



HAL
open science

Trouble de stress post-traumatique et trouble de stress post-traumatique complexe chez les personnes LGBTQIA+ : prévalences et facteurs associés

William Peraud

► To cite this version:

William Peraud. Trouble de stress post-traumatique et trouble de stress post-traumatique complexe chez les personnes LGBTQIA+ : prévalences et facteurs associés. Psychologie. Université de Bordeaux, 2024. Français. NNT : 2024BORD0437 . tel-04905592

HAL Id: tel-04905592

<https://theses.hal.science/tel-04905592v1>

Submitted on 22 Jan 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ECOLE DOCTORALE SOCIÉTÉS, POLITIQUE, SANTÉ PUBLIQUE (ED SP2)
PSYCHOLOGIE

Par William PERAUD BERTHELOT

**TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET TROUBLE DE
STRESS POST-TRAUMATIQUE COMPLEXE CHEZ LES PERSONNES
LGBTQIA+ : PRÉVALENCES ET FACTEURS ASSOCIÉS.**

Sous la direction de : Bruno QUINTARD

Soutenue le 12 Décembre 2024

Membres du jury :

Mme. CHARBONNIER Elodie, MCF-HDR, Université de Nîmes	Rapporteuse
M. VECHO Olivier, MCF-HDR, Université Paris Nanterre	Rapporteur
Mme. RASCLE Nicole, Professeure, Université de Bordeaux	Présidente
M. QUINTARD Bruno, Professeur, Université de Bordeaux	Directeur de thèse

Membres invités :

Mme. BRENNSTUHL Marie-Jo, MCF, Université de Lorraine	Invitée
M. ALESSANDRIN Arnaud, Docteur, Université de Bordeaux	Invité

Résumé

Trouble de Stress Post-Traumatique et Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe chez les personnes LGBTQIA+ : Prévalences et facteurs associés.

Contexte :

Les personnes LGBTQIA+ représentent 9 % de la population (IPSOS, 2023). Sous le sigle LGBTQIA+ se regroupent des personnes aux profils variés au regard de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leurs caractéristiques anatomiques, ou plus largement de leur rapport à la norme hétérosexuelle et cisgenre. Les personnes LGBTQIA+ constituent une population vulnérable, notamment en termes de santé physique et psychologique. Fréquemment exposées de manière chronique, dès l'enfance, à des violences de nature interpersonnelle, pouvant parfois impliquer les figures d'attachement, les personnes LGBTQIA+ réunissent les principaux facteurs de risque de développement d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) ou d'un Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C).

Méthode :

Le premier article établit la traduction et la validation transculturelle de l'International Trauma Questionnaire (ITQ ; Cloitre et al., 2018), un auto-questionnaire permettant d'évaluer les symptômes de TSPT et TSPT-C selon les critères de la Onzième Classification Internationale des Maladies (CIM-11). Le second article est une revue systématique de la littérature visant à recenser les prévalences de TSPT et de TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+ et à identifier les facteurs associés aux symptômes de TSPT et de TSPT-C. Le troisième article présente les résultats d'une étude empirique menée en France en population

générale adulte comprenant des personnes LGBTQIA+, visant à comparer l'exposition aux violences (discriminations, évènements potentiellement traumatiques), leurs répercussions traumatiques (TSPT, TSPT-C) et à explorer les facteurs pouvant influencer la symptomatologie.

Résultats :

Le travail de traduction et validation transculturelle a rendu disponible une version française de l'ITQ valide et présentant une structure factorielle équivalente à la version originale. L'outil montre une validité convergente et divergente satisfaisantes, ainsi qu'une bonne stabilité dans le temps (Peraud et al., 2022).

La revue systématique de la littérature portant sur 60 articles a permis de relever des prévalences de TSPT extrêmement élevées chez les personnes LGBTQIA+. Certains groupes apparaissent comme particulièrement vulnérables, notamment les personnes bisexuelles (10,3-35,7 % TSPT) et les personnes transgenres (36,8-64,3 % TSPT). Les facteurs associés aux symptômes se situent à des niveaux multiples : individuel, interpersonnel, organisationnel, communautaire et politique (Peraud et al., en révision).

L'étude empirique menée en France sur un échantillon de 2175 personnes a montré des taux d'exposition aux violences particulièrement élevés chez les personnes LGBTQIA+ en comparaison des personnes cisgenres hétérosexuelles. Cela se traduit par des prévalences de TSPT et de TSPT-C élevées, en particulier chez les personnes transgenres et de la diversité de genre (10-14 % TSPT ; 12-32 % TSPT-C ; 25-46 % prévalence cumulée) et les personnes pansexuelles (11,6 % TSPT ; 28 ;4 % TSPT-C ; 40 % prévalence cumulée) (Peraud et al., en préparation). Les analyses de régressions hiérarchiques montrent que de nombreux facteurs participent à la symptomatologie de TSPT et TSPT-C (e.g., dissociation, caractéristiques des violences, fonctionnement familial, coping). Certains facteurs semblent plus spécifiques à la

population LGBTQIA+ (e.g., discriminations, violences en lien avec l'identité LGBTQIA+, revenus, âge) (Peraud et al., en préparation).

Discussion :

Les résultats de cette recherche doctorale soulignent que l'exposition aux violences chez les personnes LGBTQIA+ relève d'un enjeu de santé publique. Il apparaît aujourd'hui essentiel de soutenir les actions déjà existantes et de proposer de nouveaux dispositifs de prévention et de soin auprès de ces personnes. Cela ne peut pas exister sans une volonté institutionnelle et politique ancrée dans la lutte contre les inégalités.

Mots clés :

LGBTQIA+ ; Trouble de Stress Post-Traumatique ; Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe ; Exposition aux violences ; CIM-11 ; Minorités sexuelles et de genre

Laboratoire de Psychologie – Université de Bordeaux

[LabPsy, UR4139, 3 Ter Place de la Victoire, 33000 Bordeaux – Université de Bordeaux]

Abstract

Post-Traumatic Stress Disorder and Complex Post-Traumatic Stress Disorder among LGBTQIA+ individuals : Prevalences and associated factors

Context:

LGBTQIA+ individuals make up 9 % of the population (IPSOS, 2023). The LGBTQIA+ acronym encompasses people with diverse profiles regarding their sexual orientation, gender identity, anatomical characteristics, or, more broadly, their relationship to heterosexual and cisgender norms. LGBTQIA+ individuals constitute a vulnerable population, particularly concerning physical and psychological health. Frequently subjected to chronic interpersonal violence, which can begin in childhood and involving attachment figures, LGBTQIA+ individuals share the main risk factors for developing Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) or Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD).

Method:

The first article establishes the translation and cross-cultural validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al., 2018), a self-report questionnaire that assesses PTSD and C-PTSD symptoms according to the criteria of the Eleventh International Classification of Diseases (ICD-11). The second article is a systematic literature review aimed at collecting prevalence data on PTSD and C-PTSD in LGBTQIA+ individuals and identifying factors associated with PTSD and C-PTSD symptoms. The third article is a standardized study conducted in France among the general adult population, including LGBTQIA+ individuals, to compare exposure to violence, its traumatic impacts (PTSD, C-PTSD), and explore factors that may influence traumatic symptoms.

Results:

The translation and cross-cultural validation process produced a validated French version of the ITQ, demonstrating a factorial structure equivalent to the original version. The tool shows satisfactory convergent and divergent validity, as well as good temporal stability (Peraud et al., 2022).

The systematic literature review, based on 60 articles, revealed extremely high PTSD prevalence rates among LGBTQIA+ individuals. Certain groups appear particularly vulnerable, notably bisexual individuals (10.3-35.7 % PTSD) and transgender individuals (36.8-64.3 % PTSD). The factors associated with symptoms exist at multiple levels: individual, interpersonal, organizational, community, and political (Peraud et al., under review).

The empirical study conducted in France on a sample of 2175 individuals showed significantly higher rates of violence exposure among LGBTQIA+ individuals compared to cisgender heterosexual individuals. This is reflected in elevated PTSD and C-PTSD prevalence, particularly among transgender and gender-diverse individuals (10-14 % PTSD; 12-32 % C-PTSD; 25-46 % cumulative prevalence) and pansexual individuals (11.6 % PTSD; 28.4 % C-PTSD; 40 % cumulative prevalence) (Peraud et al., in preparation). Hierarchical regression analyses indicate that various factors contribute to PTSD and C-PTSD symptomatology (e.g., dissociation, characteristics of violence, family functioning, coping). Some factors appear more specific to the LGBTQIA+ population (e.g., discrimination, violence related to LGBTQIA+ identity, income, age) (Peraud et al., in preparation)

Discussion:

The results of this doctoral research emphasize that considering exposure to violence in LGBTQIA+ individuals is a public health issue. It is now essential to support existing actions

and propose new prevention and care measures for the benefit of these individuals. Such efforts cannot exist without institutional and political commitment rooted in the fight against inequality.

Keywords: LGBTQIA+; Post-Traumatic Stress Disorder; Complex Post-Traumatic Stress Disorder; Violence Exposure; ICD-11 ; Sexual and gender minorities

Laboratoire de Psychologie – Université de Bordeaux

[LabPsy, UR4139, 3 Ter Place de la Victoire, 33000 Bordeaux – Université de Bordeaux]

Remerciements

En premier lieu, mes sincères remerciements aux membres du jury qui ont accepté d'évaluer ce travail. **Elodie Charbonnier, Olivier Vecho, Nicole Rascle, Marie-Jo Brennstuhl** et **Arnaud Alessandrin**, merci pour le temps que vous allez consacrer à l'évaluation de ce manuscrit.

Un merci profond à **Bruno Quintard**, pour ton accompagnement tout au long de ces années. Il y a une certaine fierté à écrire ces remerciements aujourd'hui, en repensant au jour où je suis venu discuter avec toi d'un hypothétique projet de thèse. Merci pour ton humanité, ta disponibilité, ton exigence de la forme, ton humour, tes conseils. J'ai eu la chance d'avoir un directeur toujours disponible pour échanger. J'ai aussi la chance d'avoir un directeur au moins aussi têtu (déterminé ? Convaincu ?) que moi et, après quatre années je dois l'admettre, tu avais souvent raison. Merci pour ta confiance et ton accompagnement dans cette aventure.

Il m'aura fallu quelques années pour comprendre que cette thèse est avant tout une histoire de liens. En quatre ans, il y a des relations qui se sont construites, d'autres qui se sont ébranlées, et certains qui se sont renforcées. Ces quelques lignes (avec le recul, ce sera finalement quelques pages) sont un hommage aux personnes qui m'ont permis d'écrire cette thèse, mais surtout de devenir qui je suis aujourd'hui.

Emilie, merci de m'avoir fait découvrir ce qu'est l'amour. C'était pas le défi le plus simple ! A croire que tu aimes les défis, parce que me suivre durant ces quatre années qui m'ont vu exceller dans mon rapport bancal au travail, c'était pas le plus simple non plus. Merci pour ta patience, merci pour ton soutien, merci pour ton humour, merci pour ta bravoure, merci d'être la personne que tu es. Merci pour ces moments hors du temps passés ensemble, à la montagne, au Pays-Basque ou en Ecosse. Ce temps je vais enfin pouvoir te le

rendre, et il me tarde de faire le tour du monde (ou déjà des Pyrénées) en Eriba à tes côtés. Merci aussi pour le soutien que tu m'as apporté dans mon travail, de public lorsque je m'entraînais pour mes diapos, jusque dans la rédaction du manuscrit (à ce stade on est plus proche de l'emploi dissimulé que du soutien pour être honnête)¹. Merci pour tout ce que tu es, pour tout ce que l'on apprend ensemble, et tout ce qu'il nous reste à construire ensemble. Ces années à tes côtés ont été précieuses. Notre relation m'est précieuse.

