2]			2.1	[1.5 – 3.0]	2.9	[1.7 – 4.8]	1.4	[1.1 – 1.8]
Type de formation										
Gymnase			1.0		1.0		1.0			
Apprentissage/formation professionnelle			2.0	[1.6 – 2.7]	1.5	[1.0 – 2.1]	2.1	[1.3 – 3.5]		
Statut migratoire										
Non migrant·e	1.0								1.0	
Etrangère ou étranger de 2 ^{ème} génération	0.4	[0.3 – 0.6]							0.5	[0.4 – 0.7]
Etrangère ou étranger de 1 ^{ère} génération	0.4	[0.3 – 0.6]							0.6	[0.4 – 0.8]
Statut religieux										
Non religieuse ou non religieux	1.0						1.0		1.0	
Religieuse ou religieux	0.7	[0.6 – 0.9]					0.5	[0.3 – 0.8]	0.7	[0.5 – 0.9]
ISEI de la famille										
ISEI élevé									1.0	
ISEI moyen										
ISEI faible									0.6	[0.5 – 0.9]

Les effets de l'orientation sexuelle sur la consommation de substances psychoactives s'avèrent différents en fonction du sexe. Pour les cinq variables étudiées, l'association n'est jamais statistiquement significative chez les jeunes hommes alors qu'elle l'est toujours chez les jeunes

femmes (Tableau 10). La surreprésentation des femmes non-HET parmi les usagères de substances psychoactives est particulièrement prononcée pour la consommation de cannabis (OR = 3.3) et d'autres stupéfiants (OR = 5.5).

Tableau 10 Effet de l'orientation sexuelle sur la consommation de substances selon le sexe (n, % et odds ratios)

Variable	Jeunes non-HET dans l'échantillon (%)	Femmes non-HET		Hommes non-HET	
		N et part des usagers de substances (%)	OR ajusté	N et part des usagers de substances (%)	OR ajusté
Alcool hebdomadaire		93 (33%)	1.9 [1.3 – 2.7]	29 (7.4%)	0.8 [0.4 – 1.6]
Tabac hebdomadaire		82 (36%)	2.4 [1.6 – 3.5]	22 (9.8%)	1.6 [0.9 – 3.0]
Cannabis hebdomadaire	Femmes : 25%	30 (50%)	3.3 [1.8 – 5.9]	7 (6.0%)	0.7 [0.3 – 1.7]
Autres stups - prévalence 12 derniers mois	Hommes : 8.4%	16 (64%)	5.5 [2.1 – 14]	8 (13%)	1.7 [0.6 – 4.3]
Binge drinking - prévalence 30 derniers jours		94 (29%)	1.4 [1.0 – 2.2]	31 (7.8%)	0.9 [0.5 – 1.8]

Les *odds ratios* (OR) présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les. Ils sont ajustés pour tenir compte du type de formation, du statut migratoire, du niveau économique de la famille (ISEI) et du statut religieux.

Ces différences d'effet s'expliquent principalement par une prévalence de la consommation plus basse chez les jeunes femmes hétérosexuelles que chez les jeunes hommes hétérosexuels, sauf pour la consommation de tabac pour laquelle les prévalences dans ces deux groupes sont équivalentes. Les prévalences dans le groupe de filles non-HET atteignent des niveaux similaires aux garçons non-HET mais les dépassent rarement^w.

4.4.2 Selon l'identité de genre

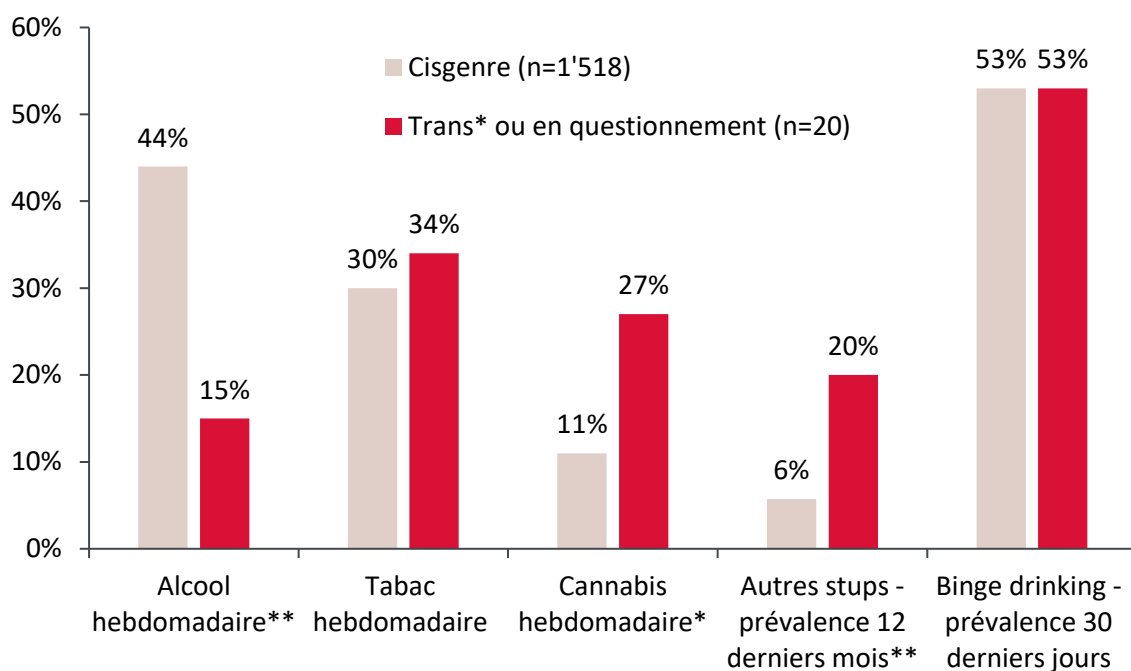
La Figure 5 présente, selon l'identité de genre, les proportions de jeunes ayant consommé de l'alcool, du tabac et du cannabis de manière hebdomadaire au cours des 12 derniers mois, les proportions de jeunes ayant consommé d'autres stupéfiants durant la dernière année, ainsi que celles des jeunes ayant consommé plus de cinq verres au cours d'une même occasion (*binge drinking*) durant le dernier mois.

Les jeunes trans* sont proportionnellement plus nombreux·ses que leurs pair·es cisgenres à avoir consommé du cannabis de manière hebdomadaire et d'autres stupéfiants au moins une fois durant les 12 derniers mois. Elles et ils sont par contre moins nombreux·ses à rapporter une consommation

^w Prévalences de consommation parmi les groupes non-HET chez les femmes et les hommes : Alcool hebdomadaire : F = 49%, H = 49%; Tabac hebdomadaire : F = 44%, H = 34%; Cannabis hebdomadaire : F = 16%, H = 11%; Autres stupéfiants 12 mois : F = 8.6%, H = 13%; Binge drinking 30 jours : F = 56%, H = 58%.

hebdomadaire d'alcool. Pour le tabac et le *binge drinking*, aucune différence statistiquement significative n'est observée.

Figure 5 Consommation de substances psychoactives au cours des 30 derniers mois selon l'identité de genre (%)



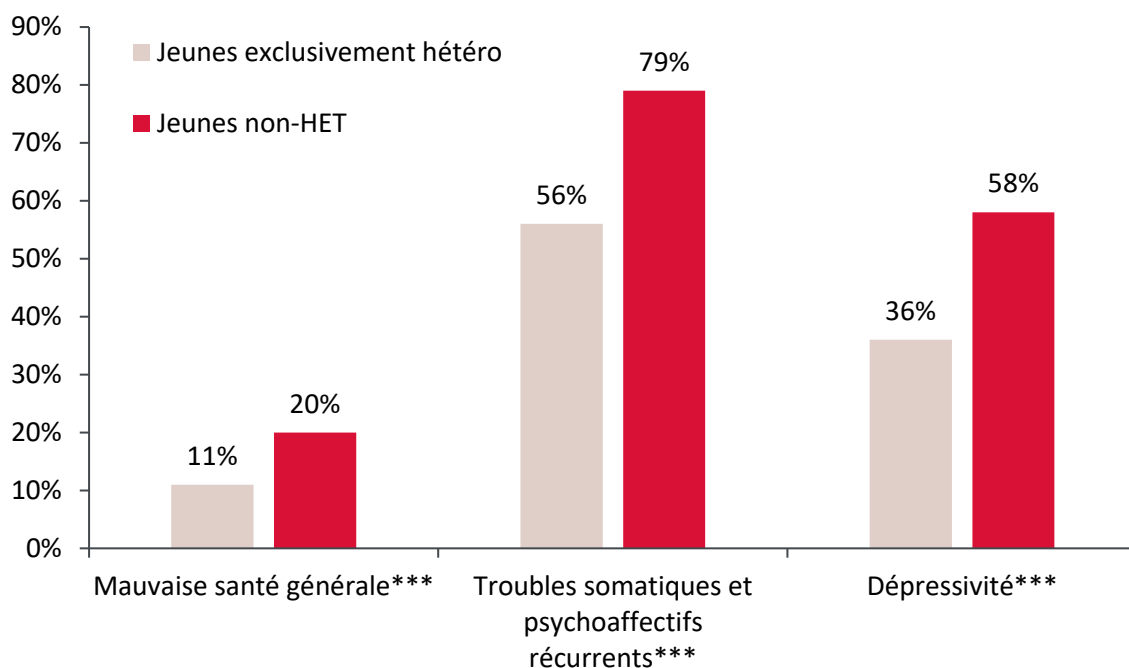
Seuil de significativité : * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

4.5 Santé

4.5.1 Selon l'orientation sexuelle

La Figure 6 présente les trois mesures utilisées pour évaluer la santé des jeunes. Les jeunes non-HET sont proportionnellement plus nombreux·ses à rapporter être en mauvaise santé générale au moment de l'enquête (20% contre 11.1% chez les jeunes exclusivement hétérosexuel·les), à avoir plusieurs troubles somatiques et psychoaffectifs plusieurs fois par semaine au cours des six mois précédents l'enquête (79% vs 56%, respectivement) et à annoncer des symptômes dépressifs au moment de l'enquête (58% vs 36% respectivement).

