

L'impact de l'homophobie sur la santé des jeunes homosexuel·le·s

Coraline Delebarre, Clotilde Genon

DANS **CAHIERS DE L'ACTION** 2013/3 (N° 40), PAGES 27 À 36

ÉDITIONS **INSTITUT NATIONAL DE LA JEUNESSE ET DE L'ÉDUCATION POPULAIRE**

ISSN 1772-2101

ISBN 9782111296428

DOI 10.3917/cact.040.0027

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2013-3-page-27.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'impact de l'homophobie sur la santé des jeunes homosexuel·le·s

CORALINE DELEBARRE,
psychologue sociale, formatrice

CLOTILDE GENON,
chargée de mission SIS association²⁹

En France, le contexte social évolue vers une plus grande égalité des droits pour tou·te·s, quelle que soit l'orientation sexuelle. Néanmoins, ces avancées sont encore contrariées par la persistance de réactions violentes et discriminatoires à l'encontre des homosexuel·le·s.

Suivant une acception très large, l'homophobie peut se définir comme le « rejet des personnes homosexuelles ou considérées comme telles et de ce qui leur est associé. La gay-phobie, la lesbophobie, la biphobie et la transphobie, par écho, en sont des formes plus spécifiques³⁰ ». L'homophobie résulte d'un système de représentations de la société qui hiérarchise les genres et les orientations sexuelles, c'est-à-dire où le masculin est considéré comme supérieur au féminin (sexisme) et l'hétérosexualité comme supérieure à l'homosexualité (hétérosexisme). Lorsque cet ordre social est perçu comme naturel et établi, l'homophobie tombe comme une sanction pour tout individu transgressant ces normes. Ainsi, toute personne qui est identifiée comme homosexuelle ou soupçonnée de l'être et/ou toute personne dont le genre n'est pas conforme aux attentes pourra être victime d'homophobie.

Il est difficile d'obtenir des données fiables concernant les jeunes et l'homosexualité, car la jeunesse – surtout l'adolescence – représente bien souvent une période d'incertitude et de flottement, y compris du point de vue de l'orientation sexuelle, et l'affirmation de soi en tant qu'homo ou bisexuel·le dans les enquêtes est délicate pour des jeunes qui, tout en pouvant éprouver des attirances pour des individus du même sexe, n'ont encore jamais eu de relations homosexuelles. Ces jeunes constituent une population particulièrement vulnérable lorsqu'ils/elles se découvrent « différents » et doivent, dans un environnement plus ou moins hostile, tenter de se construire une identité positive avec cette « différence ».

En 2012, 22 % des témoignages d'homophobie recensés par SOS homophobie provenaient de personnes de moins de 25 ans, dans 22 % des cas chez les 25 et 34 ans, 28 % chez les

29. Merci à Hervé Baudoin (coordinateur thématique LBGT, SIS association) pour sa relecture et ses conseils.

30. DORAIS M., VERDIER É., *Petit manuel de gayrilla à l'usage des jeunes. Ou comment lutter contre l'homophobie au quotidien*, H&O Éditions, Saint-Martin-de-Londres, 2005.

35 et 50 ans et 7% chez les plus de 50 ans (l'âge de 21% des témoins restant inconnu)³¹. On remarque que les difficultés des jeunes sont d'autant plus aiguës quand les espaces qu'ils fréquentent et qui pourraient constituer des leviers protecteurs et qui les renforcent (la famille, l'entourage, l'école, les clubs sportifs...) s'avèrent des lieux importants de discrimination et d'exclusion³². Nous nous attacherons, dans cet article, à analyser les conséquences de l'homophobie sur la santé psychosociale et sexuelle des jeunes, ainsi que sur l'accès et le recours aux soins.

Conséquences psychosociales de l'homophobie

Mal-être et isolement

Qu'elle s'exprime de façon physique, verbale, morale ou symbolique, et qu'elle soit subie de façon directe ou indirecte, l'homophobie amène bien souvent chez ceux et celles qui en sont victimes un sentiment de culpabilité et de honte. Ces ressentis sont amplifiés lors de la prise de conscience d'une orientation sexuelle et/ou d'une identité de genre différente de celle de la majorité – en général pendant l'adolescence – et peuvent conduire à l'installation d'une identité négative. Ceci peut se manifester par une perte d'estime de soi, une dévalorisation, voire un rejet de soi-même et des autres homosexuel·le·s (ou identifié·e·s comme tel·le·s). On pourra alors parler d'« homophobie intériorisée ». Le·la jeune en questionnement ou homosexuel·le en vient parfois consécutivement à se replier sur lui·elle-même, à s'isoler et à se retrouver en situation de rupture de lien avec ceux qui l'entourent (sa famille, ses pairs), ce qui va fréquemment de pair avec des situations d'échec scolaire et de précarisation sociale.