Youhou et merci à ma famille, parce que, avant tout, c'est vous qui m'avez fait découvrir ce qu'est l'amour. C'est aussi vous qui m'avez fait découvrir ce qu'est avoir un rapport passionnel au travail, ce qui n'est pas toujours un cadeau mais cela me permet d'écrire ces remerciements.

Merci à **ma maman**, pour tout. Pour ta force, pour ta stabilité, pour ton amour, pour ton humour, pour ton goût du travail bien fait². Merci d'avoir fait équipe pendant toutes ces années. Merci d'être partante, même lorsque je te propose d'aller raconter notre vie devant une dizaine d'inconnus. Merci d'être ma maman. A nos prochains voyages, sans aucun doute en Ecosse. Et un grand merci à **Jean-Louis** de prendre soin de ma maman !

Merci à **mes grands parents**, encore une fois pour tout. Merci pour votre force, pour l'amour du pain et de la charcuterie, pour ces souvenirs d'enfance et d'aujourd'hui. C'est aussi grâce à votre amour du jardinage que mon appartement a plus de plantes que de m² aujourd'hui. Merci à **ma mamie** pour cet apprentissage intensif de la lecture devant les panneaux publicitaires d'Intermarché. Merci à **mon papi** pour ces heures passées au potager à arroser les tomates, mais surtout sans toucher les feuilles. Merci à vous deux de m'avoir

¹ Cher jury, si vous lisez ceci, je vous assure qu'elle mérite au moins un doctorat honorifique.

² « Fainéant mais intelligent !!! », je crois que je vais m'autoriser à fainéanter bêtement devant la PS5 pour les prochains temps quand même.

poussé à aller toujours plus loin dans les études³. Merci à **mon arrière grand-mère**, pour ces souvenirs, ces confitures de cerises et ces heures passées à me parler de gens que je ne connais pas mais à écouter quand même.

Merci à mes cousins, **Maëva, JB, Ganou**, à mon oncle, **Didier**, et ma tante, **Monique**, pour ces souvenirs d'été et de repas de famille. Ces moments où je passais de fils unique à famille nombreuse deux mois par ans sont gorgés de bon souvenirs, mis à part peut être quand vous m'enfermiez dehors. Les liens évoluent, mais je suis fier de voir que nous continuons de nous retrouver, avec quelques têtes supplémentaires : **Baptiste, Fabrice, Manon, Tylio**.

En parlant de famille nombreuse, merci à ma belle famille, **Jean-Pierre & Valérie, Pauline, Elise, Marie & Arnaud, Jean-François & Maéva**, pour ces souvenirs de vacances à la montagne. Merci de m'avoir accueilli dans votre si belle famille (et l'occasion de remercier Emilie de m'y avoir invité). Un merci tout particulier à **Jean-Pierre & Valérie** pour avoir accepté d'héberger dans les Pyrénées un ermite au bord du burnout tout au long du mois d'Août, le temps de rédiger cette thèse. Vivement la prochaine fête du village.

A mon père qui, à sa manière, a participé à la personne que je suis aujourd'hui.

Un merci particulier à mes amis, à mes collègues, à mes amis devenus collègues, à mes collègues devenus amis...

Zaza, coco, laulau, guigui, des bancs de la fac aux terrasses de cafés, ce qui change aujourd'hui c'est juste qu'on ajoute nos +1 (cc **Touns** et **Mass**), et qu'il faut faire un doodle pour partir en weekend en Dordogne (y a pas non plus que des avantages à être adulte). Merci pour ces verres, ces pétanques et ces raclettes. Ces dernières années de cohabitation avec ma

³ « Tant que tu peux, continue ! », heureusement que vous ne savez pas ce qu'est un HDR, sinon cette histoire aurait pu me coûter encore quelques années.

thèse ont pris beaucoup de place, y compris dans des relations qui me sont importantes, et j'espère bien que les choses vont retourner dans l'ordre.

Merci à **Dr Hugo** et **Dr Marie**, pour l'équipe que nous avons construite tout au long de ces années. Cette aventure doctorale n'aurait clairement pas eu le même goût sans vous. Merci d'avoir ouvert la voie (et d'avoir essuyé quelques plâtres aussi), merci pour vos conseils, pour votre humour, pour votre réconfort, pour ces petits fours à Tours (et vivement les prochains). Tout au long de cette recherche doctorale, lorsque je ne savais pas comment faire quelque chose, je regardais comment Hugo et Marie avaient fait. J'ai hâte de voir ce que va devenir notre vie après la thèse, et promis on se lâche pas.

Merci à **Louis**, pour ce travail d'équipe tout au long de ces dernières années. Nous aurons partagé tant notre passion pour les plantes vertes que nos galères avec l'administratif. Merci pour ton humour, ta force de caractère, ta persévérance, et ton aide si précieuse pour chaque projet de cette recherche doctorale. Merci de m'avoir économisé des nuits blanches sur R Studio. Je serai là pour te rendre la pareille (enfin sauf pour les stats, je te laisse gérer). J'ai hâte que nous n'ayons plus jamais à râler ensemble sur les CPP !

Merci à **Alix**, d'avoir été une source d'inspiration professionnelle incroyable. Du stage au CASPERTT à l'équipe d'Abzac, tu fais partie de ces personnes qui ont profondément marqué mon parcours professionnel, qu'il soit universitaire ou libéral. Ton énergie et ta passion pour les choses que tu entreprends est aussi inspirante qu'inquiétante, pense à prendre du magnésium. Merci de m'avoir fait confiance dans nos projets communs, et j'espère bien qu'il y en aura d'autres !

Un merci plus large à toute l'équipe d'Abzac : **Corinne, Cédric, Alix, Myriam, Carole, Nadège, Christophe, Katia, Virginie**. Découvrir la clinique à vos côtés est une chance précieuse, et c'est une joie immense que de pouvoir exercer ce métier dans une aussi

belle équipe. Un merci tout particulier à **Corinne** pour m'avoir fait confiance alors que je n'étais qu'un tout bébé psychologue. Merci de m'avoir très grandement et fortement incité à me former à l'ICV. Puis merci de m'avoir très grandement et fortement incité à me former à la systémie. Merci pour ces supervisions express les premiers mois, quelle chance d'avoir eu un tel filet de sécurité dans ma pratique ! Et merci à ce beau duo formé avec **Cédric**, qui a été si précieux dans mon identité de clinicien. Merci à toi Cédric pour ces jeux de rôles puissants. Merci à vous deux d'avoir créé un cadre de formation permettant d'expérimenter la systémie avec sa propre famille. C'est une expérience qui compte, tant professionnellement parlant que personnellement.

Dans la même veine, un grand merci à tous les collègues qui composent le groupe de formation à la systémie : **Hugo, Clarisse, Anne Solène, Carole, Virginie, Eloïse, Nelly, Christine**. Ces quatre années de formation ont été une expérience où, au-delà d'intégrer un regard systémique à ma pratique (ce qui était un peu l'objectif), j'ai surtout pu expérimenter un lien humain précieux. C'est une chance d'avoir pu grandir sur tant d'aspects à vos côtés, et vous voir vous-même évoluer était un vrai cadeau. Un merci tout particulier à toi **Clarisse**, je suis très chanceux d'avoir une telle collègue avec qui râler sur le monde depuis le Master 1 ! Je suis très heureux de signer pour une cinquième année à pleurer à vos côtés.

Un merci à tous les collègues doctorants que j'ai croisé sur mon chemin. Un merci tout particulier aux camarades de l'équipe santé : **Hugo, Marie, Louis, Léa, Constance, Natalija, Amélie, Wilfried, Maria, Noémi, Nicolas**, pour ces bières qui ont jalonné ces quatre années. Notre capacité à râler est grande, mais notre humour l'est encore plus. Egalement un merci aux camarades du Labpsy, teinté d'un gout d'inachevé. Mes heures de travail et mon côté ermite en télétravail m'auront empêché de profiter pleinement des chouettes personnes que vous êtes, mais les quelques moments partagés m'ont fait du bien !

Un grand merci à toutes les personnes qui ont directement participé à rendre cette thèse telle qu'elle est aujourd'hui. C'est l'occasion de re-remercier beaucoup de monde, mais je ne suis plus à un paragraphe près (Bruno dirait que je suis bavard).

S'il n'y a que mon nom sur la page de garde, tous les travaux qui constituent cette thèse ont été construits à plusieurs mains. Un énorme merci à **Louis**, colonne vertébrale statistique de tous ces travaux. Et merci à **Hugo, Marie, Alix, Victor, Fanny, Samuel, Maria, Martin, Hamé** pour l'aide méthodologique, analytique et rédactionnelle.

Merci à l'équipe de relecteurs et relectrices qui m'ont épaulé dans la rédaction de ce manuscrit, que ce soit à questionner le fond ou à épier les oublis d'espace avant le %. Un énorme merci à **Emilie**, pouvoir avoir relu avec autant de précision chaque ligne écrite, et même plusieurs fois (quand je vous dis qu'elle mérite un prix) ! Merci à **Marie, Fanny, Hugo, Victor**, pour ces relectures qui ont nourri mon caractère obsessionnel en allant toujours plus loin et plus clairement dans le fond. Merci à **Eliza, Constance, Amélie, Cédric, Corinne, Katia** pour toutes les relectures de fond et de forme.

Mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont participé aux différentes recherches qui ont été menées. Également, mes sincères remerciements à ceux que j'ai pu rencontrer dans ma pratique, à ces personnes, ces couples, ces familles, dont votre confiance m'est précieuse. Je sais à quel point ce que vous faites demande du courage, et on peut dire que vous en avez.

J'en profite également pour remercier ma propre psy, **Catherine**, pour ces années de thérapies passées et celles à venir.