Figure 6 Mauvaise santé générale, troubles somatiques et psychoaffectifs récurrents et dépressivité selon l'orientation sexuelle (%)



Seuil de significativité : * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Pour les trois variables de santé, les associations avec l'orientation sexuelle restent statistiquement significatives après ajustement pour le sexe, le type de formation, le niveau économique de la famille et le statut religieux (Tableau 11). Les OR pour les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les sont de 1.8 pour la mauvaise santé générale, 2.0 pour les symptômes psychosomatiques et 2.3 pour la dépressivité. Les garçons sont par ailleurs moins exposés à ces problèmes de santé que les filles (OR respectifs de 0.4, 0.5 et 0.4). Finalement, les jeunes en formation professionnelle rapportent être en moins bonne santé générale que les jeunes gymnasien·nes.

Tableau 11 Effet de l'orientation sexuelle sur la santé générale, les troubles somatiques et psychoaffectifs récurrents et la dépressivité (odds ratios)

	Mauvaise santé générale		Troubles somatiques et psychoaffectifs récurrents		Dépressivité	
	OR ajusté	IC 95%	OR ajusté	IC 95%	OR ajusté	IC 95%
Orientation sexuelle (indicateur composite)						
Exclusivement hétéro	1.0		1.0		1.0	
Non-HET	1.8	[1.2 – 2.7]	2.0	[1.5 – 2.7]	2.3	[1.6 – 3.2]
Sexe						
Filles	1.0		1.0		1.0	
Garçons	0.4	[0.3 – 0.6]	0.5	[0.4 – 0.6]	0.4	[0.3 – 0.5]
Type de formation						
Gymnase	1.0					
Apprentissage, école professionnelle	1.4	[1.0 – 2.0]				

Les *odds ratios* (OR) présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les. Ils sont ajustés pour tenir compte du sexe, du type de formation, du niveau économique de la famille (ISEI) et du statut religieux.

Le Tableau 12 présente les résultats des analyses stratifiées selon le sexe. On peut y voir que les OR (traduisant les différences entre jeunes non-HET et jeunes hétérosexuel·les) sont plus élevés chez les hommes en ce qui concerne la mauvaise santé générale et la dépressivité.

Tableau 12 Effet de l'orientation sexuelle sur la santé selon le sexe (n, % et odds ratios)

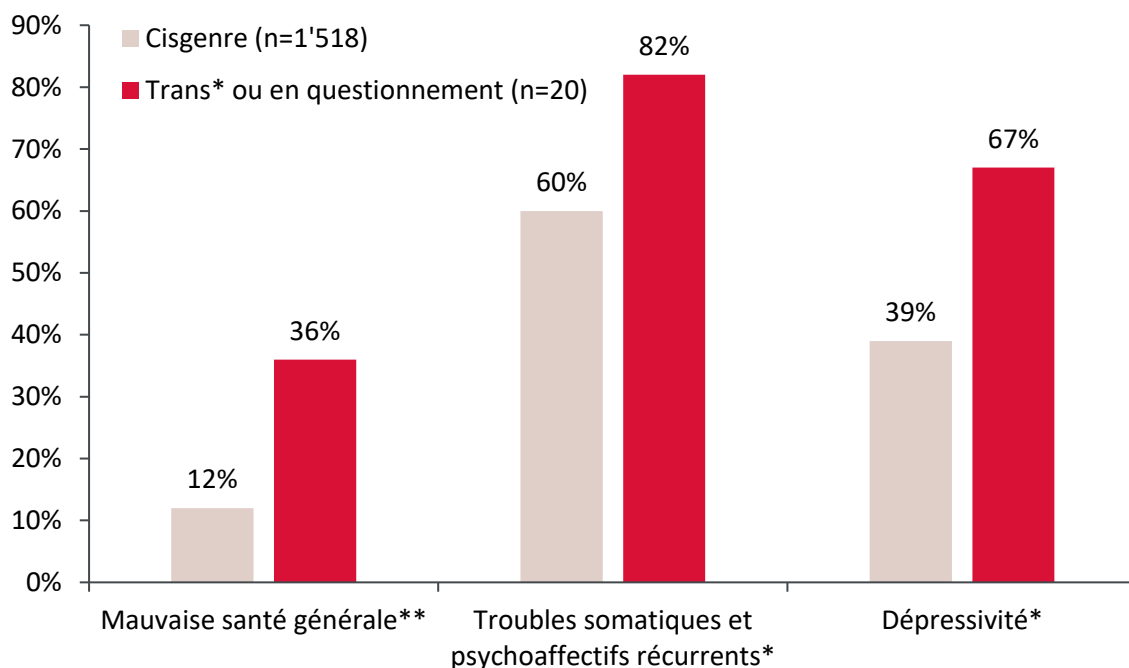
Variable	Jeunes non-HET dans l'échantillon (%)	Femmes non-HET		Hommes non-HET	
		N et part des femmes en mauvaise santé (%)	OR ajusté	N et part des hommes en mauvaise santé (%)	OR ajusté
Mauvaise santé générale		40 (30%)	1.5 [0.9 – 2.3]	12 (20%)	3.7 [1.8 – 7.5]
Troubles somatiques et psychoactifs récurrents	Femmes : 25% Hommes : 8.4%	154 (28%)	2.2 [1.4 – 3.4]	44 (12%)	2.3 [1.3 – 4.1]
Dépressivité		115 (30%)	1.9 [1.3 – 2.7]	32 (14%)	2.6 [1.5 – 4.5]

Les *odds ratios* (OR) présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes hétérosexuel·les. Ils sont ajustés pour tenir compte du sexe, du type de formation, du niveau économique de la famille (ISEI) et du statut religieux.

4.5.2 Selon l'identité de genre

La Figure 7 présente les trois mesures utilisées pour évaluer la santé des jeunes en fonction de l'identité de genre. Les jeunes trans* et en questionnement quant à leur identité sont proportionnellement plus nombreux-ses à rapporter être en mauvaise santé générale au moment de l'enquête (36% contre 12% chez les jeunes cisgenres), à avoir plusieurs troubles somatiques et psychoaffectifs plusieurs fois par semaine au cours des six mois précédents l'enquête (82% vs 60%, respectivement) et à annoncer des symptômes dépressifs au moment de l'enquête (67% vs 39% respectivement). Les proportions de jeunes trans* ou en questionnement rapportant un mauvais état de santé sont similaires à celles des jeunes non-HET pour les troubles psychosomatiques (82% des jeunes trans* et 79% des jeunes non-HET) et légèrement supérieures pour la mauvaise santé générale (36% des jeunes trans* et 20% des jeunes non-HET) et la dépressivité (67% des jeunes trans* et 58% des jeunes non-HET). Rappelons toutefois que les résultats pour les jeunes trans* sont basés sur un petit collectif et que ces comparaisons doivent être interprétées avec réserve.

Figure 7 Mauvaise santé générale, troubles somatiques et psychoaffectifs récurrents et dépressivité selon l'identité de genre (%)



Seuil de significativité : * p<0.05 ; ** p<0.01 ; *** p<0.001

5 Discussion

Les trois dimensions utilisées pour caractériser l'orientation sexuelle ont permis de mettre en évidence que les catégories créées par l'une ou l'autre de ces dimensions ne se recoupent que partiellement. Un nombre non négligeable de personnes ne sont ainsi identifiées comme non-HET que par l'une ou l'autre des trois dimensions de l'orientation sexuelle. De nombreux·ses jeunes (65) ont notamment rapporté avoir eu des comportements sexuels avec des personnes du même sexe sans pour autant être attiré·es par ces personnes, ni se définir comme des personnes non exclusivement hétérosexuelles. Le même constat est valable dans une moindre mesure pour l'attirance sexuelle (44 jeunes catégorisé·es comme non-HET au moyen de cette dimension mais pas via les deux autres dimensions). L'autodéfinition est en ce sens la dimension la plus consistante avec seulement 17 jeunes qui s'auto-définissent comme LGBTQ mais ne rapportent ni attirance ni comportements sexuels pour/avec des personnes du même sexe. Ce constat, en accord avec la littérature internationale, souligne l'importance d'inclure des questions pour ces trois dimensions, faute de quoi un nombre non négligeable de personnes potentiellement concernées par des difficultés liées à une dimension ou l'autre de leur orientation sexuelle pourrait simplement être manqué^{3, 7-10}. En regroupant toutes et tous les répondant·es catégorisé·es comme non-HET selon l'une ou l'autre dimension, ce sont 256 jeunes, soit 16.5% de l'échantillon (190 filles et 65 garçons) qui ont été identifié·es comme non exclusivement hétérosexuel·les.