L'homophobie vécue au quotidien par les jeunes (insultes, racket, agressions, mise à l'écart...) et intériorisée – ou les situations d'homophobie redoutées – peuvent également se traduire par d'autres symptômes spécifiques comme l'anxiété, le stress, des épisodes dépressifs, des idéations suicidaires (voire des passages à l'acte), un usage important de produits psychoactifs ou encore des prises de risque sexuel.

Sursuicidalité

D'après les données internationales analysées par Éric Verdier et Jean-Marie Firdion, les homos/bisexuels masculins présentent deux à sept fois plus de risques de commettre une tentative de suicide que les hommes hétérosexuels exclusifs, et les femmes homos/bisexuelles 1,4 à 2,7 fois plus de risques par rapport aux femmes hétérosexuelles³³. Ces données sont confirmées dans les études réalisées en France à partir d'échantillons représentatifs. Ainsi, les résultats du Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) de 2005³⁴ pointent une différence significative entre la prévalence de tentatives de suicide chez les hommes homosexuels et celle des hommes hétérosexuels exclusifs (12,5% *versus* 2,8%). Cette étude montre également une prévalence importante chez les hommes et les femmes bisexuel·le·s (respectivement 10,1% et 10,3%). L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) réalisée en 2000 a révélé

31. *Rapport sur l'homophobie 2013*, SOS homophobie, Paris, 2013.

32. SIS Association, *Rapport d'activité Ligne Azur 2011*, Campagne Ligne Azur du ministère de l'Éducation nationale, mai-juin 2011, Observatoire, 2012.

33. VERDIER É., FIRDION J.-M., *Homosexualités et suicide. Les jeunes face à l'homophobie*, H&O Éditions, Saint-Martin-de-Londres, 2003.

34. BECK F., FIRDION J.-M., LEGLEYE S., SCHILTZ M.-A., *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire: acquis des sciences sociales et perspectives*, dossiers « Santé en action », INPES, Paris, 2010.

pour sa part que 25 % des femmes ayant eu des rapports homosexuels au cours de leur vie avaient fait au moins une tentative de suicide contre 6 % des femmes hétérosexuelles exclusives³⁵. Rappelons ici avec Jean-Louis Terra, professeur de psychiatrie à l'université Claude Bernard de Lyon, que c'est « l'homophobie et non l'orientation sexuelle par elle-même qui est le principal facteur qui peut induire un sur-risque de crise suicidaire et de tentative de suicide³⁶ ».

Usage de produits psychoactifs

Par ailleurs, l'expérimentation et la consommation de produits psychoactifs semblent être plus importantes chez les homosexuel·le·s qu'en population générale. Ces usages peuvent être une conséquence des difficultés rencontrées par les personnes homosexuelles. On repère d'ailleurs une consommation supérieure lors d'états dépressifs mais aussi des épisodes de stress liés au *coming out* et/ou à la découverte du milieu gay et lesbien. D'après l'enquête Presse Gay 2004³⁷, l'usage excessif d'alcool au cours d'une même occasion serait lié à l'âge. Ainsi les gays âgés de moins de 25 ans sont 27 % à déclarer avoir bu cinq verres (ou plus) les jours où ils buvaient, contre 13 % pour les répondants âgés de 45 ans et plus. Chez les hommes homosexuels, on note aussi que la consommation de substances psychoactives est souvent associée aux situations de drague et aux rapports sexuels : dans un contexte d'initiation à la sexualité (en l'occurrence une sexualité encore considérée comme relativement marginale socialement), la consommation de produits peut être recherchée par les plus jeunes pour ses effets désinhibiteurs, afin de favoriser le passage à l'acte. Si l'usage de produits psychoactifs peut être en tant que tel problématique, il tend également à accentuer les comportements sexuels à risque.

Santé sexuelle et accès aux soins

La difficulté à vivre dans un climat homophobe favorise le mal-être et l'anxiété, on l'a dit. Or il est prouvé que cela accentue les prises de risque sexuel des homosexuel·le·s. Ces fragilités identitaires sont d'autant plus importantes au moment de l'adolescence, période complexe où les jeunes doivent se construire avec peu de repères et où la dépendance affective et économique est déjà un facteur de vulnérabilité.