Table des matières

Table des illustrations.	16
Glossaire	18
Préambule	20
Introduction	21
Chapitre 1 Événements potentiellement traumatiques, Troubles de Stress Post-Traumatique et conséquences.	25
1. Introduction	26
2. Définir ce qui constitue un événement potentiellement traumatique	27
3. Fréquences d'exposition à un événement potentiellement traumatique.....	33
4. Les expériences adverses durant l'enfance	35
5. Conceptualiser le stress post-traumatique	37
5.1. Le Trouble de Stress Post-Traumatique selon le DSM-5	37
5.2. Les Troubles de Stress Post-Traumatique selon la CIM-11	38
6. Outils d'évaluation du TSPT et du TSPT-C	47
7. Adaptation et validation transculturelle de la version française de l'International Trauma Questionnaire (Article 1).....	49
8. Prévalences de TSPT et de TSPT-C	81
9. Facteurs associés au TSPT et au TSPT-C.....	82
10. Comorbidités associées au TSPT et au TSPT-C	86
11. La place de la dissociation dans le TSPT et le TSPT-C.....	88
Points à retenir	94
Chapitre 2 Les personnes LGBTQIA+	95
1. Introduction	96
2. Aspects définitoires et historiques.....	97
2.1. Des orientations sexuelles et des identités de genre ?.....	97
2.2. Des droits acquis, et des droits à acquérir	103
3. Les personnes LGBTQIA+ face aux violences.....	109
3.1. De la stigmatisation aux crimes de haine	109
3.2. Développer des stratégies pour faire face	114
4. Quand la violence devient internalisée : Le stress des minorités	118
5. Etat des lieux de la santé des personnes LGBTQIA+	120
6. Le lien comme source de résilience	125
7. Prévalences et facteurs associés aux troubles de stress post-traumatiques chez les personnes LGBTQI+ : une revue systématique de la littérature (Article 2).....	127

Points à retenir	194
Chapitre 3 Recherche empirique : Prévalences de TSPT/TSPT-C et facteurs associés dans un échantillon français de personnes LGBTQIA+ et cisgenres hétérosexuelles ...	195
1. Construction du projet de recherche.....	196
1.1. Problématique.....	196
1.2. Objectifs et hypothèses.....	197
1.3. Accords éthiques et juridiques	198
2. Fréquence d'exposition aux discriminations, aux événements potentiellement traumatiques et prévalences de TSPT et TSPT-C chez les personnes cisgenres hétérosexuelles, cisgenres LGB+ et transgenres et de genres diverses (Article 3)	202
3. Facteurs prédictifs du TSPT et du TSPT-C au sein d'un échantillon français de personnes cisgenres hétérosexuelles et de personnes LGBTQIA+	239
3.1. Rapide contexte théorique et objectifs	239
3.2. Procédure.....	240
3.3. Outils	241
3.4. Analyses statistiques	243
3.5. Résultats	244
3.6. Premier constat et analyses complémentaires.....	260
3.7. Discussion des résultats.....	270
Points à retenir	281
Chapitre 4 Discussion générale	282
1. Mise en perspective des études	283
1.1. Questionnements transversaux	289
1.2. Forces et limites	300
2. Perspectives.....	303
2.1. Perspectives de recherches	304
2.2. Perspectives cliniques	308
2.3. Perspectives institutionnelles et politiques.....	315
Conclusion.....	318
Bibliographie.....	320
Annexes	359
Table des Annexes.....	360

Table des illustrations

Liste des tables

Tableau 1. *Définitions du Critère A du TSPT selon les versions du DSM. Traduit et adapté de l'article de Marx et collègues (2024). Page 31.*

Tableau 2. *Critères diagnostiques du Trouble de Stress Post-Traumatique et du Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe selon les critères de la CIM-11 (WHO, 2022). Page 43.*

Tableau 3. *Composition des groupes cisgenres hétérosexuels et LGBTQIA+ selon leurs caractéristiques sociodémographiques. Page 246.*

Tableau 4. *Fréquence d'exposition aux Événements Potentiellement Traumatiques chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+. Page 248.*

Tableau 5. *Statistiques descriptives relatives aux variables mesurées. Page 250.*

Tableau 6. *Comparaison de moyennes relative aux variables mesurées entre les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+ de notre échantillon. Page 252.*

Tableau 7. *Matrice de corrélations pour les variables EPT, TSPT, TSPT-C, discriminations, dissociation, fonctionnement familial et coping pour l'ensemble de l'échantillon. Page 253.*

Tableau 8. *Analyses de régressions hiérarchiques pour le TSPT chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+. Page 255.*

Tableau 9. *Récapitulatif des variables prédictrices du TSPT chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+. Page 257.*

Tableau 10. *Régressions hiérarchiques pour le TSPT-C chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+. Page 259.*

Tableau 11. *Récapitulatif des variables prédictrices du TSPT-C chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+. Page 260.*

Tableau 12. *Statistiques descriptives des événements mesurés par le questionnaire ITEM.* Page 263.

Tableau 13. *Modèles de régressions hiérarchiques alternatifs du TSPT chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+.* Page 265.

Tableau 14. *Modèles de régressions hiérarchiques alternatifs du TSPT-C chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+.* Page 268.

Liste des figures

Figure 1. *Regroupement de symptômes dans le TSPT selon le DSM-5 (APA, 2013) et le DSM-5-Tr (APA, 2022).* Page 38.

Figure 2. *Regroupement de symptômes dans le TSPT et le TSPT-C selon les critères de la CIM-11 (WHO, 2022).* Page 46.

Figure 3. *Modèles des relations entre trauma, dissociation et TSPT. Tiré de Dalenberg et Carlson (2012).* Page 91.

Figure 4. *Séquences fréquentes des étapes clés du développement de l'identité LGB+.* Tiré et traduit de Hall et al., 2021. Page 100.

Figure 5. *Rôle médiateur du stress des minorités dans la relation entre le statut social et les issues de santé.* Figure traduite de Meyer (2019). Page 120.

Figure 6. *Modèle des déterminants sociaux des inégalités en santé.* Tiré de Karatekin et al. (2022), adapté de Solar et Irwin (2010). Page 124.

Figure 7. *Modèle des déterminants sociaux du Trouble de Stress Post-Traumatique et du Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe, repris du modèle original des déterminants sociaux des inégalités en santé de Solar et Irwin (2010) et de la version modifiée de Karatekin et collaborateurs.* Page 285.

Glossaire

ACE : Adverse Childhood Expériences.

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.

APA : American Psychiatric Association.

CEDH : Cours Européenne des Droits de l'Homme.

CER : Comité d'Ethique de la Recherche.

CIM : Classification Internationale des Maladies.

CLE : Comité Local d'Ethique.

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

CPP : Comité de Protection des Personnes.

DESNOS : Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified.

DPO : Délégué à la Protection des Données.

DSM : Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders.

DSS-B : Dissociative Symptoms Scale – Brief Version.

DTD : Developmental Trauma Disorder.

EPT : Evénement Potentiellement Traumatique.

EUAFR : European Union Agency for Fundamental Rights.

HALDE : Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité.

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes.

IG : Identité de genre.

ITQ : International Trauma Questionnaire.

LGB : Personnes Lesbiennes, Gays, Bisexuelles.

LGBTQIA+ : Personnes Lesbiennes, Gays, Bisexuelles, Transgenres, Queer, Intersexes, Asexuelles et autres.

ONU : Organisation des Nations Unies.

OS : Orientation sexuelle.

POS : Perturbations dans l'Organisation de Soi.

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données.

RIPH : Recherche Impliquant la Personne Humaine.

SCORE-15 : Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation – 15 items.

SGM : Sexual and Gender Minority.

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise.

SIDES : Structured Interview for Disorders of Extrem Stress.

SOGI : Sexual Orientation and Gender Identity.

TDG : Personnes Transgenres et de la Diversité de Genre.

TGD : Transgender and Gender Diverse.

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique.

TSPT-C : Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe.

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

WHO : World Health Organization.

Préambule

Quelques éléments sont à mentionner avant d'introduire pleinement cette recherche doctorale. Tout au long de ce manuscrit, plusieurs acronymes sont employés, notamment pour parler des personnes Lesbien(ne)s, Gays, Bisexuel(le)s, Transgenre(s), Intersex(e)s, Asexuel(le)s et autres (LGBTQIA+). Tous les acronymes sont définis en amont, et un lexique est mis à disposition. Nous avons tâché de maintenir une constante sur les acronymes employés, mais certaines variantes peuvent être notées (e.g., LGB). Ces variations sont employées uniquement lorsqu'elles sont nécessaires à une retranscription fidèle des résultats des études mentionnées. Il ne s'agit pas d'une coquille rédactionnelle, mais bien d'un recadrage spécifique à l'échantillonnage des études. Au-delà des acronymes, nous avons conscience que certaines définitions proposées pourront parfois être incomplètes, ne pas toujours refléter pleinement le vécu des personnes ou encore donner le sentiment de cloisonner certains aspects. S'il n'en est rien dans la réalité, cela vient traduire l'une des difficultés que nous avons rencontrées en tant que chercheur en psychologie ayant adopté une approche essentiellement quantitative.

Nous avons rédigé ce manuscrit avec l'emploi du masculin générique. Cela traduit chez nous à la fois un défaut d'expérience dans la rédaction de textes suivant les principes généraux de l'écriture inclusive (et de temps pour apprendre), et une crainte vis-à-vis de la lisibilité du manuscrit, déjà bien chargé d'acronymes. Avec le recul, nous regrettons ce choix, qui fera peut-être l'objet d'une mise à jour pour une version diffusée. Nous avons néanmoins tâché, tout au long de la rédaction, d'éviter l'emploi du masculin générique au profit de formulations neutres.

Introduction

Dans quelle mesure les personnes lesbiennes⁴, Gay⁵, Bisexuelles⁶, Transgenres⁷, Queer⁸, Intersexes⁹, Asexuelles¹⁰ et autres (LGBTQIA+), sont exposées aux violences ? Comment l'exposition à ces violences se traduit-elle en termes de prévalences de Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) et de Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C) ? Quels sont les facteurs impliqués dans la symptomatologie de ces deux troubles chez les personnes LGBTQIA+ ? Certains facteurs sont-ils spécifiques aux personnes LGBTQIA+ ? Voici les questionnements qui ont guidé cette recherche doctorale.

Il est établi que les personnes LGBTQIA+ constituent une population particulièrement vulnérable sur le plan de la santé, physique (Erlangsen et al., 2023a; Haarmann et al., 2024a; van Zijverden et al., 2024) et mentale (Kohnepoushi et al., 2023; Liu et al., 2019a; Marchi et al., 2023a; Ross et al., 2018) en comparaison des personnes cisgenres¹¹ hétérosexuelles¹² : quatre fois plus à risque de faire une tentative de suicide (Marchi et al., 2022), deux fois plus à risque de vivre des symptômes anxieux ou dépressifs, deux fois plus à risque de vivre un trouble de l'usage de substances (Wittgens et al., 2022)... Ce ne sont que quelques exemples

⁴ Femme attirée exclusivement par d'autres femmes. Cette définition et les suivantes sont en grande majorité reprises de celles proposées par le lexique du Wiki Trans. <https://wikitrans.co/lexique/>

⁵ Homme attiré exclusivement par d'autres hommes.

⁶ Personne pouvant éprouver de l'attirance pour plus d'un genre, non nécessairement de la même manière, fréquence ou degré.

⁷ Personne qui ne se reconnaît pas dans le genre qu'on lui a assigné à la naissance.

⁸ Ancienne insulte (signifiant en anglais : « bizarre, tordu ») réappropriée par des personnes qui se revendiquent de façon politique en dehors des normes hétérosexuelles et cisgenres. Peut être utilisé par des personnes qui ne souhaitent pas se définir dans une catégorie plus restreinte.

⁹ Les personnes intersexes sont nées avec des caractères sexuels (génitaux, gonadiques ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps masculins ou féminins (Collectif Intersexe Activiste, 2018).

¹⁰ Personne qui n'éprouve pas ou peu d'attirance sexuelle pour qui que ce soit.

¹¹ Personne en adéquation avec le genre qui lui a été assigné à la naissance en fonction de ses organes génitaux. Antonyme de transgenre.