En ce qui concerne les risques de victimisation liés à la dimension du genre, la littérature consultée met en lumière le rôle central joué par la non-conformité de genre^{46, 47, 51}. Une expression de genre non conforme aux attentes sociales pour le sexe assigné à la naissance est par définition perceptible par les autres et c'est précisément cette notion de perceptibilité qui en fait un facteur clé lorsqu'il est question de discrimination. Cet enjeu n'a pas été investigué dans notre étude, mais il vaudra la peine de le traiter dans de futurs travaux. Évaluer ce phénomène permettrait de mieux comprendre les dynamiques à l'origine des difficultés vécues par certain·es jeunes et d'orienter potentiellement vers une prévention plus globale, puisque la non-conformité aux attentes sociales ne s'arrête pas aux seules minorités sexuelles et de genre.

Dans l'ensemble, les résultats de nos analyses sont cohérents : à une exception près (la consommation hebdomadaire d'alcool en fonction de l'identité de genre), toutes les associations étudiées sont en défaveur des minorités sexuelles et de genre ou sont statistiquement non significatives. Tant pour l'orientation sexuelle que pour l'identité de genre, les trois variables liées à un moins bon état de santé font partie des associations statistiquement significatives.

Les régressions logistiques multi-variables réalisées pour l'orientation sexuelle confirment ces résultats. L'ajout d'autres facteurs aux modèles renforce même certaines associations puisque selon ces analyses, dix variables sur les douze étudiées sont associées de manière statistiquement significative à une moins bonne situation pour les jeunes non-HET (soit trois de plus qu'avec les analyses bivariées). Ces analyses mettent aussi en évidence l'influence d'autres facteurs que l'orientation sexuelle. Le sexe est notamment associé de manière statistiquement significative à la plupart des variables étudiées, avec un risque généralement plus marqué pour les garçons face à la consommation de substances psychoactives et à la victimisation, sauf pour les agressions sexuelles,

rapportées significativement plus fréquemment par les filles. Pour les questions de santé, ce sont au contraire les filles qui sont davantage exposées. Le type de formation suivie joue aussi un rôle pour plusieurs variables (voir à ce sujet une précédente analyse des données¹²).

Les analyses stratifiées selon le sexe sont souvent difficiles à interpréter pour les garçons en raison de la petite taille des effectifs (certains incidents de victimisation ne survenant que chez un nombre très limité de garçons). Elles mettent cependant en lumière certaines disparités des effets de l'orientation sexuelle selon le sexe. La différence entre jeunes hétérosexuel·les et jeunes non-HET est notamment plus marquée chez les garçons pour le harcèlement. Elle est au contraire plus grande pour les filles en ce qui concerne la consommation de substances psychoactives. Pour les questions de santé, les effets de l'orientation sexuelle semblent plus importants chez les garçons pour la santé générale et la dépressivité. Rappelons toutefois que ces comparaisons reflètent des différences relatives. Un effet plus marqué de l'orientation sexuelle pour les garçons (par exemple), ne signifie donc pas forcément un nombre absolu de jeunes concerné·es plus important chez les garçons que chez les filles.

Concernant les analyses selon chaque dimension de l'orientation sexuelle (présentées en annexe), peu de différences marquées sont observées. Une différence existe tout de même pour les hommes non-HET face à la santé générale. Ce groupe présente une moins bonne santé générale lorsque les groupes sont créés en fonction du sexe des partenaires sexuel·les. La question se pose ici de savoir si ce résultat peut avoir un lien direct avec le fait d'avoir eu des partenaires sexuel·les du même sexe. Les analyses réalisées ne permettent cependant pas de répondre à cette question de causalité. Pour les agressions sexuelles également, l'association avec les jeunes non-HET est plus marquée lorsque l'on identifie les jeunes non-HET sur la base du sexe des partenaires sexuel·les. Un biais se glisse cependant dans cette comparaison puisque les jeunes n'ayant jamais eu de comportement sexuel ne sont pas exclu·es lorsque l'on s'intéresse à l'attirance et à l'autodéfinition. Ces jeunes étant probablement moins exposé·es au risque de subir de telles agressions, elles et ils pourraient artificiellement combler la catégorie des personnes n'ayant jamais subi d'agression sexuelle.

En ce qui concerne la prévention, nous rejoignons l'analyse de Fineman⁶³, qui insiste sur le fait de donner aux jeunes et aux enfants une réelle place en tant que sujet·tes qui méritent l'attention des politiques publiques. Cette attention doit notamment se concentrer sur le climat qui règne au sein des institutions où se construisent les capacités de résilience. Parmi ces environnements, l'école (ou le lieu de formation) joue évidemment un rôle capital, mais également la famille. Il paraît donc essentiel de poursuivre la prévention en milieu scolaire afin de promouvoir un climat positif favorisant l'égalité et de mener une réflexion sur la prévention dans les environnements extrascolaire et familial.

Rappelons finalement que toutes les analyses réalisées reposent exclusivement sur des caractéristiques et des expériences auto-rapportées par les jeunes sondé·es. Vu le caractère sensible des questions posées, un biais de désirabilité sociale ne peut pas être exclu. Ce biais pourrait par ailleurs être plus ou moins important dans certains sous-groupes. Les garçons ne représentent notamment qu'un quart des jeunes ayant déclaré être non-HET. Cela pourrait suggérer qu'il est plus difficile pour les garçons de déclarer une attirance non exclusivement hétérosexuelle. La disparité observée entre les genres face aux agressions sexuelles pourrait aussi

souffrir en partie de ce biais, s'il s'avère plus difficile pour les jeunes hommes de rapporter de telles expériences. Mentionnons également que l'étude étant transversale, elle ne permet pas de déterminer la temporalité des événements ; seules des associations peuvent être étudiées et non pas des causalités.

6 Conclusion

Le présent rapport décrit les difficultés auxquelles les jeunes faisant partie de minorités sexuelles et de genre sont exposé·es, ceci au travers d'une analyse de la littérature scientifique et de données locales provenant d'une enquête populationnelle menée en 2017 auprès de jeunes vaudois·es en deuxième année de formation post-obligatoire. Cette recherche présente un caractère innovant en Suisse en s'appuyant sur trois dimensions de l'orientation sexuelle (attirance sexuelle, sexe des partenaires sexuel·les et autodéfinition) et en décrivant la situation des jeunes en fonction de leur identité de genre.

Les jeunes non exclusivement hétérosexuel·les ainsi que les jeunes trans* en fin de scolarité obligatoire sont plus fortement exposé·es à différentes formes de violence et de harcèlement que leurs pair·es exclusivement hétérosexuel·les ou cisgenres, respectivement. Elles et ils sont proportionnellement plus nombreux·ses à consommer certaines substances psychoactives et proportionnellement moins nombreux·ses à se déclarer en bonne santé que leurs pair·es exclusivement hétérosexuel·les ou cisgenres.

Au vu des résultats présentés dans ce rapport, il paraît essentiel de continuer la prévention en milieu scolaire, mais aussi extra-scolaire. La famille est en effet, au même titre que l'école, un lieu privilégié du développement des capacités de résilience des jeunes adultes en devenir. Le climat familial en termes d'ouverture à la diversité liée au genre et à l'orientation sexuelle est donc au moins aussi important que le climat scolaire. Une réflexion liée à la prévention dans les environnements extrascolaire et familial semble donc primordiale.