En outre, l'entrée des jeunes homosexuel·le·s dans la sexualité se fait dans un contexte général d'invisibilisation de l'homosexualité et de présomption d'hétérosexualité qui ne leur permet pas de parler facilement de leur vie affective et sexuelle, que ce soit avec leur famille, les professeurs et adultes encadrants ou même leur groupe de pairs. Ainsi la plupart de ces jeunes vivent la découverte de leur orientation sexuelle ou la questionnent en étant privés de cadre structurant et de modèles identificatoires permettant d'appréhender les modes de vie et de rencontres homosexuels³⁸. Les mécanismes de protection imaginaires et symboliques et les fausses croyances en matière de prévention sont des facteurs de

35. LHOMOND B., SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., « Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé : résultats de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France », in BROQUA C., LERT F., SOUTEYRAND Y., *Homosexualités au temps du sida : tensions sociales et identitaires*, Agence nationale de recherches sur le sida, Paris, 2003, pp.107-130.

36. « Suicide et tentative de suicide : états des lieux en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 47-48, 13 décembre 2011.

37. INVS, ANRS, *Rapport enquête Presse Gay 2004*, juin 2007 (téléchargeable en ligne sur www.invs.sante.fr/publications/2007/epg_2004/epg_2004.pdf).

38. GIRARD G. « Les jeunes gays des années 2000 : une population vulnérable ? », in BLANCHARD V., RÉVENIN R. YVOREL J.-J. (dir), *Les jeunes et la sexualité : Initiations, interdits, identités (XIX^e-XXI^e siècle)*, Autrement, Paris, 2010, pp.340-351.

■ INCIDENCE ET PRÉVALENCE

L'incidence correspond à une estimation du nombre de personnes nouvellement contaminées sur une période donnée, qu'elles aient été diagnostiquées ou non. La prévalence se rapporte au nombre ou au pourcentage total de personnes infectées dans une population donnée à un instant donné, sans distinction entre celles nouvellement contaminées et celles contaminées depuis plusieurs années.

vulnérabilité spécifiques des jeunes homosexuel·le·s³⁹, surtout pour les hommes, dans une population où l'incidence de l'infection du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au cours des dernières années ne diminue pas et est jusqu'à deux cents fois plus élevée que chez les hommes hétérosexuels, en France. L'enquête Prevagay réalisée en 2009 dans les lieux de socialisation gays et à destination des hommes ayant des rapports sexuels réguliers ou occasionnels avec des hommes (HSH) confirme un niveau de transmission élevé dans cette population où la prévalence au VIH s'élève à 18% et l'incidence à 3,8%⁴⁰. Nous savons égale-

ment que parmi les gays qui découvrent leur séropositivité, la part des jeunes de moins de 25 ans a augmenté, puisqu'elle est située autour de 14% aujourd'hui contre 7% en 2003⁴¹. Pourtant, les gays de moins de 25 ans connaissent moins leurs statuts sérologiques au VIH, ayant moins recours au dépistage que leurs aînés (63,8% ont eu recours à un dépistage au cours de leur vie contre 83 à 92% des plus de 25 ans)⁴².

Les enquêtes disponibles montrent que les hommes homosexuels débutent leur sexualité plus tardivement que les hommes hétérosexuels et majoritairement avec un partenaire masculin. Étant peu nombreux à s'identifier comme gays, ils ont ainsi moins d'expériences socialisantes, affectives et sexuelles et moins de connaissances pour négocier et adopter des comportements préventifs⁴³. Un quart des jeunes gays ont leur premier rapport sexuel avec un homme plus âgé fréquentant plus souvent les lieux de consommation sexuelle (bars, boîtes, backrooms), et sont donc plus exposés aux infections sexuellement transmissibles (IST, dont le VIH).

En ce qui concerne les femmes, celles qui ont eu des rapports homosexuels au cours de leur vie déclarent une entrée dans la sexualité plus précoce que les autres. Elles ont aussi eu plus de partenaires, notamment masculins. Le poids de l'hétéronormativité pousse apparemment davantage les lesbiennes que les gays à avoir leur premier rapport sexuel avec une personne du sexe opposé. Mais celles qui ne s'identifient pas comme hétérosexuelles intègrent plus difficilement les règles de prévention dans leurs rapports avec des hommes et sont plus sujettes aux prises de risque et grossesses non désirées. D'autre part, l'absence de rapport hétérosexuel ou le déni social de la sexualité entre femmes entraînent fréquemment un sentiment d'immunité relative aux IST chez les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes (FSF), lequel est largement relayé par les professionnel·les de santé. Ceci est redoublé par des perceptions associant prioritairement le suivi gynécologique au recours à la contraception, ce qui a des conséquences négatives en termes d'accès à la

39. Exemple: « ce garçon est tellement beau qu'il est forcément "clean" »; « s'il ne me propose pas de mettre de capote, c'est qu'il est séronégatif »; « faire une fellation, c'est pas risqué »; « ce sont les vieux qui ont le sida pas les jeunes, alors j'évite de coucher avec des vieux »; « je peux coucher sans préservatif avec un mec qui se dit séronégatif »...