¹² Personnes attirées par d'autres personnes du sexe ou du genre opposé.

de l'enjeu de santé publique qui touche cette population. Si les facteurs expliquant ces disparités au regard du reste de la population sont multiples, ils puisent majoritairement leur source dans un contexte sociétal où les personnes sortant de la norme cisgenre et hétérosexuelle sont exposées à un continuum de violences. Ces violences sont parfois structurelles, du fait de différences de traitement inscrites dans la loi. Elles sont parfois sociétales, portées par des représentations stigmatisantes véhiculées dans les médias. Elles peuvent être également interpersonnelles, allant de micro-agressions¹³ jusqu'aux crimes de haine. Elles peuvent exister dans toutes les sphères de vie, du travail à la famille, en passant par le système de santé. Elles peuvent apparaître dès l'enfance, parfois même avant de s'être formulé à soi-même une identité en dehors de la norme cisgenre hétérosexuelle. Ces violences se traduisent par une vulnérabilité psycho-sociale majeure, au travers de nombreuses barrières : dans l'accès à la scolarité, dans l'accès à l'emploi, dans l'accès au logement, dans l'accès à la santé, dans l'accès à la justice, dans l'accès aux droits. En somme, autant de défis à la résilience.

Considéré dans son ensemble, ce contexte conduit les personnes LGBTQIA+ à être exposées aux principaux facteurs de risque pour le développement d'un TSPT et, plus particulièrement, d'un TSPT-C. Néanmoins, la littérature sur le sujet est encore rare. A ce jour et à notre connaissance, aucune étude en France ne s'est intéressée au TSPT et au TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+. A l'échelle internationale, les études sont plus nombreuses à avoir investigué le TSPT¹⁴, mais ne sont qu'une petite poignée à avoir exploré les symptômes de TSPT-C. Ces perspectives de recherche sont pourtant précieuses, tant pour guider les

¹³ Les microagressions sont des attaques verbales interpersonnelles entre individus qui sont vécues au quotidien. Le préfixe « micro » est utilisé pour signifier l'échelle des relations et ne fait donc pas référence à quelque chose de petit. Il s'agit généralement de comportements ou remarques insidieuses, souvent banalisés, pouvant avoir des effets néfastes sur les personnes visées. Pour aller plus loin : <https://www.microagressions.ca/informations-sur-les-microagressions/> ; <https://meandyoutoo.app/news/definition-micro-agressions>

¹⁴ Tel que défini dans des classifications autres que la onzième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11).

orientations cliniques (e.g., stratégies de prise en charge) que les politiques publiques. A ce titre, cette recherche doctorale s'inscrit pleinement dans le cadre des objectifs annoncés par le plan national 2023-2026 pour l'égalité, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+, annoncé par Isabelle Rome, ancienne ministre chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Egalité des chances, et porté par la DILCRAH¹⁵ (2024b).

Le récit de cette recherche doctorale se déroule en quatre chapitres, jalonnés par 3 articles :

- Le premier chapitre vise à resituer les enjeux nosographiques liés aux diagnostics de TSPT et de TSPT-C. Sans nécessairement dresser un historique de ces troubles, il présente les différents cadres conceptuels et leur manière de considérer tant les événements potentiellement traumatiques, que les symptômes qui constituent ces troubles. Y est présenté le travail d'adaptation et de validation transculturelle française d'un outil d'auto-évaluation des symptômes de TSPT et de TSPT-C selon les critères de la CIM-11 : l'International Trauma Questionnaire (ITQ ; **Article 1**). Enfin, nous présentons les données cliniques actualisées pour ces deux troubles, que ce soit en termes de prévalences en population générale, qu'en termes de facteurs de risque ou de comorbidités.

- Le second chapitre aborde les multiples enjeux relatifs aux personnes LGBTQIA+. Il commence par un nécessaire point définitoire, puis nous situe le contexte historique d'une lutte de plusieurs décennies pour l'accès aux droits. Il détaille plus en avant l'enjeu des violences envers les personnes LGBTQIA+, pour dresser un état des lieux de la santé de cette population. Il se conclut par la présentation d'une revue systématique de la littérature, portant sur les prévalences et les facteurs associés aux troubles de stress post-traumatiques chez les personnes LGBTQI+ (**Article 2**).

¹⁵ Délégation Interministérielle à la Lutte contre le Racisme, l'Antisémitisme et la Haine anti-LGBT.

- Le troisième chapitre présente le travail empirique que nous avons mené au cours de cette recherche doctorale. Il pose les différents objectifs qui ont porté ce travail, ainsi que les éléments éthiques et juridiques qui l'ont jalonné. La première partie des résultats porte sur la fréquence d'exposition aux discriminations, aux événements potentiellement traumatiques et les prévalences de TSPT et de TSPT-C dans un échantillon français de personnes cisgenres LGB+ et de personnes transgenres et de la diversité de genre, comparé à un échantillon de personnes cisgenres hétérosexuelles (**Article 3**). Ces données descriptives et comparatives sont complétées par des résultats portant sur les facteurs prédictifs du TSPT et du TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+ et les personnes cisgenres hétérosexuelles. Les résultats relatifs à cette recherche empirique y sont discutés.

- Enfin, le quatrième chapitre propose une discussion générale des travaux que nous avons menés au cours de cette recherche doctorale. Il débute par une mise en perspective de nos résultats, et propose notamment un modèle relatif aux déterminants sociaux et psychosociaux du TSPT et du TSPT-C, qui synthétise l'ensemble de nos résultats. Nous y prenons le temps d'aborder certains questionnements qui nous ont traversé tout au long de ces quatre années, puis identifions les principales forces et limites de notre travail. Enfin, nous concluons par différentes perspectives qui émergent de cette recherche doctorale, que ce soit en termes de recherches, de pratique clinique, mais également de perspectives institutionnelles et politiques.

Chapitre 1 | Événements potentiellement traumatiques, Troubles de Stress Post-Traumatique et conséquences

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

1. Introduction

La littérature autour du TSPT/TSPT-C peut être complexe et une certaine confusion est parfois à noter dans les termes employés, tant du côté de la littérature scientifique que du côté des professionnels de terrain (Lavandier et al., Soumis; Siddaway, 2024)¹⁶. La distinction n'est pas toujours claire entre (1) les événements et (2) les conséquences possibles, mais non certaines, de ces événements sous la forme d'un TSPT ou d'un TSPT-C, et/ou d'une psychopathologie distincte ou comorbide à un TSPT/TSPT-C.

Cette confusion est particulièrement présente avec le terme de « trauma complexe » qui, selon les personnes qui l'emploient, peut désigner une certaine typologie d'événements potentiellement traumatiques (généralement de nature interpersonnelle et chronique, durant l'enfance), ou bien l'état de santé des victimes (incluant souvent les symptômes de TSPT-C, mais incluant également les comorbidités). Parfois même, le terme englobe tout simplement ces deux aspects. Une autre forme de complexité peut également se retrouver au niveau de la définition de ce qui constitue un événement potentiellement traumatique et des multiples caractéristiques possibles (e.g., forme, sévérité, durée, fréquence, période développementale, possibilité de fuite, potentielle mortalité, nature interpersonnelle, impliquant des violences sexuelles...). Plusieurs termes co-existent dans la littérature pour qualifier ces événements (e.g., événements critère A, expériences adverses durant l'enfance, trauma type I/II/III), termes non mutuellement exclusifs. Enfin, la définition même du TSPT n'est pas fixement établie aujourd'hui. Les deux principales classifications nosographiques (i.e., DSM-5-TR¹⁷ et CIM-11) établissent des conceptualisations différentes et d'autres propositions existent en dehors des classifications nosographiques (e.g., Developmental Trauma Disorder). La

¹⁶ Ce constat a donné lieu à une collaboration à plusieurs mains (Alix Lavandier, William Peraud, Louis Hebard, Julianne Tortes Saint-Jammes, Cyril Tarquinio, Marie-Jo Brennstuhl) dans la rédaction d'une scoping review portant sur la définition et la conceptualisation du TSPT-C.

¹⁷ Cinquième version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

rédaction du chapitre qui suit a été guidée par la volonté de distinguer clairement ces différents éléments afin d'en faciliter la compréhension.

Ce premier chapitre porte sur les événements potentiellement traumatiques et les conséquences qui peuvent en découler, plus particulièrement sous la forme d'un stress post-traumatique. Il a pour objectif de définir ce qui constitue un événement potentiellement traumatique, de retracer comment la définition a pu évoluer au fil des décennies et de situer les taux d'exposition aux événements potentiellement traumatiques. Il aborde également les répercussions possibles de l'exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatiques, notamment durant l'enfance, sur la santé physique et mentale. Il retrace l'évolution de la conceptualisation du TSPT, les différentes manières de l'évaluer et propose ensuite une adaptation et validation française d'un auto-questionnaire pour évaluer le TSPT et le TSPT-C selon la 11^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (WHO, 2022). Enfin, il dresse un état des lieux des prévalences de TSPT et TSPT-C, des facteurs associés et des comorbidités fréquemment rapportées pour ces deux troubles.

2. Définir ce qui constitue un événement potentiellement traumatique

Si l'exposition à un événement potentiellement traumatique (EPT) représente la pierre angulaire du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT), objectiver ce qui relève d'un EPT constitue un défi de taille, qui s'illustre au travers de l'évolution des classifications nosographiques. Principalement pensé à partir du vécu des vétérans de guerre, et en particulier de la guerre de Vietnam (Lasiuk & Hegadoren, 2006), ce qui est considéré aujourd'hui comme EPT englobe de nombreux événements aussi divers que les conflits en zone armée, les violences intrafamiliales, les accidents du quotidien ou les catastrophes d'origine humaine ou naturelle. Néanmoins, l'événement en lui-même ne conditionne pas la réponse psychopathologique. Une majorité de personnes exposées à un événement potentiellement

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

traumatique ne développeront pas nécessairement de TSPT par la suite (Alisic et al., 2014; Santiago et al., 2013). De plus, le TSPT ne constitue pas le seul trouble fréquemment rapporté chez les personnes exposées à un ou plusieurs EPT (Auxéméry, 2018). Parmi les formes de psychopathologie possibles, nous pouvons par exemple citer les troubles anxieux (Fernandes & Osório, 2015; Gardner et al., 2019), dépressifs (Bonde et al., 2016; Vibhakar et al., 2019), troubles du comportement alimentaire (Caslini et al., 2016; Convertino et al., 2022) ou de l'usage de substances (Halpern et al., 2018), ou encore certains troubles de la personnalité comme le trouble de la personnalité borderline (Porter et al., 2020).

Définir ce qui constitue un événement potentiellement traumatique est d'autant plus important qu'il représente la condition au développement d'un TSPT. A ce jour, le TSPT constitue le seul trouble conditionné par la présence d'un facteur environnemental, à savoir l'exposition à un événement potentiellement traumatique (i.e., critère A). Ce critère porte d'entrée est commun aux principales classifications nosographiques actuelles (i.e., DSM-5, CIM-11). La version revisitée du DSM-5¹⁸ (APA, 2022) définit l'événement potentiellement traumatique (i.e., critère A) comme suit :

« Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort

¹⁸ La version revisitée du DSM-5 n'apportant pas de différences sur les critères diagnostiques chez l'adulte (et très substantiellement chez l'enfant, non abordé ici), nous mentionnerons indifféremment DSM-5 et DSM-5-TR.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humaines, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle » (APA, 2022).