7 Références

- 1 Lucia S, Stadelmann S, Amiguet M, Ribeaud D, Bize R. Enquêtes populationnelles sur la victimisation et la délinquance chez les jeunes dans les cantons de Vaud et Zurich. Les jeunes non exclusivement hétérosexuel-le-s: populations davantage exposées? Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017. (Raisons de santé 279).
- 2 Institute of Medicine. The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
- 3 Geary RS, Tanton C, Erens B, Clifton S, Prah P, Wellings K, et al. Sexual identity, attraction and behaviour in Britain: The implications of using different dimensions of sexual orientation to estimate the size of sexual minority populations and inform public health interventions. *Plos One*. 2018;13(1).
- 4 Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bodenmann P, et al. Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. In: Bodenmann P, Jackson Y, Wolff H, editors. Vulnérabilités, équité et santé. Chêne-Bourg: RMS Editions / Médecine et Hygiène; 2018.
- 5 D'Augelli AR, Hershberger SL, Pilkington NW. Lesbian, gay, and bisexual youth and their families: disclosure of sexual orientation and its consequences. *The American journal of orthopsychiatry*. 1998;68(3):361-71; discussion 72-5.
- 6 D'Augelli AR. Developmental and Contextual Factors and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths. *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2006. p. 37-53.
- 7 Igartua K, Thombs BD, Burgos G, Montoro R. Concordance and Discrepancy in Sexual Identity, Attraction, and Behavior Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2009;45(6):602-8.
- 8 Priebe G, Svedin CG. Operationalization of three dimensions of sexual orientation in a national survey of late adolescents. *J Sex Res*. 2013;50(8):727-38.
- 9 Kolto A, Cosma A, Young H, Moreau N, Pavlova D, Tesler R, et al. Romantic Attraction and Substance Use in 15-Year-Old Adolescents from Eight European Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(17).
- 10 Narring F, Stronski Huwiler SM, Michaud PA. Prevalence and dimensions of sexual orientation in Swiss adolescents: a cross-sectional survey of 16 to 20-year-old students. *Acta Paediatrica*. 2003;92(2):233-9.
- 11 Stewart JL, Spivey LA, Widman L, Choukas-Bradley S, Prinstein MJ. Developmental patterns of sexual identity, romantic attraction, and sexual behavior among adolescents over three years. *Journal of Adolescence*. 2019;77:90-7.
- 12 Lucia S, Stadelmann S, Pin S. Enquêtes populationnelles sur la victimisation et la délinquance chez les jeunes adultes dans le canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2018. (Raisons de santé 290).
- 13 Barrense-Dias Y, Akre c, Berchtold A, Leeners B, Morselli D, Suris JC. Sexual health and behavior of young people in Switzerland. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2019. (Raisons de santé 291).
- 14 Savin-Williams RC. Who's Gay? Does It Matter? 2006;15(1):40-4.
- 15 McCabe SE, Hughes TL, Bostwick W, Boyd CJ. Assessment of difference in dimensions of sexual orientation: Implications for substance use research in a college-age population. *Journal of Studies on Alcohol*. 2005;66(5):620-9.
- 16 Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ, Michaels S, Grp CSF. A Multidimensional Measure of Sexual Orientation, Use of Psychoactive Substances, and Depression: Results of a National Survey on Sexual Behavior in France. *Archives of Sexual Behavior*. 2014;43(3):607-19.
- 17 Brewster KL, Tillman KH. Sexual orientation and substance use among adolescents and young adults. *American journal of public health*. 2012;102(6):1168-76.
- 18 Dharma C, Bauer GR. Understanding sexual orientation and health in Canada: Who are we capturing and who are we missing using the Statistics Canada sexual orientation question? *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. 2017;108(1):e21-e6.
- 19 Saewyc EM, Bauer GR, Skay CL, Bearinger LH, Resnick MD, Reis E, et al. Measuring sexual orientation in adolescent health surveys: Evaluation of eight school-based surveys. *Journal of Adolescent Health*. 2004;35(4):345.e1-.e15.

- 20 Lesbian, gay, and bisexual (LGB) youth sexual orientation measurement work group. Measuring sexual orientation of young people in health research. San Francisco: Gay and Lesbian Medical Association, 2003
- 21 Haseldon L, Joloza T. Measuring sexual identity: a guide for researcher. Newport: Office for National Statistics, 2009
- 22 Schrimshaw EW, Rosario M, Meyer-Bahlburg HFL, Scharf-Matlick AA. Test-retest reliability of self-reported sexual behavior, sexual orientation, and psychosexual milestones among gay, lesbian, and bisexual youths. *Archives of sexual behavior*. 2006;35(2):225-34.
- 23 Katz-Wise SL, Hyde JS. Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: a meta-analysis. *J Sex Res*. 2012;49(2-3):142-67.
- 24 Garofalo R, Wolf RC, Kessel S, Palfrey SJ, DuRant RH. The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*. 1998;101(5):895-902.
- 25 Russell ST, Everett BG, Rosario M, Birkett M. Indicators of victimization and sexual orientation among adolescents: analyses from Youth Risk Behavior Surveys. *American journal of public health*. 2014;104(2):255-61.
- 26 Toomey RB, Russell ST. The Role of Sexual Orientation in School-Based Victimization: A Meta-Analysis. *Youth & society*. 2016;48(2):176-201.
- 27 Priebe G, Svedin CG. Online or off-line victimisation and psychological well-being: A comparison of sexual-minority and heterosexual youth. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2012;21(10):569-82.
- 28 Marshal MP, Friedman MS, Stall R, King KM, Miles J, Gold MA, et al. Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*. 2008;103(4):546-56.
- 29 Shahab L, Brown J, Hagger-Johnson G, Michie S, Semlyen J, West R, et al. Sexual orientation identity and tobacco and hazardous alcohol use: findings from a cross-sectional English population survey. *Bmj Open*. 2017;7(10).
- 30 Branstrom R, Pachankis JE. Sexual orientation disparities in the co-occurrence of substance use and psychological distress: a national population-based study (2008-2015). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2018;53(4):403-12.
- 31 Pesola F, Shelton KH, van den Bree MB. Sexual orientation and alcohol problem use among U.K. adolescents: an indirect link through depressed mood. *Addiction (Abingdon, England)*. 2014;109(7):1072-80.
- 32 di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*. 2018;172(12):1145-52.
- 33 Lucassen MFG, Stasiak K, Samra R, Frampton CMA, Merry SN. Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2017;51(8):774-87.
- 34 Julien D, Chartrand É. Recension des études utilisant un échantillon probabiliste sur la santé des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles. [Review of studies using a probability sample on the health of gays, lesbians, and bisexuals.]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2005;46(4):235-50.
- 35 King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC psychiatry*. 2008;8:70.
- 36 Plöderl M, Tremblay P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry*. 2015;27(5):367-85.
- 37 Amos R, Manalastas EJ, White R, Bos H, Patalay P. Mental health, social adversity, and health-related outcomes in sexual minority adolescents: a contemporary national cohort study. *Lancet Child & Adolescent Health*. 2020;4(1):36-45.
- 38 Irish M, Solmi F, Mars B, King M, Lewis G, Pearson RM, et al. Depression and self-harm from adolescence to young adulthood in sexual minorities compared with heterosexuals in the UK: a population-based cohort study. *Lancet Child & Adolescent Health*. 2019;3(2):91-8.
- 39 Jones A, Robinson E, Oginni O, Rahman Q, Rimes KA. Anxiety disorders, gender nonconformity, bullying and self-esteem in sexual minority adolescents: prospective birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2017;58(11):1201-9.
- 40 la Roi C, Kretschmer T, Dijkstra JK, Veenstra R, Oldehinkel AJ. Disparities in Depressive Symptoms Between Heterosexual and Lesbian, Gay, and Bisexual Youth in a Dutch Cohort: The TRAILS Study. *Journal of Youth and Adolescence*. 2016;45(3):440-56.
- 41 Branstrom R, Hatzenbuehler ML, Pachankis JE. Sexual orientation disparities in physical health: age and gender effects in a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016;51(2):289-301.

- 42 Wang J, Hausermann M, Wydler H, Mohler-Kuo M, Weiss MG. Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: findings from 3 probability surveys. *J Psychiatr Res.* 2012;46(8):980-6.
- 43 Wang J, Häusermann M, Vounatsou P, Aggleton P, Weiss MG. Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey. *Preventive Medicine.* 2007;44(1):70-5.
- 44 Mann GE, Taylor A, Wren B, de Graaf N. Review of the literature on self-injurious thoughts and behaviours in gender-diverse children and young people in the United Kingdom. *Clinical Child Psychology and Psychiatry.* 2019;24(2):304-21.
- 45 Toomey RB, Ryan C, Diaz RM, Card NA, Russell ST. Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: school victimization and young adult psychosocial adjustment. *Dev Psychol.* 2010;46(6):1580-9.
- 46 Baams L. Disparities for LGBTQ and Gender Nonconforming Adolescents. *Pediatrics.* 2018;141(5).
- 47 Gordon AR, Conron KJ, Calzo JP, White MT, Reisner SL, Austin SB. Gender Expression, Violence, and Bullying Victimization: Findings From Probability Samples of High School Students in 4 US School Districts. *The Journal of school health.* 2018;88(4):306-14.
- 48 Rieger G, Savin-Williams RC. Gender nonconformity, sexual orientation, and psychological well-being. *Archives of sexual behavior.* 2012;41(3):611-21.
- 49 Roberts AL, Rosario M, Slopen N, Calzo JP, Austin SB. Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: an 11-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2013;52(2):143-52.
- 50 van Beusekom G, Baams L, Bos HMW, Overbeek G, Sandfort TGM. Gender Nonconformity, Homophobic Peer Victimization, and Mental Health: How Same-Sex Attraction and Biological Sex Matter. *Journal of Sex Research.* 2016;53(1):98-108.
- 51 van Beusekom G, Collier KL, Bos HMW, Sandfort TGM, Overbeek G. Gender Nonconformity and Peer Victimization: Sex and Sexual Attraction Differences by Age. *J Sex Res.* 2020;57(2):234-46.
- 52 Baams L, Beek T, Hille H, Zevenbergen FC, Bos HMW. Gender Nonconformity, Perceived Stigmatization, and Psychological Well-Being in Dutch Sexual Minority Youth and Young Adults: A Mediation Analysis. *Archives of Sexual Behavior.* 2013;42(5):765-73.
- 53 Firdion JM, Beck F. Les jeunes LGBT face au risque: suicide et pratiques addictives. *Archives de pediatrie : organe officiel de la Societe francaise de pediatrie.* 2015;22(5 Suppl 1):124-5.
- 54 Reisner SL, Greytak EA, Parsons JT, Ybarra ML. Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *J Sex Res.* 2015;52(3):243-56.
- 55 Aparicio-García ME, Díaz-Ramiro EM, Rubio-Valdehita S, López-Núñez MI, García-Nieto I. Health and Well-Being of Cisgender, Transgender and Non-Binary Young People. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(10).
- 56 Anderssen N, Sivertsen B, Lonning KJ, Malterud K. Life satisfaction and mental health among transgender students in Norway. *Bmc Public Health.* 2020;20(1).
- 57 Clark TC, Lucassen MF, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine.* 2014;55(1):93-9.
- 58 Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129(5):674-97.
- 59 Donahue K, Långström N, Lundström S, Lichtenstein P, Forsman M. Familial Factors, Victimization, and Psychological Health Among Sexual Minority Adolescents in Sweden. *American journal of public health.* 2017;107(2):322-8.
- 60 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.* 2010;100(10):1946-52.
- 61 Huebner DM, Thoma BC, Neilands TB. School victimization and substance use among lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research.* 2015;16(5):734-43.
- 62 Beck F, Firdion J-M, Legleye S, Schiltz M-A. Risques suicidaires et minorités sexuelles: une problématique récente. *Agora débats/jeunesses.* 2011(2):33-46.
- 63 Fineman MA. Vulnerability, Resilience, and LGBT Youth Symposium: LGBT Youth: Reconciling Pride, Family, and Community. *Temple Political & Civil Rights Law Review.* 2013;23(2):307-30.