40. BEH, « VIH/Sida en France: données de surveillance et études », numéro thématique, INVS, décembre 2012.

41. BEH, « L'infection à VIH-sida en France en 2009-2010: découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida », numéro thématique, INVS, novembre 2011.

42. INVS, ANRS, *Rapport enquête Presse Gay 2004*, juin 2007 (consultable sur www.invs.sante.fr/publications/2007/epg_2004/epg_2004.pdf).

43. LHOMOND B., MICHAELS S., LEVINSON S., MAILLOUX M., *Jeunes et sexualités*, rapport Direction générale de la santé, ministère des Affaires sociales/ministère de la Jeunesse et des Sports, janvier 2003.

prévention, rendant les lesbiennes plus vulnérables à certaines infections sexuellement transmissibles, notamment les chlamydiae et le HPV (papillomavirus) responsable des cancers du col de l'utérus⁴⁴. De façon générale, on remarque une prévalence plus élevée d'IST chez les femmes qui ont eu des rapports homosexuels que chez celles qui n'ont eu que des partenaires masculins : elles sont 12 % (contre 3 % des femmes hétérosexuelles) à rapporter avoir eu une IST dans les cinq dernières années⁴⁵.

Différentes études et témoignages⁴⁶ tendent à démontrer que les personnes homos/bisexuelles font l'objet d'un suivi de santé moins qualitatif et éprouvent des difficultés à accéder aux soins et à y recourir. Parmi les questions cruciales qui se posent au moment de la consultation figurent celles-ci : dois-je dire ou non à ce·cette professionnel·le de santé que je ne suis pas hétérosexuel·le ? Et dois-je parler de mes pratiques ou comportements sexuels alors qu'ils pourraient dévoiler mon orientation sexuelle ? En effet, rien n'oblige qui que ce soit à aborder la question de son orientation sexuelle, mais dans le cadre de certains suivis de santé cela peut être important. Or la question du « dire » ou « ne pas dire » dépend étroitement de la confiance établie avec ses interlocuteurs. Tout d'abord, force est de constater qu'elle ne se pose pas pour tou·te·s, le corps médical partant en général du principe que la personne reçue est hétérosexuelle. Une inquiétude liée à la confidentialité peut aussi émerger pour les jeunes qui sont uniquement en relation avec le médecin de famille et craignent un éventuel dévoilement à leur entourage. Lorsque la démarche consultative est embrayée et le patient décidé à parler de son orientation ou de ses pratiques sexuelles, les difficultés auxquelles les minorités sexuelles peuvent être confrontées sont multiples, à commencer par des cas de refus de soins ou de différence de traitement (« vous n'avez pas de rapport sexuel avec des hommes, donc vous n'avez pas besoin de frottis vaginal »). Dans certains cas, la méconnaissance et les préjugés des professionnel·le·s sur les modes de vie des personnes homosexuelles constituent un frein aux échanges et à un suivi ciblé et régulier (absence d'incitation au suivi proctologique pour les gays, par exemple), et renforcent évidemment leur peur d'être jugées.

Pour ne pas avoir à affronter des situations de malaise ou de discrimination, certaines personnes vont développer différentes stratégies d'évitement : renoncement aux soins, recours à l'automédication ou recherche de diagnostics sur Internet, peu sûrs⁴⁷. Sans attendre des professionnels de santé qu'ils connaissent tout des aspects de la vie des homosexuel·les, une plus grande attention et une ouverture à la diversité leur permettraient de mieux évaluer les différents aspects de la santé sexuelle (la vaccination contre les hépatites A et B, la mise en place de dépistage régulier pour le VIH et les autres IST, les comportements de prévention, le vécu des relations affectives et sexuelles...), et la nécessité de certains examens (suivi proctologique, check-up sexuels, frottis...).

Aujourd'hui, afin de réduire les dommages que pourrait causer une absence de prise en charge, de suivi ou de dépistage, des associations tentent de proposer des alternatives aux personnes concernées. La mise en place d'actions ciblées et de structures de santé spécialisées dans l'accueil du public de lesbiennes, gays, bi, trans (LGBT) apparaît comme une solution. C'est ainsi que l'association AIDES propose un dépistage rapide « hors les

44. *Ibid.*

45. BAJOS N., BOZON M. (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, Paris, 2008, p. 254.

46. À titre d'exemple 10% des répondantes de l'enquête sur la lesbophobie réalisée par SOS homophobie ont évoqué l'expérience d'épisodes lesbophobes dans la rubrique « Médecine/santé », les gynécologues arrivant en tête des professionnels incriminés. Voir SOS homophobie (Commission lesbophobie), *Enquête sur la lesbophobie. Synthèse*, Paris, mai 2008. Et pour d'autres données à l'étranger : MIMEAULT I., *Pour le dire. Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, Rapport de recherche, Montréal, Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQSAF), 2003.