De son côté, la CIM-11 (WHO, 2022) pose pour condition au diagnostic de TSPT :

« L'exposition à un événement ou une situation (de courte ou longue durée) d'une nature extrêmement menaçante ou horrifique. Ces événements incluent, mais ne se limitent pas à : l'expérience directe de catastrophes naturelles ou causées par l'homme, de combats, d'accidents graves, de tortures, de violences sexuelles, de terrorisme, d'agressions ou de maladies aiguës mettant la vie en danger (par exemple, une crise cardiaque) ; être témoin de la menace, de la blessure réelle ou de la mort de quelqu'un de manière soudaine, inattendue ou violente ; apprendre la mort soudaine, inattendue ou violente d'un être cher »¹⁹ (WHO, 2022).

Ce critère est également présent dans la CIM-11 (WHO, 2022) pour le diagnostic de TSPT-C, mais redéfini :

« Exposition à un événement ou une série d'événements d'une nature extrêmement menaçante ou horrifique, le plus souvent des événements prolongés ou

¹⁹ Traduit de l'anglais par l'auteur.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

répétés dont il est difficile ou impossible de s'échapper. Ces événements incluent, mais ne se limitent pas à : la torture, les camps de concentration, l'esclavage, les campagnes de génocide et autres formes de violence organisée, la violence domestique prolongée, et les abus sexuels ou physiques répétés durant l'enfance »²⁰ (WHO, 2022).

Ces définitions, bien que similaires, présentent cependant des nuances qu'il convient de souligner. Le DSM-5 apparaît contraignant sur ce qui constitue un événement potentiellement traumatique (et par extension ce qui n'en constitue pas), là où la CIM-11 (WHO, 2022) laisse une certaine souplesse dans sa définition. Ainsi, des événements tels que la violence domestique (e.g., insultes, violence physique dirigée vers du matériel) ou encore du harcèlement en ligne sans menace de mort (e.g., insultes, diffusion de photos intimes...) peuvent être dans la CIM-11 (WHO, 2022) une porte d'entrée à un TSPT/TSPT-C, là où ils semblent difficilement répondre au critère A du TSPT dans le DSM-5 (APA, 2013).

La difficulté à définir l'événement potentiellement traumatique (i.e., critère A) s'observe aussi au travers de l'évolution des définitions du DSM (Tableau 1). Le DSM-III (APA, 1980) définissait le critère A comme un événement « en dehors du champ des expériences humaines habituelles ». Le DSM-IV (APA, 1994), quant à lui, proposait une définition du critère A plus contraignante, même si l'interprétation restait libre, en positionnant les événements potentiellement traumatiques comme des événements représentant des « menaces pour sa propre intégrité physique [ou celle d'une autre personne] », sans mentionner d'exemples. De même, la personne devait nécessairement rapporter une réponse de « peur intense, un sentiment d'être sans espoir ou d'horreur » (critère A2). Ce critère venait ainsi confondre l'événement à la réaction, excluant les

²⁰ Traduction libre.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

personnes n'ayant pas de telles réactions au moment de l'événement, y compris celles entraînées pour y faire face (e.g., militaires) (Pai et al., 2017).

Tableau 1.

Définitions du Critère A du TSPT selon les versions du DSM. Traduit et adapté de l'article de Marx et collègues (2024)

Edition du DSM	Définition du Critère A
DSM-III (APA, 1980)	L'existence d'un facteur de stress identifiable qui provoquerait des symptômes de détresse significatifs chez presque tout le monde.
DSM-III-R (APA, 1987)	La personne a vécu un événement qui dépasse le cadre de l'expérience humaine habituelle et qui serait extrêmement perturbant pour presque tout le monde (e.g., une menace grave pour sa vie ou son intégrité physique ; une menace sérieuse ou un préjudice causé à ses enfants, à son conjoint, ou à d'autres proches ; la destruction soudaine de sa maison ou de sa communauté ; ou le fait de voir une autre personne qui a récemment été, ou est en train d'être, gravement blessée ou tuée à la suite d'un accident ou d'une violence physique).
DSM-IV (APA, 1994)	La personne a été exposée à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents : (1) La personne a vécu, été témoin ou confrontée à un événement ou des événements impliquant une mort réelle ou menaçante, une blessure grave, ou une menace pour son intégrité physique ou celle d'autrui. (2) La réponse de la personne a impliqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou de terreur. Remarque : chez les enfants, cela peut se manifester plutôt par un comportement désorganisé ou agité.
DSM-5 (APA, 2013) & DSM-5-Tr (APA, 2022)	Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes : 1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques. 2. En état témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes. 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels. 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (e.g., intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévisions, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Les nuances observées entre les deux définitions du critère A dans le TSPT et le TSPT-C de la CIM-11 soulignent l'enjeu d'un diagnostic différentiel entre les deux troubles. Si les événements mentionnés pour la porte d'entrée du TSPT contiennent à la fois des événements de nature non interpersonnelle (e.g., catastrophe naturelle, maladie aigüe) et interpersonnelle (e.g., violences sexuelles, agressions), ceux mentionnés pour le TSPT-C sont exclusivement de nature interpersonnelle, répétés et pouvant apparaître durant l'enfance²¹. Cette variation s'inscrit au regard de la littérature scientifique qui souligne que les violences interpersonnelles, chroniques, durant les phases précoces du développement et pouvant impliquer les figures d'attachement, constituent les facteurs de risque principaux d'une symptomatologie traumatique aggravée (Hyland et al., 2017).

Tout au long de cet historique définitoire, la conception et parfois l'existence même du critère A comme condition préalable à un TSPT ont été débattues, critiquées et remises en cause. L'article de Marx et ses collègues (2024) constitue une bonne référence pour comprendre les enjeux. Dès le départ, le principal objet de débat a été de définir ce qu'est un événement potentiellement traumatique et ce qui n'en est pas un. Cette discussion a été ravivée ces dernières années dans le contexte de violences racistes aux Etats-Unis et dans le monde. Par exemple, une revue systématique de la littérature démontre que 70 % des études trouvent une association entre discriminations raciales (mesurées avec des items qui ne correspondent pas au critère A) et symptômes de TSPT (Kirkinis et al., 2021). Une autre étude, menée par Hyland et ses collègues (2021) montre que les événements psychologiquement menaçants (e.g., s'être fait sentir pas aimable, avoir été négligé ou humilié) mais qui ne sont pas considérés comme potentiellement traumatiques dans le DSM-5 prédisaient davantage le TSPT et le TSPT-C que les événements critère A. Ces éléments ont amené certains auteurs à décaler le débat sur la pertinence même du critère A dans le TSPT,

²¹ Cela ne constitue pas un critère restrictif.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

que certains auteurs recommandent de supprimer (Brewin et al., 2009). Cette position est justifiée principalement par la difficulté persistante à définir sans ambiguïté ce qui peut constituer un événement potentiellement traumatique, ainsi que les éléments de preuves soulignant que le critère A peut n'avoir qu'une faible valeur prédictive du TSPT (Larsen & Berenbaum, 2018; Laurel Franklin et al., 2019). A ce jour, le débat reste d'actualité, certains auteurs estimant que le niveau de preuve est encore trop limité (la plupart des études étant réalisées en ligne, via des questionnaires auto-rapportés) pour initier des changements (Marx et al., 2024)²².

3. Fréquences d'exposition à un événement potentiellement traumatique

L'objectivation de l'exposition aux EPT se confronte aux difficultés méthodologiques relatives à la définition même de ce qu'est un EPT. Comme le soulignent Mills et ses collègues (2011) dans un article reprenant deux études de cohorte menées en Australie en 1997 et 2007, l'évolution de ce qui était considéré comme un EPT entre les deux études (passant de 11 à 29 EPT proposés dans le questionnaire), a amené à une augmentation de 18 % du taux d'exposition. Malgré cette difficulté théorique, nous tâcherons ici de présenter certaines données qui nous semblent les plus significatives.

Au cours de la vie, environ 70 % de la population mondiale sera exposée à au moins un EPT (Benjet et al., 2016). Une certaine variabilité est à noter selon certains facteurs. Des différences peuvent être observées entre les pays avec, par exemple, des taux d'exposition de 82,7 % aux USA, 65,8 % en Belgique (Benjet et al., 2016), 80,8 % en Suède (Frans et al., 2005), ou encore 67 % dans le nord de la Norvège (Thimm et al., 2023). Des différences sont également observables selon l'âge des populations étudiées. Par exemple, si le taux d'exposition aux EPT se situe aux alentours de 56 % en population adolescente suisse

²² Nous reviendrons sur ces éléments en discussion de ce travail (voir Chapitres 3.7. et 4.2.)

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

(Landolt et al., 2013), et 61,8 % en population adolescente américaine (McLaughlin et al., 2013), il est de 90 % dans un échantillon de personnes américaines âgées de 55 à 69 ans (Ogle et al., 2013). Ce constat est peu surprenant si l'on tient compte que ces taux d'exposition portent sur vie entière, bien que l'étude de Ogle (2013) démontre que certains EPT ont tendance à être vécus plutôt dans la jeunesse (e.g., agressions sexuelles, violences intra familiales). De nombreuses études soulignent également des variations dans le taux d'exposition selon les catégories professionnelles, les militaires (Brunet et al., 2015) et personnels de la sécurité publique étant particulièrement à risque (Carleton et al., 2019).

En France, l'étude la plus récente portant sur un échantillon représentatif de la population rapporte un taux d'exposition au cours de la vie de 72,7 % (Husky et al., 2015). Les événements les plus fréquemment rapportés étaient d'avoir été confronté à un accident (35 %), à un proche exposé à un EPT (31,3 %), ou encore le décès d'un proche (28,2 %). Certaines formes de violences interpersonnelles étaient également fréquemment rapportées, telles que les violences sexuelles (12,1 %), les violences physiques (16,7 %) ou la guerre (21,1 %).

Néanmoins, si toutes les personnes ayant un TSPT ont vécu au moins un EPT, toutes les personnes ayant vécu un EPT ne rapportent pas nécessairement un TSPT (Auxéméry, 2018; Kessler et al., 2017). Pour aller plus loin, tous les EPT ne semblent pas avoir le même poids dans le risque de développer une symptomatologie. De nombreuses études ont ainsi pu démontrer que l'exposition à des violences de nature interpersonnelles, répétées, durant l'enfance, pouvant impliquer les figures d'attachement, représentait le principal facteur de risque du développement d'une symptomatologie traumatique (Cloitre et al., 2019a; Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2017a; Karatzias, Hyland, et al., 2019).

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

4. Les expériences adverses durant l'enfance

Vivre un événement unique, accidentel et n'impliquant pas d'autres personnes (e.g., accident domestique) ne semble pas toujours impliquer les mêmes répercussions en comparaison d'autres formes d'EPT, notamment interpersonnels (Santiago et al., 2013; Terr, 2003). Ces preuves dans la littérature scientifique coexistent avec un autre champ de recherche portant particulièrement sur les violences vécues durant l'enfance : les « Adverse Childhood Experiences »²³ (ACE).