- 64 Kosciw JG, Palmer NA, Kull RM. Reflecting resiliency: openness about sexual orientation and/or gender identity and its relationship to well-being and educational outcomes for LGBT students. *American journal of community psychology*. 2015;55(1-2):167-78.
- 65 Molero F, Silván-Ferrero P, Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Nouvilas-Pallejá E, Pérez-Garín D. Subtle and blatant perceived discrimination and well-being in lesbians and gay men in Spain: The role of social support. *Psicothema*. 2017;29(4):475-81.
- 66 Hershberger SL, D'Augelli AR. The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental Psychology*. 1995;31(1):65-74.
- 67 Goodenow C, Szalacha L, Westheimer K. School support groups, other school factors, and the safety of sexual minority adolescents. 2006;43(5):573-89.
- 68 Coulter RW, Birkett M, Corliss HL, Hatzenbuehler ML, Mustanski B, Stall RD. Associations between LGBTQ-affirmative school climate and adolescent drinking behaviors. *Drug and alcohol dependence*. 2016;161:340-7.
- 69 Li G, Wu AD, Marshall SK, Watson RJ, Adjei JK, Park M, et al. Investigating site-level longitudinal effects of population health interventions: Gay-Straight Alliances and school safety. *SSM - Population Health*. 2019;7:100350.
- 70 Burk J, Park M, Saewyc EM. A Media-Based School Intervention to Reduce Sexual Orientation Prejudice and Its Relationship to Discrimination, Bullying, and the Mental Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents in Western Canada: A Population-Based Evaluation. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(11).
- 71 Russell ST, Horn S, Kosciw J, Saewyc E. Safe Schools Policy for LGBTQ Students and commentaries. *Social Policy Report*. 2010;24(4):1-25.
- 72 Kosciw JG, Greytak EA, Giga NM, Villenas C, Danischewski DJ. The 2015 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth in our nation's schools. New York: GLSEN, 2016

8 Annexes

8.1 Recherche de la littérature

La recherche de littérature a été effectuée par le biais du moteur de recherche PubMed. Vu l'étendue des recherches faisant état de disparités entre les personnes faisant partie de minorités sexuelles et leurs pair-es hétérosexuel-les ou cisgenres, différentes catégories de recherche ont été créées. Cette stratégie a permis de faciliter le tri des articles pertinents tout en garantissant que chaque thématique, même minoritaire dans la littérature, puisse être adéquatement documentée. Cinq catégories ont été créées avec les termes de recherches suivants :

1. Orientation sexuelle : « Sexual and Gender Minorities »[Mesh] OR « sexual minorit* » OR « Homosexuality » [Mesh] OR « Bisexuality »[Mesh] OR «LGBT» OR «GLBT» OR «same sex attraction» OR «gay» OR «lesbian» OR «bisexual*» OR «queer» OR «lgb» OR «glb» OR «homosexual*»
2. Identité de genre : «Gender Identity »[Mesh] OR «transsexualism»[Mesh] OR «transgender persons»[Mesh] OR «intersex persons»[Mesh] OR «transgender*» OR «intersex*» OR «gender non conformity»
3. Victimization : «Harassment, Non-Sexual»[Mesh] OR «violence»[Mesh] OR «sexual harassment»[Mesh] OR «Victim*» OR «agress*» OR «fight*» OR «threat*» OR «injur*» OR «sexual abuse» OR «sexual assault» OR «unwanted sexual experiences» OR « name-calling »
4. Consommation de substances psychoactives : «illicit drugs»[Mesh] OR «alcohol drinking»[Mesh] OR «Marijuana use»[Mesh] OR «smoking»[Mesh] OR «cocaine use» OR «substance use» OR «illicit drug use» OR «Substance-Related Disorders»[Mesh]
5. Santé : «Sexually Transmitted Diseases»[Mesh] OR «health status»[Mesh] OR «health status disparities»[Mesh] OR «health equity»[Mesh] OR «depression»[Mesh] OR «suicide»[Mesh] OR «overweight»[Mesh] OR «thinness»[Mesh] OR «mental health»[Mesh] OR «Health risk behaviors»[Mesh]

La recherche a ensuite été conduite en combinant successivement les deux premières catégories avec chacune des catégories 3 à 5 à l'aide du connecteur logique AND (1 AND 3, 1 AND 4, 1 AND 5, 2 AND 3, 2 AND 4, 2 AND 5). Deux filtres ont été appliqués à chaque recherche afin de limiter les résultats aux études relatives aux adolescent-es et jeunes adultes (« Young adult »[Mesh] OR « Adolescent »[Mesh]) et, dans un premier temps, aux études européennes (« Europe »[Mesh]). La recherche s'est d'abord concentrée sur les revues de littérature et les études comparatives (filtres disponibles dans l'interface PubMed). Lorsque le nombre de résultats pertinents n'était pas suffisant, les restrictions liées au type de publication puis à l'âge de la population ciblée ont été successivement retirées. Les 100 premiers résultats ont ensuite été passés en revue (titre et si nécessaire résumé) afin de relever un minimum de cinq publications pertinentes par recherche. La recherche a ensuite été étendue hors de l'Europe, en privilégiant toutefois les revues de la

littérature et les méta-analyses aux études comparatives. Finalement, les listes de références des publications relevées ont été consultées pour compléter l'identification d'articles pertinents.

8.2 Analyses selon chaque dimension de l'orientation sexuelle

8.2.1 Lecture des tableaux

Le pourcentage indiqué dans la colonne « Indicateur (% non-HET) » correspond à la part de personnes catégorisées comme non exclusivement hétérosexuelles dans l'échantillon selon la dimension spécifiée. La colonne « N non-HET (%) » donne le nombre de personnes non exclusivement hétérosexuelles ayant vécu une expérience de victimisation selon la variable indiquée dans la première colonne et la part représentée par ces personnes sur l'ensemble des personnes ayant vécu de telles expériences. Les OR uni-variable ne tiennent compte d'aucun autre facteur (modèle uni-variable évaluant la relation entre l'orientation sexuelle et la variable). Les OR ajustés tiennent compte d'autres facteurs (variables sociodémographiques). Ces facteurs sont spécifiés sous les tableaux.

Exemple de lecture pour les données encadrées sur la Figure 8 :

Selon la dimension de l'attirance sexuelle, 11% des jeunes sont identifié-es comme non-exclusivement hétérosexuel-les. Parmi elles et eux, 14 jeunes déclarent avoir vécu une expérience de brigandage ou de racket durant les 30 derniers mois, ce qui représente 16% de l'ensemble des jeunes victimes de brigandage ou de racket. Les expériences de brigandage/racket ne sont pas significativement plus fréquentes chez les jeunes non-HET que chez leurs pair-es hétérosexuel-les (intervalle de confiance 0.81 – 2.82 incluant la valeur 1). Lorsque l'on ajuste le modèle en tenant compte d'autres variables sociodémographiques (mentionnées sous le tableau), l'association devient statistiquement significative avec un OR de 2.1 et un intervalle de confiance n'incluant pas la valeur 1 (1.08 – 3.9).

Figure 8 Tableau illustrant la manière de lire les résultats présentés dans cette section

Variable	Indicateur (% non-HET)	N non-HET (%)	OR univarié	OR ajusté
	Attirance sexuelle (11%)	14 (16%)	1.5 [0,81 – 2,8]	2.1 [1,1 – 3,9]
Brigandage/Racket - prévalence 30 mois	Sexe des partenaires sexuel-les (13%)	12 (15%)	1.2 [0,62 – 2,5]	1.5 [0,69 – 3,2]
	Auto-définition (8.4%)	11 (13%)	1.7 [0,83 – 3,4]	1.8 [0,82 – 3,8]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	20 (22%)	1.5 [0,86 – 2,6]	1.9 [1,1 – 3,5]

Les *odds ratios* présentés sont ajustés pour tenir compte du sexe, du type de formation suivie, du statut migratoire et du lieu de vie.
NEH = Non exclusivement hétérosexuel-le.

8.2.2 Victimisation

Le Tableau 13 présente les *odds ratios* uni-variables (sans ajustement pour d'autres variables que celle liée à l'orientation sexuelle) et les *odds ratios* ajustés (pour les autres facteurs du modèle) pour les variables de victimisation en fonction de chaque dimension de l'orientation sexuelle. Pour les agressions sexuelles, les OR sont légèrement plus élevés lorsque l'on tient compte du sexe des partenaires sexuel·les plutôt que des autres dimensions de l'orientation sexuelle. Ce constat peut être biaisé par le décompte de jeunes n'ayant jamais eu de comportements sexuels, qui ont potentiellement moins été exposé·es au risque de violences. Ces jeunes ont été retiré·es des analyses réalisées selon la dimension du sexe des partenaires sexuel·les.