47. BECK F., NGUYEN-THANH V., RICHARD J.-B., RENAHY É., « Usages d'Internet : les jeunes, acteurs de leur santé ? », in « La santé des 15-30 ans. Une lecture du baromètre santé », *Agora débats/jeunesses*, n° 63, 2013.

murs » en installant des antennes mobiles dans les lieux très fréquentés par les gays. Le Kiosque info sida a également mis en place un « checkpoint » dans le quartier du Marais, à Paris. Il s'agit d'une structure médicalisée associative proposant des tests (de dépistage) rapide à orientation diagnostique (TROD), gratuit et confidentiel, aux HSH mais aussi aux autres minorités sexuelles et identitaires (lesbiennes, bi, trans, travailleurs et travailleuses du sexe...), en rupture avec les établissements de santé de droit commun. Enfin, depuis fin 2009, SIS association a ouvert le « 190 », un centre de santé sexuelle proposant des check-up sexuels (dépistages du VIH, des IST, vaccinations) mais aussi des consultations de spécialistes (dermatologue, psycho-sexologue...) s'adressant prioritairement aux HSH et aux autres minorités sexuelles et identitaires. De tels lieux ont pour avantage d'offrir un accueil bienveillant et dénué de tout jugement, favorisant une prise en compte de la santé de chacun-e dans sa globalité. Cependant le développement de telles initiatives mériterait d'être renforcé en dehors de Paris et l'offre de services proposés plus clairement destinée aussi aux lesbiennes et aux trans.

Pour une meilleure prise en compte de la diversité des parcours affectifs et sexuels

Les problématiques de santé et de recours aux soins rencontrées par les jeunes homosexuel·les ne sont pas intrinsèquement liées à leur orientation sexuelle mais à une homophobie sociale et intériorisée qui majore leur mal-être et les conduites à risque. Leur bien-être pourrait donc être amélioré grâce à une (meilleure) prise en compte des diversités affectives et sexuelles et à la mise en œuvre de postures d'ouverture, d'acceptation et de soutien.

Le *coming out*, lorsqu'il est accepté, soutenu et valorisé, peut participer à renforcer l'estime de soi et les compétences psychosociales de l'individu, et ainsi l'aider à se construire une identité positive. Il devient un enjeu de santé publique quand il permet de réduire le stress et les épisodes dépressifs des jeunes homosexuel·le-s en proie à l'homophobie latente ou patente manifestée dans les différents sphères et lieux de vie fréquentés⁴⁸. Il est donc important que les jeunes puissent trouver des interlocuteur·trices avec lesquelles aborder leur vie affective et sexuelle et des espaces inclusifs qui sauront leur apporter la valorisation et le soutien nécessaires dans leur construction identitaire. Ces constats et ces possibilités d'évolution valent pour les gays et les lesbiennes mais mériteraient aussi d'être abordés en lien avec la question transidentitaire et plus globalement les questions de genre.

S'il est essentiel qu'une formation et une sensibilisation en profondeur des professionnel·le-s de santé (mais aussi des travailleurs sociaux et des éducateurs) soient développées, certains outils pédagogiques sont d'ores et déjà disponibles, qui peuvent les aider à acquérir cette posture bienveillante, à repérer et à déconstruire l'homophobie, y compris la leur.

48. JUSTER R.-P. et al., « Sexual orientation and disclosure in relation to psychiatric symptoms, diurnal cortisol, and allostatic load », *Psychosomatic medicine*, n°75, 2013, pp. 103-116.

POINT DE VUE**DE LA LUTTE POUR L'ÉMANCIPATION DES PERSONNES TRANS
À LA PRÉVENTION DE LA TRANSPHOBIE****Ali Aguado, chargé de mission santé, association OUTrans****Quelques outils politiques: le féminisme et l'émancipation trans**

Les groupes de conscience féministe des années 1970 ont été l'occasion pour un grand nombre de femmes de se réapproprier du savoir et du pouvoir sur leur corps – corps qui n'était jusqu'alors qu'un objet de la médecine et de la reproduction. Il est pertinent d'aborder la question trans sous un angle féministe en cela que le combat des diverses associations pour l'émancipation des personnes trans relève d'une critique de la morale hétérosexuelle et reproductive et du contrôle des corps que ce soit par l'État ou par la médecine¹.