Les ACE peuvent être définies comme « des événements survenant durant l'enfance, de gravité variable et souvent chroniques, se produisant dans le cadre familial ou social de l'enfant, qui causent du tort ou de la détresse, perturbant ainsi la santé physique ou psychologique et le développement de l'enfant » Les ACE et les EPT sont une manière distincte, mais complémentaire de concevoir l'exposition aux violences. A la différence des EPT, les ACE se focalisent sur les événements ayant eu lieu durant l'enfance et peuvent inclure des événements qui ne correspondent pas au critère A du TSPT.

La communauté scientifique s'est grandement saisie des enjeux relatifs aux ACE depuis les années 2000, notamment avec la publication de l'étude de Felitti et ses collègues (1998). Les ACE incluent un champ plus large d'événements pouvant survenir durant l'enfance que ceux identifiés dans les EPT. Au-delà des événements communément identifiés dans les EPT, les ACE admettent d'autres formes d'adversités (i.e., avoir vécu des violences émotionnelles, avoir vécu avec un proche ayant un trouble psychiatrique ou abusant de substances, avoir vu ses parents se séparer, avoir eu un proche incarcéré, avoir été négligé émotionnellement et/ou physiquement).

²³ En Français, Expériences Adverses durant l'Enfance.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

La version la plus récente du questionnaire contient 29 items évaluant 3 domaines d'adversités durant l'enfance : (1) les maltraitances durant l'enfance (i.e., négligences émotionnelles et physiques ; abus physiques, émotionnels et sexuels), (2) les dysfonctionnements familiaux (i.e., membre du foyer abusant de substances, suicidaire ou ayant une maladie mentale ; vivre dans un foyer où un membre a été incarcéré ; être confronté à la mort d'un parent ou au divorce/séparation de ses parents ; violences domestiques), et (3) les violences en dehors du domicile (i.e., harcèlement ; témoin de violences ; exposition à la guerre ou à des violences collectives) (Tarquinio et al., 2023).

Les principaux résultats de l'étude de Felitti et ses collègues (1998), et répliqués plus tard (Hughes et al., 2017; Racine et al., 2021; Sahle et al., 2021), montrent une association puissante entre le nombre d'ACE et de nombreuses issues péjoratives, que ce soit en termes de santé physique (e.g., maladies chroniques, cancer, maladies cardiaques, grossesse à risque...), de santé mentale (e.g., tentative de suicide, anxiété, dépression...), de comportements de santé (e.g., pratiques sexuelles à risque, consommation de substances, moindre activité physique...), ainsi qu'en termes de conditions de vie (e.g., moindres revenus et niveau d'études...). Les résultats d'une méta-analyse portant sur 206 études et comprenant plus de 540.000 participants issus de 22 pays mettent en lumière l'ampleur du sujet : 61,1 % de la population ont été confrontés à au moins un événement adverse durant l'enfance, 38,1 % rapportent avoir vécu au moins deux ACE (Madigan et al., 2023). En France, les ACE représentent un enjeu économique de taille, avec un coût estimé par habitant de plus de 40.000 \$²⁴ chaque année, soit 1,4 % du Produit Intérieur Brut (Hughes et al., 2021). A l'échelle européenne, le coût des ACE est estimé à 581 billions de dollars (Bellis et al., 2019).

²⁴ L'étude étant américaine, le coût estimé est en \$.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Le champ d'étude sur les ACE montre bien l'importance et le rôle majeur que peuvent avoir les violences et adversités durant l'enfance sur la santé globale des personnes (qui ne se limite pas au développement d'un TSPT). Il s'agira pour la suite de prendre le temps de définir l'une des conséquences possibles de l'exposition aux violences, à savoir le Trouble de Stress Post-Traumatique.

5. Conceptualiser le stress post-traumatique

Tout comme la définition de ce qu'est un événement potentiellement traumatique, plusieurs cadres conceptuels du stress post-traumatique sont notés au fil du temps, sans qu'ils soient systématiquement reliés en première intention à une nosographie. Sans nécessairement reprendre l'historique dans son ensemble, qui est déjà bien retracé par d'autres auteurs (Andreasen, 2010; Marx et al., 2024; J. P. Wilson, 1994), nous pouvons aujourd'hui souligner deux approches distinctes dans les classifications actuelles : celles du DSM-5 et de la CIM-11.

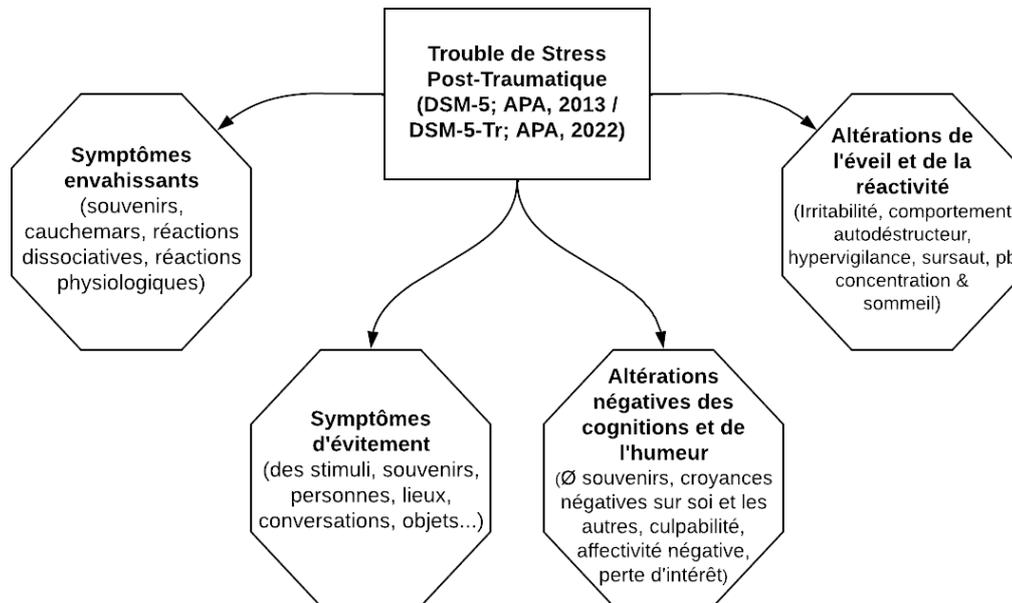
5.1. Le Trouble de Stress Post-Traumatique selon le DSM-5

Aujourd'hui, le DSM-5 conceptualise le Trouble de Stress Post-Traumatique comme un trouble unique, conditionné par l'exposition à un EPT et la présence de 4 critères : (1) Symptômes envahissants ; (2) Symptômes d'évitement ; (3) Altération négative des cognitions et de l'humeur ; (4) Altération marquée de l'éveil et de la réactivité. Ces symptômes doivent être présents depuis plus d'un mois et engendrant une altération du fonctionnement. Au diagnostic peut être mentionnée la présence de symptômes dissociatifs, à savoir de dépersonnalisation ou de déréalisation²⁵. Les critères sont résumés visuellement dans la Figure 1 et sont décrits plus précisément en Annexe 1.

²⁵ Les symptômes dissociatifs seront abordés plus tard dans le texte (voir Chapitre 1.11.).

Figure 1.

Regroupement de symptômes dans le TSPT selon le DSM-5 (APA, 2013) et le DSM-5-Tr (APA, 2022).



5.2. Les Troubles de Stress Post-Traumatique selon la CIM-11

A l'inverse, la CIM-11 propose deux troubles proches, mais distincts : le Trouble de Stress Post-Traumatique, et le Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe. Cette conceptualisation en deux troubles distincts n'est pas anodine. Elle trouve son origine dans un constat, clinique et théorique : toutes les personnes rapportant un TSPT ne manifestent pas nécessairement les mêmes symptômes, ni la même sévérité. Qui plus est, certaines formes d'EPT conduisent plus fréquemment que d'autres au développement d'une psychopathologie plus sévère.

5.2.1. Genèse du diagnostic de Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe

L'idée d'une forme de traumatisation complexe, par opposition à l'exposition à un EPT circonscrit, était d'ailleurs déjà présente dans le DSM-IV sous l'appellation DESNOS

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

pour Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified²⁶. Le DESNOS comprend les dimensions de symptômes suivantes : (1) Altérations dans la régulation des émotions et des impulsions, (2) Altérations de l'attention ou de la conscience, (3) Altérations de la perception de soi, (4) Altérations de la perception de l'agresseur, (5) Altérations de la relation avec les autres, (6) Somatisation et (7) Altérations du système de valeurs (voir Annexe 2 pour la liste détaillée des symptômes).

Il convient de souligner que le DESNOS n'était alors pas reconnu comme un trouble en tant que tel, mais comme une caractéristique associée au TSPT. La philosophie derrière la reconnaissance du DESNOS était claire : l'impact des violences interpersonnelles répétées durant l'enfance pour des personnes ayant vécu dans des foyers insécurisants ne peut pas être le même que l'impact d'EPT chez des adultes matures dans leur développement, ni même d'un EPT isolé chez des enfants vivant dans un foyer sécurisé. L'apparition de cette entité dans le DSM-IV a été grandement étayée par Herman (1992, 2015). Dans ses travaux, celle-ci mettait en lumière l'insuffisance du TSPT dans le DSM-III pour recouvrir l'ensemble des profils de victimes; constat déjà étayé par plusieurs auteurs avant elle (e.g., Kolb, 1989 ; Krystal, 1968 ; Kroll et al., 1989 ; cités dans Herman (1992)).

Dans la continuité des avancées d'Herman, d'autres auteurs ont défendu l'idée que le fait d'être exposé dès l'enfance à des violences transforme en soi l'identité de la personne, les amenant à parler de « traumatisme développemental » (en anglais, Developmental Trauma Disorder) (van der Kolk, 2005). Cette entité diagnostique, à l'époque envisagée et non retenue pour le DSM-5, avait pour objectif de proposer une alternative unifiante, face aux multiples diagnostics souvent posés relatifs aux personnes ayant vécu des violences répétées durant l'enfance (van der Kolk et al., 2009). Les auteurs s'appuyaient notamment sur l'étude de

²⁶ Peut être traduit en français par « Trouble de Stress Extrême Non Spécifié ».

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Ackerman et ses collègues (1998) auprès d'enfants abusés qui présentaient de nombreuses comorbidités : anxiété de séparation (39 %), troubles phobiques (36 %), TSPT (34 %), Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (29 % ; TDAH), Trouble Opposition avec Provocation (36 % ; TOP). Avec le diagnostic de DTD (Developmental Trauma Disorder), les auteurs demandaient ainsi de considérer un trouble unique, réactionnel à des adversités précoces et répétées durant l'enfance, comprenant des symptômes : (1) de dysrégulation émotionnelle et physiologique, (2) de dysrégulation attentionnelle et comportementale, (3) de dysrégulation du soi et des relations, et (4) les symptômes typiques du TSPT. Pour le détail des critères proposés pour le diagnostic de trauma développemental, voir Annexe 3.