Tableau 13 Effet de l'orientation sexuelle sur la victimisation pour chaque dimension de l'orientation sexuelle (*odds ratios*)

Variable	Indicateur (% non-HET)	N non-HET (%)	OR univarié	OR ajusté
Brigandage/Racket - prévalence 30 mois	Attirance sexuelle (11%)	14 (16%)	1.5 [0.81 – 2.8]	2.1 [1.1 – 3.9]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	12 (15%)	1.2 [0.62 – 2.5]	1.5 [0.69 – 3.2]
	Auto-définition (8.4%)	11 (13%)	1.7 [0.83 – 3.4]	1.8 [0.82 – 3.8]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	20 (22%)	1.5 [0.86 – 2.6]	1.9 [1.1 – 3.5]
Agressions sexuelles - prévalence 30 mois	Attirance sexuelle (11%)	27 (37%)	5.6 [3.3 – 9.6]	4 [2.2 – 7.2]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	30 (42%)	6.2 [3.5 – 11]	5.2 [2.8 – 9.5]
	Auto-définition (8.4%)	18 (26%)	4.4 [2.4 – 8.3]	3.5 [1.8 – 6.6]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	36 (48%)	5.4 [3.2 – 9.2]	4 [2.3 – 7.0]
Lésions corporelles - prévalence 30 mois	Attirance sexuelle (11%)	9 (12%)	1.1 [0.53 – 2.3]	1.4 [0.63 – 3.0]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	11 (16%)	1.5 [0.76 – 2.9]	1.8 [0.88 – 3.7]
	Auto-définition (8.4%)	6 (8.6%)	1.1 [0.5 – 2.6]	1.5 [0.60 – 3.5]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	13 (18%)	1.1 [0.62 – 2.1]	1.4 [0.75 – 2.8]
Harcèlement (traditionnel ou cyber) - au moins une fois par semaine	Attirance sexuelle (11%)	36 (25%)	3 [1.9 – 4.8]	3 [1.8 – 5.0]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	29 (24%)	2.4 [1.5 – 4.0]	2.2 [1.3 – 4.0]
	Auto-définition (8.4%)	23 (17%)	2.5 [1.4 – 4.3]	2.4 [1.3 – 4.5]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	42 (29%)	2.3 [1.5 – 3.5]	2.2 [1.4 – 3.7]

Les *odds ratios* présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes exclusivement hétérosexuel·les. Les OR ajustés tiennent compte du sexe, du type de formation suivie, du statut migratoire et du lieu de vie. Le % indiqué dans la troisième colonne se rapporte à la part que représentent les jeunes non-HET parmi l'ensemble des jeunes victimes de violences pour chaque variable et chaque indicateur.

Le Tableau 14 montre les résultats des analyses multi-variables stratifiées selon le sexe. Pour les hommes, les effectifs sont trop restreints pour pouvoir interpréter les OR obtenus, mis à part pour le harcèlement hebdomadaire.

Tableau 14 Effet de l'orientation sexuelle sur la victimisation pour chaque dimension de l'orientation sexuelle et selon le sexe (*odds ratios*)

Variable	Indicateur (% non-HET)	Femmes non-HET		Hommes non-HET	
		N (%)	OR ajusté	N (%)	OR ajusté
Brigandage/Racket - prévalence 30 mois	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	12 (37%)	4 [1.7 – 9.5]	2 (3.2%)	0.3 [0.0 – 2.3]
	Sexe des partenaires sexuel-les (F: 19%; H: 6.8%)	8 (26%)	1.7 [0.61 – 4.7]	4 (8.3%)	1.2 [0.3 – 4.6]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	9 (29%)	3.7 [1.4 – 9.4]	1 (1.7%)	0 [0.0 – 0.0]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	14 (44%)	3 [1.3 – 7.2]	5 (9.1%)	1 [0.3 – 3.1]
Agressions sexuelles - prévalence 30 mois	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	27 (40%)	4.3 [2.3 – 7.9]	0 (0%)	0 [0.0 – 0.0]
	Sexe des partenaires sexuel-les (F: 19%; H: 6.8%)	28 (42%)	4.8 [2.6 – 8.9]	2 (39%)	12.2 [1.0 – 146]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	18 (27%)	3.7 [1.9 – 7.2]	0 (0%)	0 [0.0 – 0.0]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	34 (49%)	3.8 [2.2 – 6.8]	2 (33%)	5.9 [0.58 – 60]
Lésions corporelles - prévalence 30 mois	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	6 (22%)	1.6 [0.57 – 4.5]	3 (5.8%)	1.2 [0.3 – 3.9]
	Sexe des partenaires sexuel-les (F: 19%; H: 6.8%)	9 (38%)	3.3 [1.2 – 9.0]	2 (4.1%)	0.7 [0.2 – 2.8]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	4 (16%)	1.9 [0.59 – 5.9]	2 (4.1%)	1 [0.2 – 4.5]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	9 (35%)	1.9 [0.77 – 4.9]	4 (7.7%)	1 [0.3 – 2.9]
Harcèlement (traditionnel ou cyber) - au moins une fois par semaine	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	24 (30%)	2.4 [1.4 – 4.3]	11 (18%)	5 [2.1 – 12]
	Sexe des partenaires sexuel-les (F: 19%; H: 6.8%)	17 (24%)	1.4 [0.75 – 2.8]	11 (23%)	6.2 [2.5 – 16]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	13 (17%)	1.6 [0.79 – 3.4]	10 (17%)	5.3 [2.1 – 13]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	26 (32%)	1.6 [0.90 – 2.8]	15 (24%)	4.5 [2.1 – 9.6]

Les *odds ratios* présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes exclusivement hétérosexuel-les. Ils tiennent compte du type de formation suivie, du statut migratoire et du lieu de vie.

8.2.3 Consommation

Le Tableau 15 présente les *odds ratios* uni-variables (sans ajustement pour d'autres variables que celle liée à l'orientation sexuelle) et les *odds ratios* ajustés (pour les autres facteurs du modèle) pour les variables liées à la consommation, en fonction de chaque dimension de l'orientation sexuelle. Une observation intéressante est le fait que, selon l'indicateur de l'orientation sexuelle considéré, la consommation hebdomadaire d'alcool et de cannabis n'est pas toujours significativement associée à l'orientation sexuelle. L'association est par contre toujours statistiquement significative pour l'indicateur composite de l'orientation sexuelle. En étant plus inclusif, il semble donc qu'on mette en évidence certaines associations qui pourraient ne pas être détectées si l'on ne considérait que l'une ou l'autre des dimensions.

Tableau 15 Effet de l'orientation sexuelle sur la consommation de substances psychoactives pour chaque dimension de l'orientation sexuelle (*odds ratios*)

Variable	Indicateur (% non-HET)	N non-HET (%)	OR univarié	OR ajusté
Alcool hebdomadaire	Attirance sexuelle (11%)	79 (12%)	1.1 [0.81 – 1.6]	1.3 [0.85 – 1.8]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	83 (14%)	1.2 [0.87 – 1.8]	1.3 [0.88 – 2.0]
	Auto-définition (8.4%)	49 (7.6%)	0.8 [0.55 – 1.2]	0.8 [0.54 – 1.3]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	122 (18%)	1.3 [1.0 – 1.7]	1.5 [1.1 – 2.1]
Tabac hebdomadaire	Attirance sexuelle (11%)	68 (15%)	1.7 [1.2 – 2.4]	1.9 [1.3 – 2.8]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	79 (19%)	2.2 [1.6 – 3.2]	2.4 [1.7 – 3.6]
	Auto-définition (8.4%)	53 (12%)	1.8 [1.2 – 2.6]	1.8 [1.1 – 2.7]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	106 (24%)	1.9 [1.4 – 2.6]	2.1 [1.5 – 2.9]
Cannabis hebdomadaire	Attirance sexuelle (11%)	25 (14%)	1.4 [0.87 – 2.2]	1.6 [1.0 – 2.7]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	26 (16%)	1.3 [0.82 – 2.2]	1.6 [1.0 – 2.8]
	Auto-définition (8.4%)	19 (11%)	1.4 [0.81 – 2.3]	1.5 [0.82 – 2.6]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	39 (22%)	1.5 [1.0 – 2.2]	1.8 [1.2 – 2.8]
Autres stups - prévalence 12 derniers mois	Attirance sexuelle (11%)	16 (18%)	1.8 [1.0 – 3.3]	2.7 [1.5 – 5.0]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	22 (24%)	2.4 [1.4 – 4.1]	3.5 [1.9 – 6.5]
	Auto-définition (8.4%)	17 (19%)	2.8 [1.6 – 4.9]	3.7 [1.9 – 7.1]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	26 (29%)	2.2 [1.3 – 3.5]	3 [1.7 – 5.2]
Binge drinking - prévalence 30 derniers jours	Attirance sexuelle (11%)	80 (11%)	1 [0.73 – 1.5]	1.1 [0.72 – 1.6]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	84 (13%)	1.1 [0.77 – 1.6]	1.2 [0.74 – 1.8]
	Auto-définition (8.4%)	54 (7.7%)	0.9 [0.57 – 1.3]	0.8 [0.53 – 1.3]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	126 (17%)	1.2 [0.90 – 1.6]	1.3 [0.89 – 1.8]

Les *odds ratios* présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes exclusivement hétérosexuel·les. Les OR ajustés tiennent compte du sexe, du type de formation suivie, du statut migratoire et du statut économique de la famille (ISEI). Le % indiqué dans la troisième colonne se rapporte à la part que représentent les jeunes non-HET parmi l'ensemble des jeunes victimes usagers de substances pour chaque variable et chaque indicateur.