La population trans est un produit de la médecine. Un grand nombre de personnes décidant d'entamer un parcours de transition, que ce soit dans les hôpitaux publics ou auprès de médecins libéraux, prennent des hormones, ont recours à la chirurgie, modifient leur voix avec l'aide d'orthophonistes... Les trans sont ainsi souvent pris dans une relation de subordination vis-à-vis des systèmes médicaux et se retrouvent régulièrement confrontés à des situations de violence ressentie dans le cadre médical. Les questions intrusives sur la transition de la personne, sa vie sexuelle, sa profession ou son mode de vie sont ainsi monnaie courante lors d'un simple diagnostic pour... une angine. Le fait que l'État contraigne les trans à être stérilisés (hystérectomie pour les Ft*, vaginoplastie pour les Mt*)² pour obtenir un état civil conforme à leur genre ne permet pas davantage un rapport émancipé au corps, à la médecine et au soin. La transphobie apparaît alors comme une discrimination relevant d'un système structurel hétérosexiste ayant des conséquences directes sur l'estime de soi comme sur la relation au corps soignant.

Loin de se limiter aux questions de santé, le contrôle que subissent les trans par un corps médical souvent ignorant de leurs conditions d'existence peut être considéré comme le reflet d'une ingérence politique globale sur les corps et les identités. Il est l'expression de l'hétérosexisme, système politique faisant de l'hétérosexualité la norme, du sexisme la règle et des hommes et des femmes cisgenre³ les seuls sujets possibles. Ainsi, à l'instar du féminisme et de l'ensemble des luttes d'émancipation, une des conditions nécessaires de la lutte contre la transphobie est la réappropriation de son corps par la revendication « mon corps m'appartient ».

Définir les transidentités et la transphobie, un enjeu crucial

Si nous devons définir la transphobie de la façon la plus large qui soit, nous pourrions dire qu'elle relève tout d'abord d'un ensemble de rapports de pouvoir et d'oppression qu'on ne peut pas lire et comprendre de façon isolée. À notre sens, la transphobie relève des mêmes mécanismes d'oppression et des mêmes schèmes d'intelligibilité/représentation de « la norme » que le racisme, le sexisme, l'homophobie ou la lesbophobie. Il en va de même pour toutes les oppressions qui renvoient de façon systématique à un idéal type privilégié : un homme né « mâle » (cisgenre), blanc, hétérosexuel, valide, de classe moyenne. De fait, tout ce qui s'en écarte est réprimé, contrôlé, reformaté, rééduqué, sevré, en vue d'une réinsertion sociale pour son propre bien-être... Les corps des personnes trans sont en partie façonnés par la chirurgie et/ou les hormones et non plus par la « nature ». Ils représentent aussi un glissement d'un genre à l'autre ou un glissement vers l'indéfini, alors qu'ils étaient catégorisés par les sciences biomédicales comme relevant d'un devenir féminin ou masculin uniquement, associé à une certaine distribution des rôles sociaux. Si l'État français ne criminalise plus l'homosexualité et vient d'étendre le mariage aux couples de même sexe, la reconnaissance des droits des personnes trans reste problématique. En effet, l'État exige que les trans soient stérilisés pour obtenir l'autorisation par un juge, après expertise médicale, de changer d'état civil. De même, les trans sont contraints à un

suivi psychiatrique pendant un minimum de deux ans, au terme desquels les médecins établissent pour eux s'ils correspondent au diagnostic différentiel permettant d'établir le diagnostic de transidentité ou s'ils souffrent d'une autre « pathologie mentale » (dépression, schizophrénie, dysmorphophobie...). Ce n'est qu'au bout de ces deux ans et deux mois de « test de vie réelle » qu'une personne trans peut commencer à prendre des hormones et se faire opérer. Aussi, il est très compliqué, voire impossible, pour une personne trans ne bénéficiant pas d'une modification d'état civil, d'avoir accès au travail.

En ce qui concerne les jeunes qui se questionnent sur leur identité, l'invisibilité des trans dans la vie quotidienne est un frein à la concrétisation/formulation de leurs interrogations. Si la question de l'homosexualité est connue des enseignants, sans pour autant qu'elle soit acceptée, la question trans est totalement ignorée. Ceci participe à une mise à l'écart des jeunes en questionnement, jeunes qui restent incompris bien souvent de leurs familles, de leurs amis et de l'école. Pour ceux qui parmi les mineurs sont les plus avancés dans l'affirmation d'une transidentité, les protocoles imposés par le DSM 5^{IV} et la CIM 10^V ne leur ouvrent pas l'accès à une transition effective avant leurs 18 ans révolus. Avant la majorité, ils ne peuvent donc pas être suivis par des équipes sans l'autorisation de leurs parents ni commencer une opération ou une hormonothérapie. Leur scolarité en pâtit bien souvent, car vivre son adolescence en étant inscrit dans un genre opposé à celui que l'on revendique peut avoir des effets désastreux sur l'estime de soi autant que sur le rapport au corps.