La perspective d'une altération de la personnalité consécutive à l'exposition à des violences répétées est d'ailleurs apparue dès la CIM-10 (1994), avec le diagnostic de « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe », ou en anglais EPCACE²⁷. Ce trouble, appartenant à la catégorie des troubles de la personnalité et du comportement, est caractérisé par une attitude hostile ou méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, une impression permanente d'être sous tension comme si on était constamment menacé, et par un détachement. Parmi les exemples cités pouvant conduire au diagnostic d'EPCACE, apparaissent la captivité prolongée, les désastres, les camps de concentration, la torture, ou encore l'exposition prolongée à des situations représentant un danger vital (e.g., terrorisme). Ce diagnostic n'a finalement eu que peu d'écho, tant dans la clinique que dans la recherche, et ne mettait pas l'accent sur les violences chroniques vécues durant l'enfance. Néanmoins, nous pouvons y voir les prémices des Perturbations dans l'Organisation de Soi (POS) définies dans le TSPT-C de la CIM-11 (Beltran & Silove, 1999; Maercker, 2021).

²⁷ Enduring Personality Change After Catastrophic Experience.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Dans le DESNOS comme dans le DTD, il s'agit bien de mettre la focale sur des formes d'EPT impliquant le lien d'attachement entre l'enfant et ses figures d'attachement dans un contexte de violences chroniques, dont les enfants ne peuvent pas s'extraire et en sont souvent dépendants (Spinazzola et al., 2018, 2021).

5.2.2. Critères diagnostiques du Trouble de Stress Post-Traumatique et du Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe selon la CIM-11

C'est dans cette philosophie que la CIM-11 (WHO, 2022) est venue proposer de distinguer le diagnostic de TSPT de celui de TSPT-C. Comme mentionné précédemment (voir Chapitre 1.2.), ces deux troubles sont consécutifs à l'exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou terrifiants, bien que les événements cités dans le diagnostic de TSPT soient plutôt de nature circonscrite (e.g., accidents d'origine naturelle ou humaine, agression, terrorisme...) là où ceux cités dans le diagnostic de TSPT-C mettent l'accent sur la nature prolongée et répétée (e.g., torture, génocide, violences intra-familiales, abus durant l'enfance...). Les symptômes composant le diagnostic de TSPT se regroupent en trois dimensions : (1) reviviscences de l'événement (i.e., flashbacks dissociatifs, cauchemars), (2) évitement des rappels internes (i.e., pensées, souvenirs) et externes (i.e., activités, situations, personnes) associés à l'événement, (3) perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue (i.e., hypervigilance, sursaut).

Concernant le diagnostic de TSPT-C, s'ajoutent aux critères du TSPT des symptômes traduisant une Perturbation dans l'Organisation de Soi (POS) : (4) une dysrégulation émotionnelle (i.e., hyperactivation, hypoactivation), (5) une conception de soi négative (i.e., se sentir diminué, vaincu ou inutile, avoir un sentiment de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement), (6) des difficultés interpersonnelles (i.e., avoir du mal à maintenir des relations ou à se sentir proche des autres) (voir Figure 2 qui présente les critères pour le diagnostic de TSPT-C). Pour établir un diagnostic de TSPT, les symptômes doivent se

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

maintenir durant plusieurs semaines et entraîner une altération significative dans un ou plusieurs domaines de la vie de la personne (e.g., personnel, familial, social, scolaire, professionnel...). Pour formuler un diagnostic de TSPT-C, les critères diagnostiques du TSPT doivent être présents et les symptômes relatifs au POS doivent entraîner une altération significative dans un ou plusieurs domaines de la vie de la personne (e.g., : personnel, familial, social, scolaire, professionnel...) (Tableau 2).

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Tableau 2.

Critères diagnostiques du Trouble de Stress Post-Traumatique et du Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe selon les critères de la CIM-11 (WHO, 2022).

Critères diagnostiques du TSPT selon la CIM-11 (WHO, 2022)	Critères diagnostiques du TSPT-C selon la CIM-11 (WHO, 2022)
<p>A. Exposition à un événement ou à une situation (qu'elle soit de courte ou de longue durée) d'une nature extrêmement menaçante ou horrible. Ces événements comprennent, mais ne se limitent pas à, l'expérience directe de catastrophes naturelles ou causées par l'homme, de combats, d'accidents graves, de torture, de violence sexuelle, de terrorisme, d'agression ou de maladies aiguës mettant la vie en danger (par exemple, une crise cardiaque) ; le fait d'être témoin de la menace ou de la blessure ou de la mort réelle d'autres personnes de manière soudaine, inattendue ou violente ; et l'apprentissage de la mort soudaine, inattendue ou violente d'un être cher.</p>	<p>A. Exposition à un événement ou à une série d'événements d'une nature extrêmement menaçante ou horrible, le plus souvent des événements prolongés ou répétitifs dont l'évasion est difficile ou impossible. Ces événements incluent, mais ne se limitent pas à, la torture, les camps de concentration, l'esclavage, les campagnes de génocide et autres formes de violence organisée, la violence domestique prolongée et les abus sexuels ou physiques répétés pendant l'enfance.</p>
<p>B. A la suite de l'événement traumatique, le développement des symptômes caractéristiques doivent durer au moins plusieurs semaines et comprendre les trois éléments centraux suivants.</p>	<p>B. A la suite de l'événement traumatique, le développement des trois éléments centraux du TSPT doivent durer au moins plusieurs semaines.</p>
<p>C. Revivre l'événement traumatique dans le présent, où l'événement(s) n'est pas seulement rappelé mais est vécu comme se reproduisant à nouveau ici et maintenant. Cela se manifeste généralement sous forme de souvenirs ou d'images intrusives vives ; de flashbacks, pouvant varier de légers (où il y a un sentiment transitoire de l'événement se reproduisant dans le présent) à sévères (où il y a une perte complète de conscience de l'environnement actuel), ou de rêves ou cauchemars répétitifs liés thématiquement à l'événement traumatique. Le revécu est typiquement accompagné d'émotions fortes ou écrasantes, telles que la peur ou l'horreur, et de sensations physiques intenses. Le</p>	<p>« »</p>

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

<p>revécu dans le présent peut également inclure le sentiment d'être submergé ou immergé dans les mêmes émotions intenses que celles vécues pendant l'événement traumatique, sans aspect cognitif prédominant, et peut se produire en réponse à des rappels de l'événement. Réfléchir ou ruminer sur l'événement et se souvenir des émotions ressenties à ce moment-là ne suffisent pas à répondre au critère.</p>	
<p>D. Évitement délibéré des rappels susceptibles de provoquer le revécu du ou des événement(s) traumatique(s). Cela peut se manifester soit par un évitement interne actif des pensées et souvenirs liés à l'événement(s), soit par un évitement externe des personnes, conversations, activités ou situations évoquant l'événement(s). Dans les cas extrêmes, la personne peut changer son environnement (par exemple, déménager dans une autre ville ou changer de travail) pour éviter les rappels.</p>	« »
<p>E. Perceptions persistantes de menace actuelle accrue, par exemple de l'hypervigilance ou une réaction de sursaut accrue face à des stimuli tels que des bruits inattendus. Les personnes hypervigilantes se protègent constamment contre le danger et se sentent elles-mêmes ou leurs proches sous une menace immédiate, que ce soit dans des situations spécifiques ou de manière plus générale. Elles peuvent adopter de nouveaux comportements conçus pour assurer leur sécurité (par exemple, ne pas s'asseoir de dos à la porte, vérifier constamment les rétroviseurs des véhicules).</p>	« » Dans le TSPT-C, contrairement au TSPT, la réaction de sursaut peut dans certains cas être diminuée plutôt qu'accentuée.
<p>X</p>	<p>F. Difficultés sévères et envahissantes dans la régulation des émotions. Les exemples incluent une réactivité émotionnelle accrue aux stress mineurs, des accès de violence, un comportement imprudent ou autodestructeur, des symptômes dissociatifs lorsque l'on est stressé, et un engourdissement émotionnel, notamment l'incapacité à éprouver du plaisir ou des émotions positives.</p>
<p>X</p>	<p>G. Croyances persistantes sur soi-même comme étant diminué, un échec ou sans</p>

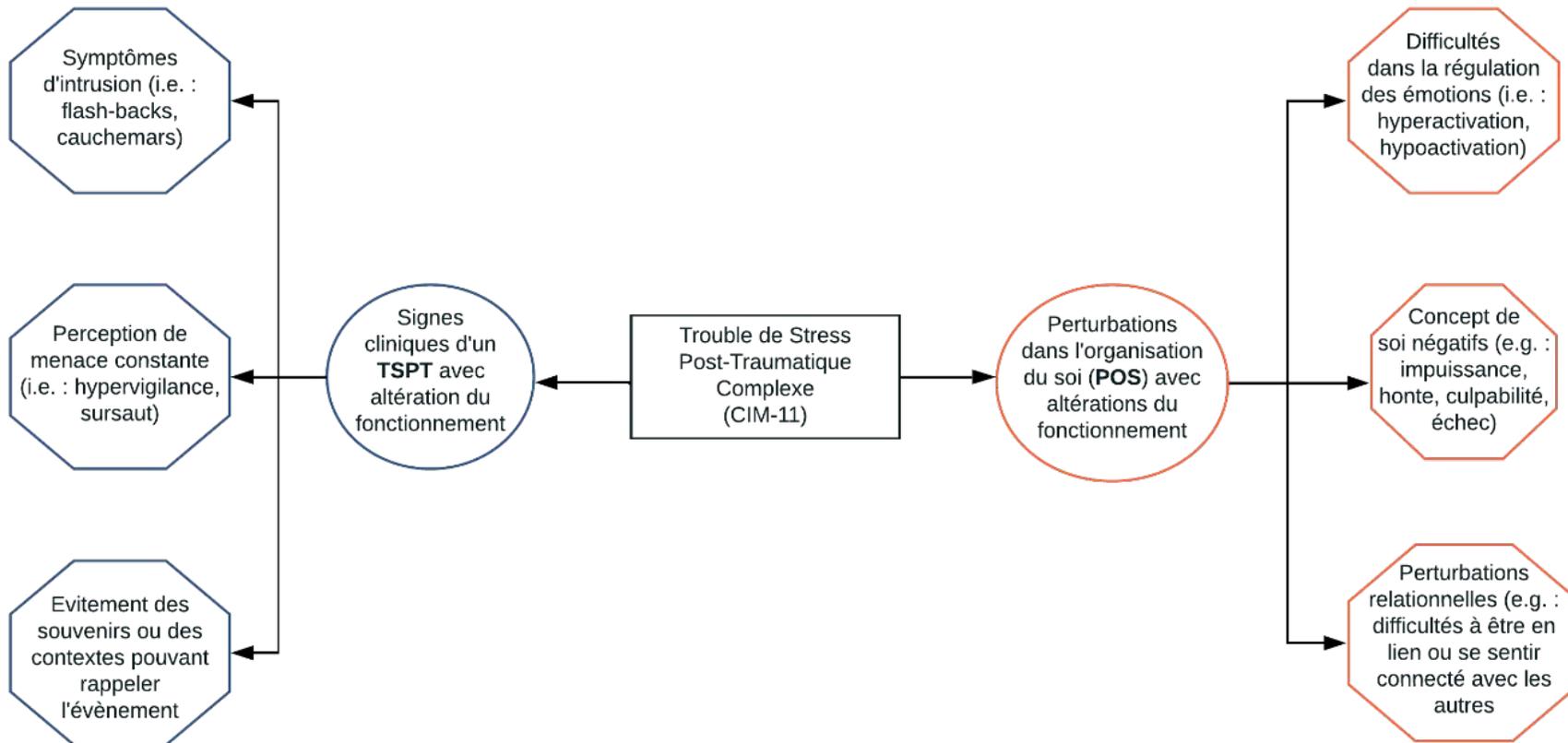
Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

	<p>valeur, accompagnées de sentiments profonds et envahissants de honte, de culpabilité ou d'échec liés à l'événement. Par exemple, l'individu peut se sentir coupable de ne pas avoir échappé à la situation défavorable, ou de ne pas avoir pu prévenir la souffrance des autres.</p>
X	<p>H. Difficultés persistantes à maintenir des relations et à se sentir proche des autres. La personne peut systématiquement éviter, ridiculiser ou manifester peu d'intérêt pour les relations et les engagements sociaux en général. Alternativement, il peut y avoir des relations intenses occasionnelles, mais la personne a du mal à les maintenir.</p>
<p>F. La perturbation entraîne une altération significative dans les domaines personnels, familiaux, sociaux, éducatifs, professionnels ou autres domaines importants de fonctionnement. Si le fonctionnement est maintenu, c'est uniquement grâce à un effort supplémentaire considérable.</p>	<p>I. La perturbation entraîne une altération significative dans les domaines personnels, familiaux, sociaux, éducatifs, professionnels ou autres domaines importants de fonctionnement. Si le fonctionnement est maintenu, c'est uniquement grâce à un effort supplémentaire considérable.</p>

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Figure 2.