Le Tableau 16 montre les résultats des analyses multi-variables stratifiées selon le sexe. Chez les femmes, l'effet de l'orientation sexuelle sur la consommation semble moins important lorsque l'on considère l'autodéfinition. Ceci est valable pour l'ensemble des variables sauf pour les stupéfiants autres que le cannabis, avec un OR similaire selon l'attirance sexuelle et l'autodéfinition. Cette tendance ne s'observe pas pour les hommes.

Tableau 16 Effet de l'orientation sexuelle sur la consommation de substances psychoactives pour chaque dimension de l'orientation sexuelle et selon le sexe (*odds ratios*)

Variable	Indicateur (% non-HET)	Femmes non-HET		Hommes non-HET	
		N (%)	OR ajusté	N (%)	OR ajusté
Alcool hebdomadaire	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	59 (21%)	1.4 [0.92 – 2.2]	20 (5.2%)	0.9 [0.4 – 2.0]
	Sexe des partenaires sexue-les (F: 19%; H: 6.8%)	65 (24%)	1.8 [1.1 – 2.9]	17 (5.1%)	0.5 [0.2 – 1.2]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	31 (11%)	0.8 [0.5 – 1.3]	17 (4.5%)	1 [0.4 – 2.5]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	93 (33%)	1.9 [1.3 – 2.7]	29 (7.4%)	0.8 [0.4 – 1.6]
Tabac hebdomadaire	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	56 (25%)	2.2 [1.4 – 3.4]	12 (5.5%)	1.3 [0.59 – 2.8]
	Sexe des partenaires sexuel-les (F: 19%; H: 6.8%)	62 (29%)	2.6 [1.6 – 4.1]	18 (8.6%)	2.1 [1.0 – 4.3]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	37 (16%)	1.6 [1.0 – 2.7]	14 (6.3%)	2.2 [0.94 – 5.1]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	82 (36%)	2.4 [1.6 – 3.5]	22 (9.8%)	1.6 [0.87 – 3.0]
Cannabis hebdomadaire	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	21 (35%)	2.6 [1.4 – 4.9]	4 (3.2%)	0.5 [0.1 – 1.6]
	Sexe des partenaires sexuel-les (F: 19%; H: 6.8%)	22 (38%)	3.2 [1.7 – 6.0]	3 (2.9%)	0.3 [0.1 – 1.7]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	15 (25%)	2.3 [1.2 – 4.4]	3 (2.4%)	0.4 [0.1 – 1.6]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	30 (50%)	3.3 [1.8 – 5.9]	7 (6.0%)	0.7 [0.3 – 1.7]
Autres stups - prévalence 12 derniers mois	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	13 (52%)	6.1 [2.5 – 15]	3 (4.3%)	0.6 [0.1 – 2.7]
	Sexe des partenaires sexuel-les (F: 19%; H: 6.8%)	14 (55%)	5.7 [2.4 – 14]	7 (11%)	2 [0.68 – 5.7]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	11 (44%)	6.1 [2.5 – 15]	5 (8.0%)	1.9 [0.63 – 6.1]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	16 (64%)	5.5 [2.1 – 14]	8 (13%)	1.7 [0.64 – 4.3]
Binge drinking - prévalence 30 derniers jours	Attirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	59 (18%)	1.1 [0.70 – 1.8]	21 (5.3%)	1 [0.5 – 2.2]
	Sexe des partenaires sexuel-les (F: 19%; H: 6.8%)	64 (22%)	1.5 [0.88 – 2.5]	20 (5.6%)	0.6 [0.2 – 1.4]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	36 (11%)	0.8 [0.4 – 1.3]	18 (4.7%)	1.2 [0.5 – 3.1]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	94 (29%)	1.4 [1.0 – 2.2]	31 (7.8%)	0.9 [0.5 – 1.8]

Les *odds ratios* présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes exclusivement hétérosexuel-les. Ils tiennent compte du type de formation suivie, du statut migratoire et du statut économique de la famille (ISEI).

8.2.4 Santé

Le Tableau 17 présente les *odds ratios* uni-variables (sans ajustement pour d'autres variables que celle liée à l'orientation sexuelle) et les *odds ratios* ajustés (pour les autres facteurs du modèle) pour les variables liées à la santé, en fonction de chaque dimension de l'orientation sexuelle.

Tableau 17 Effet de l'orientation sexuelle sur la santé pour chaque dimension de l'orientation sexuelle (*odds ratios*)

Variable	Indicateur (% non-HET)	N non-HET (%)	OR univarié	OR ajusté
Mauvaise santé générale	Attrirance sexuelle (11%)	41 (21%)	2.5 [1.7 – 3.7]	2.4 [1.5 – 3.6]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	38 (23%)	2.3 [1.5 – 3.6]	2 [1.3 – 3.2]
	Auto-définition (8.4%)	32 (17%)	2.6 [1.7 – 4.1]	2.4 [1.5 – 3.9]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	52 (27%)	2 [1.4 – 2.9]	1.8 [1.2 – 2.7]
Troubles somatiques et psychoactifs récurrents	Attrirance sexuelle (11%)	140 (15%)	3.4 [2.3 – 5.1]	2.6 [1.7 – 3.9]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	125 (16%)	2.7 [1.8 – 4.0]	2.2 [1.4 – 3.3]
	Auto-définition (8.4%)	102 (12%)	3.4 [2.1 – 5.4]	2.8 [1.7 – 4.6]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	201 (22%)	2.9 [2.1 – 3.9]	2.3 [1.6 – 3.2]
Dépressivité	Attrirance sexuelle (11%)	106 (17%)	2.7 [1.9 – 3.8]	2.2 [1.5 – 3.2]
	Sexe des partenaires sexuel·les (13%)	92 (18%)	2.3 [1.6 – 3.3]	2 [1.4 – 2.9]
	Auto-définition (8.4%)	81 (14%)	3.2 [2.1 – 4.7]	2.9 [1.9 – 4.5]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (16%)	148 (24%)	2.4 [1.8 – 3.2]	2 [1.5 – 2.7]

Les *odds ratios* présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes exclusivement hétérosexuel·les. Les OR ajustés tiennent compte du sexe, du type de formation suivie, du statut économique de la famille (ISEI) et du statut religieux. Le % indiqué dans la troisième colonne se rapporte à la part que représentent les jeunes non-HET parmi l'ensemble des jeunes en mauvaise santé pour chaque variable et chaque indicateur.

Jeunes s'auto-définissant comme non-HET

Les analyses complémentaires réalisées en fonction de chaque dimension de l'orientation sexuelle montrent, pour les variables liées à la santé, des OR plus élevés en défaveur des jeunes non-HET lorsque celles et ceux-ci sont identifié·es par l'autodéfinition (en comparaison aux dimensions de l'attrirance et du sexe des partenaires sexuel·les) (Tableau 17). Ce constat nous a poussé à creuser plus avant cette question en comparant les jeunes qui s'auto-définissent comme non-HET avec celles et ceux qui sont catégorisé·es comme tel·les selon leur attrirance ou le sexe de leurs partenaires sexuel·les mais qui s'auto-définissent comme hétérosexuel·les.

Il en ressort que les jeunes qui s'auto-identifient comme non-HET sont plus à risque face aux symptômes dépressifs que les jeunes rapportant une attrirance ou des comportements pour/avec des personnes du même sexe, mais se définissant comme hétérosexuel·les (OR = 2.1, IC95 = 1.2 – 3.8). Les *odds ratios* pour la santé générale et les troubles psychosomatiques ne sont statistiquement pas significatifs.

Le Tableau 18 montre les résultats des analyses multi-variables stratifiées selon le sexe. Une différence d'effet de l'orientation sexuelle est observée entre hommes et femmes au niveau de la santé générale (effet plus marqué pour les hommes avec des jeunes non-HET davantage surreprésentés parmi les jeunes hommes en mauvaise santé). Cette différence est particulièrement marquée lorsque l'on catégorise les jeunes selon le sexe des partenaires sexuel·les.