Le peu d'informations disponibles tant autour des transidentités qu'en termes de santé sexuelle constitue également un frein à l'entrée dans la sexualité et à la découverte d'une sexualité épanouie pour les jeunes trans. Ils affrontent avec encore plus de trouble que les autres les changements occasionnés sur leur corps par l'adolescence dans un contexte où, le plus souvent, les parents et les enseignants ne disposent d'aucune ressource pour les accompagner, et où la norme véhiculée par le groupe de pairs est celle d'une division des sexes bien affirmée (allant de pair avec l'hétérosexualité), la transidentité étant complètement inconnue.

Face à cette réalité, les trans ont développé un réel savoir endocrinologique, médical et juridique sur leur corps et leurs identités. Les associations d'autosupport^{VI} trans et les technologies de l'information et de la communication (notamment les réseaux sociaux, blogs...) constituent une ressource importante pour les personnes trans dans leurs questionnements sur leurs transitions, mais aussi pour leurs partenaires et leur famille, et pour les professionnels du secteur médicosocial susceptibles de les entourer dans ce processus. Elles proposent notamment, pour la plupart, des groupes de parole et éditent des brochures très utiles et prisées des jeunes en questionnement, dans la mesure où ils peuvent enfin se retrouver dans les propos qui sont tenus. En outre, plusieurs associations telles que Chrysalide, OUtans ou le GEST (Groupe d'études sur la transidentité – Lyon, Paris, Montpellier) ont développé des formations de sensibilisation sur la question trans et à l'accueil des personnes trans, luttant ainsi contre l'isolement et l'ignorance. Internet foisonne de forums de discussion permettant aux jeunes trans d'échanger et de se rencontrer et rendant plus accessibles les informations autour des différentes possibilités de transitionner pour les personnes les plus isolées, notamment celles résidant ailleurs que dans les grandes villes où sont implantées les associations spécialisées (Paris, Lyon, Bordeaux...). Il s'agit donc d'un véritable outil d'*empowerment* (c'est-à-dire de renforcement des capacités) et de solidarité.

Santé trans : des facteurs de vulnérabilité méconnus

La question de la santé des personnes trans est indissociable de celle de leur insertion professionnelle. En effet, force est de constater qu'il est compliqué – voire impossible – pour une personne trans n'ayant pas pu bénéficier d'une modification d'état civil d'avoir accès à un travail, à moins de taire sa transidentité. Dans l'un et l'autre cas, cela induit une certaine complexité du rapport au monde du travail, l'affirmation de soi allant de pair avec certains risques en termes d'accès à l'embauche ou de stabilisation professionnelle et donc de survie économique. Certaines personnes trans, parmi lesquelles on retrouve les plus jeunes, s'orienteront vers des métiers précaires et/ou illégaux comme le travail du sexe, où il n'est pas nécessaire de montrer ses papiers pour signer un contrat. L'isolement social et l'exclusion familiale que peut entraîner le *coming out*, ou encore les coûts représentés par les

opérations de modifications corporelles, en particulier pour ceux et celles qui choisissent de passer en dehors du parcours officiel exigeant un suivi très contraignant, poussent en outre parfois à accepter un travail, quelles qu'en soient les conditions. Pour toutes ces raisons, la population trans, et en particulier les trans prostitués (principalement les trans nés mâles transitionnant vers un corps féminin), apparaît davantage vulnérable au VIH, aux hépatites et à l'ensemble des IST^{VI}. La prise en charge de ces infections doit tenir compte des spécificités de la population trans.

Ce bref aperçu des enjeux liés à la santé des jeunes trans serait incomplet si l'on n'évoquait pas la question de l'accès aux soins. En effet, il faut souligner que l'État autorise une couverture sociale pour ceux et celles qui acceptent les règles du jeu du parcours officiel (CMU ou CMU.C, ALD 31 pour la prise en charge de la transidentité par les équipes hospitalières). Il n'en demeure pas moins que l'accès aux soins des trans reste précaire, ceci d'autant plus que l'accueil réservé aux trans par beaucoup d'équipes médicales est pathologisant. Les trans restent encore souvent diagnostiqués comme « atteints de dysphorie de genre ». De fait la majorité des trans choisissent d'effectuer leur parcours de transition en dehors des équipes hospitalières, considérées comme peu informées voire malveillantes à leur égard. Ainsi, si l'on estime aujourd'hui entre 40 000 et 60 000 le nombre de personnes trans vivant en France, seules 300 personnes seraient suivies chaque année par les équipes hospitalières. Nombre de jeunes trans se trouvent actuellement en situation de vulnérabilité sociale. Sans un élargissement conséquent de l'information diffusée sur les transidentités et de la formation des professionnels concernés, ils continueront de se construire dans une grande précarité.

I. Par « personne trans », nous n'entendons pas uniquement des personnes ayant choisi des opérations de réassignation chirurgicale et/ou de changement d'état civil (voir les transexuel-le-s), mais toute personne, sous traitement hormonal ou non, désirant des modifications corporelles ou non, faisant une démarche de changement d'état civil ou non, explorant le genre ou choisissant de passer d'un genre à l'autre pour quelle que raison que ce soit (désir personnel, répression de la famille, risque d'une perte d'emploi...).

II. Par « Ft* » OUTrans entend rendre compte de la constellation trans dans son ensemble. Ainsi « Ft* » veut dire « *female to male* » (*femelle vers mâle*) ou *une autre identité*. Chacun peut alors se sentir libre de vivre sa masculinité sans être dans l'obligation de suivre un stéréotype viril, et reconnu dans sa transidentité indépendamment de cet écart vis-à-vis du stéréotype. Dans cette même perspective OUTrans parle de « Mt* ».

III. Les personnes définies comme « cisgenre » sont celles dont l'identité physique et l'identité psychique coïncident.

IV. Le DSM 5 est le manuel international des maladies mentales *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. La dernière version pour publication est sortie en avril 2013 et a suscité une vive controverse dans le mouvement psychiatrique mais aussi chez les usagers.

V. La CIM est la classification des maladies à un niveau international (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Cette classification traite de toutes les maladies qu'elles soient infectieuses, accidentelles ou mentales.

VI. Le concept de « *self-help* » (autosupport) est apparu aux États-Unis durant les années 1970, tandis qu'émergeait un nouveau type de collectifs de « malades » contestant l'ordre social et percevant en la médecine une volonté de les contrôler et de les normaliser. La notion d'auto-support (équivalent français de *self-help*) est apparue plus tardivement en France, principalement pour qualifier certains groupes de séropositifs et d'usagers de drogues. On retiendra que le terme renvoie à la coexistence de deux critères principaux, au sein d'un groupe : la prise en charge autonome du « mal » – ou des difficultés liées à « l'inadéquation corporelle » dans le cas des trans – au travers de groupes de parole, d'entraide..., et les actions revendicatives tournées vers le changement social.

VII. À l'exception d'une enquête non représentative menée auprès de 381 personnes trans (GIAMI A., BEAUBATIE E., LE BAIL J., « Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 42, 2011, pp. 433-437), il n'y a effectivement pas de données épidémiologiques relatives à la prévalence du VIH et des IST dans cette population en France. L'inclusion récente de la catégorie « trans » dans la déclaration obligatoire du VIH, dont les données sont publiées chaque année par l'Institut national de veille sanitaire, devrait toutefois permettre de fournir les premiers renseignements sur la découverte de la séropositivité chez les trans d'ici à la fin 2013.

TÉMOIGNAGE

« La puberté c'était difficile... j'étais majoritairement perçu comme une fille mais je m'habillais avec des vêtements larges, plutôt comme un garçon... Au collège, on me posait des questions, on me touchait pour savoir... Au lycée, c'était aussi compliqué parce que tout le monde se connaît. En plus, y a des effets de clans dans les classes, tu es censé t'intégrer... Moi j'étais timide, j'essayais de passer inaperçu et de me sociabiliser par le sport, les bonnes notes, l'humour... Je ne pouvais pas définir mon malaise mais j'avais peur qu'on le découvre. À la fin du lycée et en prépa, j'ai même fait des tentatives de féminisation de mon apparence... À la fac, je me suis laissé assigner en tant que gouine avant de m'affirmer comme transboy. J'ai franchi le pas officiellement au moment du concours d'entrée dans mon école de cinéma, quand on m'a demandé de remplir une fiche d'identité [...]. À l'école ou dans la rue quand je passais pour gouine, on me lançait plutôt des regards ou des agressions verbales, souvent à connotation lesbophobe ou sexuelle. Aujourd'hui dans le métro on me prend plutôt pour un garçon féminin ou jeune et même si je me fais toujours regarder, il y a eu des fois où ça a tourné à l'agression physique. Quand tu transgresses les règles du genre, la réaction varie selon que tu es plutôt perçu comme un garçon ou une fille... entre mecs la réponse va plus facilement être physique. » (Bruce, étudiant, trans.)