Tableau 18 Effet de l'orientation sexuelle sur la santé pour chaque dimension de l'orientation sexuelle et selon le sexe (*odds ratios*)

Variable	Indicateur (% non-HET)	Femmes non-HET		Hommes non-HET	
		N (%)	OR ajusté	N (%)	OR ajusté
Santé générale	Attrirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	33 (25%)	2.1 [1.3 – 3.5]	8 (14%)	3.5 [1.5 – 7.8]
	Sexe des partenaires sexuel·les (F: 19%; H: 6.8%)	29 (24%)	1.6 [0.92 – 2.7]	9 (18%)	4.5 [1.9 – 11]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	26 (21%)	2.4 [1.4 – 4.2]	5 (9.6%)	2.7 [1.0 – 7.1]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	40 (30%)	1.5 [0.93 – 2.3]	12 (20%)	3.7 [1.8 – 7.5]
Troubles somatiques et psychoactifs récurrents	Attrirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	106 (19%)	2.4 [1.4 – 4.0]	33 (9.0%)	2.8 [1.4 – 5.5]
	Sexe des partenaires sexuel·les (F: 19%; H: 6.8%)	94 (21%)	2.1 [1.2 – 3.7]	31 (9.7%)	2.1 [1.0 – 4.4]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	76 (15%)	3 [1.5 – 5.9]	24 (6.7%)	2.4 [1.1 – 5.3]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	154 (28%)	2.2 [1.4 – 3.4]	44 (12%)	2.3 [1.3 – 4.1]
Dépressivité	Attrirance sexuelle (F: 17%; H: 5.8%)	81 (21%)	1.9 [1.2 – 2.9]	25 (11%)	3.5 [1.8 – 6.7]
	Sexe des partenaires sexuel·les (F: 19%; H: 6.8%)	68 (22%)	1.7 [1.1 – 2.7]	24 (12%)	2.9 [1.4 – 6.0]
	Auto-définition (F: 12%; H: 4.7%)	61 (17%)	2.7 [1.6 – 4.5]	19 (8.9%)	3.7 [1.7 – 8.0]
	Orientation sexuelle (indicateur composite) (F: 25%; H: 8.4%)	115 (30%)	1.9 [1.3 – 2.7]	32 (14%)	2.6 [1.5 – 4.5]

Les *odds ratios* présentés dans ce tableau concernent les jeunes non-HET par rapport aux jeunes exclusivement hétérosexuel·les. Ils tiennent compte du type de formation suivie, du statut économique de la famille (ISEI) et du statut religieux.

8.3 Analyses détaillées des items liés aux variables de santé

Cette section présente des résultats détaillés pour les variables de santé construites sur la base de réponses à plusieurs questions. Les proportions de jeunes concerné·es par chaque item, ainsi qu'un test statistique sur la différence entre jeunes exclusivement hétérosexuel·les et jeunes non-HET sont présentés pour les items ayant servi à construire les variables liées aux troubles somatiques (Tableau 19), à la santé psychique (Tableau 20) et à la dépressivité (Tableau 21).

Tableau 19 Proportions de jeunes concerné·es par chaque item lié aux troubles somatiques selon l'orientation sexuelle (n et %)

Caractéristique	Exclusivement hétéro. N = 1 302	Non exclusivement hétéro. N = 260	p-value ¹
J'ai eu mal à la tête			0.015
rarement ou jamais	1 050 (81%)	191 (74%)	
plusieurs fois par semaine	240 (19%)	65 (26%)	
J'ai eu mal au ventre			0.002
rarement ou jamais	1 137 (89%)	208 (81%)	
plusieurs fois par semaine	147 (11%)	48 (19%)	
J'ai eu des douleurs dans le dos			0.051
rarement ou jamais	981 (76%)	180 (70%)	
plusieurs fois par semaine	303 (24%)	76 (30%)	
J'ai eu des vertiges (la tête qui tourne).			0.002
rarement ou jamais	1 181 (92%)	219 (86%)	
plusieurs fois par semaine	105 (8.2%)	37 (14%)	

¹Test statistique réalisé: chi2 avec correction du deuxième ordre de Rao & Scott

Tableau 20 Proportions de jeunes concerné-es par chaque item lié aux troubles psychiques selon l'orientation sexuelle (n et %)

Caractéristique	Exclusivement hétéro. N = 1 302	Non exclusivement hétéro. N = 260	p-value ¹
J'étais triste			<0.001
rarement ou jamais	1 014 (78%)	161 (63%)	
plusieurs fois par semaine	278 (22%)	94 (37%)	
J'étais de mauvaise humeur, agacé-e			<0.001
rarement ou jamais	930 (72%)	147 (58%)	
plusieurs fois par semaine	362 (28%)	107 (42%)	
J'étais nerveux-se			<0.001
rarement ou jamais	932 (72%)	141 (57%)	
plusieurs fois par semaine	354 (28%)	107 (43%)	
J'avais des difficultés à m'endormir			0.002
rarement ou jamais	892 (69%)	150 (59%)	
plusieurs fois par semaine	398 (31%)	105 (41%)	
Je me sentais fatigué-e			<0.001
rarement ou jamais	462 (36%)	58 (23%)	
plusieurs fois par semaine	829 (64%)	197 (77%)	
J'étais anxieux-se			<0.001
rarement ou jamais	973 (76%)	141 (56%)	
plusieurs fois par semaine	311 (24%)	111 (44%)	
J'étais fâché-e, en colère			0.010
rarement ou jamais	1 058 (82%)	190 (74%)	
plusieurs fois par semaine	234 (18%)	65 (26%)	

¹Test statistique réalisé: chi2 avec correction du deuxième ordre de Rao & Scott

Tableau 21 Proportions de jeunes concerné-es par chaque item lié à la dépressivité selon l'orientation sexuelle (n et %)

Caractéristique	Exclusivement hétéro. N = 1 302	Non exclusivement hétéro. N = 260	p-value ¹
Je me sens souvent déprimé-e sans savoir pourquoi			<0.001
pas d'accord	861 (67%)	111 (43%)	
d'accord	432 (33%)	146 (57%)	
Par moment, je pense que tout est tellement désespérant que je n'ai envie de rien			<0.001
pas d'accord	819 (64%)	124 (49%)	
d'accord	468 (36%)	129 (51%)	
Par moment, je pense que je n'ai rien dont je puisse me réjouir			<0.001
pas d'accord	1 003 (78%)	171 (67%)	
d'accord	285 (22%)	86 (33%)	
Par moment, je suis tellement déprimé-e que je resterais bien au lit toute la journée			<0.001
pas d'accord	815 (63%)	115 (45%)	
d'accord	474 (37%)	141 (55%)	
Je suis souvent triste sans pouvoir trouver de raison à cela			<0.001
pas d'accord	975 (76%)	143 (56%)	
d'accord	313 (24%)	112 (44%)	
Je trouve ma vie assez triste			0.010
pas d'accord	1 086 (84%)	195 (77%)	
d'accord	204 (16%)	57 (23%)	
Ces derniers temps, j'ai beaucoup pensé à la mort			<0.001
pas d'accord	1 119 (87%)	199 (78%)	
d'accord	169 (13%)	56 (22%)	

¹Test statistique réalisé: chi2 avec correction du deuxième ordre de Rao & Scott

8.4 Agressions sexuelles – prévalence vie

Le Tableau 22 présente les proportions de victimes d'agressions sexuelles selon la dimension du sexe des partenaires sexuel·les et en fonction du sexe. Les prévalences durant les trente derniers mois et durant la vie y sont exposées. Suite au constat du faible nombre de femmes homosexuelles rapportant avoir été victimes d'agressions sexuelles durant les trente derniers mois, cette analyse complémentaire a été réalisée dans le but de voir si ce constat était aussi valable pour les agressions sexuelles vécues durant la vie entière. Il s'avère que même lorsque la période de référence n'est pas limitée, le nombre de femmes n'ayant eu des comportements sexuels qu'avec des femmes reste faible en comparaison des autres groupes (2 femmes, soit 1.8% des femmes rapportant avoir subi au moins une agression sexuelle au cours de la vie).

Tableau 22 Proportions de victimes d'agressions sexuelles selon le sexe des partenaires sexuel·les (Prévalence 30 mois et prévalence vie)

Caractéristique	Prévalence 30 derniers mois ¹				Prévalence vie ¹			
	Femmes		Hommes		Femmes		Hommes	
	jamais. N = 684	au moins 1x N = 69	jamais. N = 767	au moins 1x N = 6	jamais. N = 633	au moins 1x N = 132	jamais. N = 764	au moins 1x N = 11
Sexe des partenaires sexuel·les								
Uniquement avec des personnes de l'autre sexe	459 (69%)	38 (56%)	582 (78%)	3 (51%)	425 (69%)	78 (60%)	580 (78%)	8 (74%)
Uniquement avec des personnes du même sexe	11 (1.6%)	1 (1.3%)	15 (2.0%)	0 (0%)	9 (1.5%)	2 (1.8%)	15 (2.0%)	0 (0%)
Majoritairement avec des personnes de l'autre sexe mais aussi avec des personnes du même sexe	60 (9.0%)	23 (33%)	9 (1.2%)	2 (33%)	51 (8.3%)	35 (27%)	9 (1.2%)	2 (18%)
Autant avec des personnes de l'autre sexe qu'avec des personnes du même sexe	6 (1.0%)	4 (6.0%)	4 (0.6%)	0 (0%)	5 (0.7%)	7 (5.5%)	4 (0.6%)	0 (0%)
Majoritairement avec des personnes du même sexe mais aussi avec des personnes de l'autre sexe	4 (0.5%)	0 (0%)	12 (1.6%)	0 (0%)	4 (0.6%)	1 (0.9%)	12 (1.6%)	0 (0%)
Jamais eu de comportements sexuels avec qui que ce soit	129 (19%)	2 (3.5%)	122 (16%)	1 (16%)	126 (20%)	6 (4.6%)	122 (16%)	1 (8.6%)

¹Statistique présentée: n (%)

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique · Lausanne