Regroupement de symptômes dans le TSPT et le TSPT-C selon les critères de la CIM-11 (WHO, 2022).



Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

La définition claire des critères diagnostiques rend possible le développement d'outils de mesure standardisés permettant l'évaluation de ces troubles dans la population. Dans la partie qui suit, nous aborderons certains des outils existants dans la littérature scientifique.

6. Outils d'évaluation du TSPT et du TSPT-C

Au fil des classifications, plusieurs outils aux formats différents (e.g., questionnaires auto-administrés, entretiens structurés) ont été développés afin d'évaluer les symptômes de stress post-traumatique. Les outils d'évaluation considérés comme le *gold standard* restent les entretiens structurés, notamment via la Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) (Weathers et al., 2018), la Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID) (First, 2014), ou encore la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) dont la dernière version (CIDI 3.0) (Haro et al., 2006) repose sur les critères du DSM-IV et de la CIM-10.

Jusqu'à encore récemment, il n'existait que peu d'outils d'entretiens structurés permettant d'évaluer une symptomatologie relative à une traumatisation complexe²⁸. A notre connaissance, le seul outil à disposition était la Structured Interview for Disorders of Extrem Stress (SIDES) (Pelcovitz et al., 1997)²⁹. Basée sur les critères proposés pour le DESNOS dans le DSM-IV (APA, 1994), la SIDES permet d'évaluer 7 dimensions de symptômes fréquemment rapportés par les personnes exposées à des formes de stress extrêmes en dehors des symptômes de TSPT³⁰ : (1) Altérations dans la régulation des émotions et des impulsions, (2) Altérations de l'attention ou de la conscience, (3) Altérations de la perception de soi, (4) Altérations de la perception de l'agresseur, (5) Altérations de la relation avec les autres, (6) Somatisation et (7) Altérations du système de valeurs. Bien que constituant le seul outil

²⁸ Que ce soit sous la forme du DESNOS, du TSPT-C ou d'une autre conceptualisation.

²⁹ D'autres auteurs se servaient parfois de plusieurs échelles pour évaluer des construits relatifs aux dimensions fréquemment identifiées chez les personnes souffrant d'une forme de traumatisation complexe (Resick et al., 2012).

³⁰ Le DESNOS étant considéré comme une caractéristique nécessairement associée au TSPT dans le DSM-IV.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

d'entretien structuré à disposition, la SIDES a reçu, au même titre que le DESNOS, certaines critiques. Ces dernières portent notamment sur la validité de l'évaluation des symptômes dissociatifs, et plus largement sur le fait que les questions de l'entretien ne font pas directement référence à l'exposition à un/plusieurs événements potentiellement traumatiques (Resick et al., 2012). Plus récemment, l'International Trauma Interview (ITI) (Bondjers et al., 2019), a été proposé en parallèle des travaux menés pour la CIM-11 comme un outil d'entretien structuré intéressant pour évaluer le TSPT et le TSPT-C (Seiler et al., 2023). A ce stade, l'outil n'est pas disponible en usage libre et semble distribué uniquement aux équipes de recherche participant à sa validation (Gelezelyte et al., 2022).

Si les entretiens structurés apparaissent comme les plus efficaces pour évaluer la symptomatologie, reste qu'ils représentent un coût non négligeable, tant pour la formation des évaluateurs que pour les conditions de passations (e.g., lieu, temps, déplacement). Ces conditions n'étant pas toujours réunissables, l'emploi de questionnaires auto-administrés apparaît comme une bonne alternative. Parmi les auto-questionnaires les plus fréquemment utilisés chez l'adulte, nous pouvons par exemple citer la Post-traumatic Check-List (PCL), dont la version la plus récente est la PCL-5, basée sur les critères du DSM-5 (Blevins et al., 2015). A noter que la PCL basée sur les critères du DSM-IV existait en trois versions (Wilkins et al., 2011) : la PCL-Military, la PCL-Civilian, et la PCL-Specific pour cibler un événement spécifique. Une autre échelle, l'Impact of Event Scale – Revised (IES-R) (D. S. Weiss, 2007), basée sur les critères du DSM-IV, apparaît également fréquemment dans la littérature scientifique. A notre connaissance, il n'existe que très peu d'auto-questionnaires validés pour l'évaluation des symptômes de DESNOS/TSPT-C. Une version auto-administrée de la SIDES (SIDES Self-Report) a fait l'objet de rares validations (Pires et al., 2022) et ne semble pas grandement utilisée. Toutefois, un auto-questionnaire développé par la même équipe de recherche que l'ITI apparaît aujourd'hui comme largement utilisé afin d'évaluer les

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

symptômes de TSPT/TSPT-C selon les critères de la CIM-11 : l'International Trauma Questionnaire (ITQ) (Cloitre et al., 2018a; Seiler et al., 2023). Cet outil en 18 items reprend les 6 dimensions de symptômes qui composent le TSPT (i.e., reviviscences, évitement, sentiment de menace) et le TSPT-C (i.e., dysrégulation émotionnelle, concept de soi négatif, perturbations dans les relations) de la CIM-11, tout en évaluant les répercussions fonctionnelles du TSPT et du POS. Bien que cet outil ait fait l'objet de nombreuses validations auprès de populations et cultures variées (Redican et al., 2021), aucune version n'existait pour le contexte français lors du lancement de cette recherche doctorale.

7. Adaptation et validation transculturelle de la version française de l'International Trauma Questionnaire (Article 1)

Les besoins d'une validation française de l'ITQ sont multiples : faciliter la recherche française sur les diagnostics de TSPT/TSPT-C tels que proposés dans la classification internationale la plus récente, et rendre disponible aux professionnels de terrain un outil adapté, fiable et rapide permettant l'évaluation des symptômes post-traumatiques des personnes concernées. En ce sens, le premier volet de cette recherche doctorale a consisté en la traduction et la validation en contexte Français de l'ITQ. Ce travail a donné lieu à une publication dans la revue *European Journal of Psychotraumatology* (Peraud et al., 2022). Dans un objectif de cohérence, et afin de faciliter la lecture, l'article a été intégralement traduit en français dans ce manuscrit. Il est également disponible dans sa version originale (Annexe 4). Le protocole de l'étude est mentionné en Annexe 5. Ce travail a fait l'objet de deux communications affichées (Annexe 6 et Annexe 7), lors d'un congrès de Psychotraumatologie (Poitiers, 17-18 Novembre 2022) et lors du Congrès des 30 ans de l'IRCCADE³¹ (Bordeaux, 12-14 Octobre 2023).

³¹ Institut de Recherche Comportementale et Cognitive sur l'Anxiété et la Dépression.

French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample

W. Peraud ^a, L. Hebrard^{b,c}, A. Lavandier^d, S. Brockbanck-Chasey^e, M. J. Brennstuhl^d and B. Quintard^a

^aLabPsy, EA4139, University of Bordeaux, Bordeaux, France; ^bInserm, Bordeaux Population Health Research Center, UMR 1219, University of Bordeaux, Bordeaux, France; ^cNational Institute of Cancer INCA_16673, France; ^dUniversity of Lorraine, UR4360, APEMAC, Équipe EPSAM, Metz, France; ^ePsychologist, Bordeaux, France

Résumé :

Objectifs : En 2018, la 11^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) a reconnu un nouveau diagnostic en complément du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT), celui du Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C). Un nouvel outil de mesure a été développé pour évaluer ces deux troubles : l'International Trauma Questionnaire (ITQ). Les objectifs de cette étude étaient (a) de réaliser une traduction française de l'outil, (b) de confirmer sa structure factorielle, (c) de vérifier ses validités convergente et divergente, (d) et enfin de s'assurer de sa stabilité temporelle.

Méthode : L'ITQ a été traduit en français en utilisant une approche par comité, réunissant des experts et des personnes bilingues avec une double culture franco-anglaise. Il a ensuite été complété par 750 personnes résidant en France et ayant été exposées à des événements potentiellement traumatisants, recrutées dans la population générale. D'autres mesures ont également été complétées (HADS, ITEM, PCL-5, WHO-5, DERS).

Résultats : L'analyse factorielle confirmatoire a confirmé que la version française du questionnaire avait la même structure factorielle que la version originale. L'échelle a montré une validité convergente et divergente satisfaisante, ainsi qu'une bonne stabilité temporelle.

Conclusion : Notre étude suggère que la version française du Questionnaire International sur les Traumatismes est un bon outil de mesure pour évaluer le TSPT et le TSPT-C, selon les critères diagnostiques de la CIM-11.

Points principaux :

- Cette étude fournit la première traduction et validation de l'ITQ au sein de la population française.
- L'analyse factorielle confirmatoire a confirmé que la version française du questionnaire avait la même structure factorielle que la version originale.
- La version française du questionnaire a montré une bonne validité convergente et divergente, ainsi qu'une bonne fiabilité test-retest.

Mots clés : Trouble de Stress Post-Traumatique ; Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe ; International Trauma Questionnaire ; CIM-11 ; Validation française.

1. Introduction

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

En 2018, la onzième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) a été publiée (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). La CIM-11 modifie de manière significative le diagnostic du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) en le remplaçant par deux diagnostics jumeaux : le TSPT et le Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C). Ce changement répond à une préoccupation soulevée par les cliniciens et les chercheurs depuis des décennies (Cloitre et al., 2013 ; Cloitre et al., 2018), tout en offrant une certaine continuité avec les classifications précédentes. Comme le note Brewin (2020), les classifications précédentes avaient déjà tenté d'opérationnaliser le traumatisme complexe, que ce soit le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) avec sa proposition de « Trouble de Stress Extrême Non Spécifié Ailleurs » (DESNOS) ou la CIM-10 (OMS, 1992) avec le diagnostic de « Changement de Personnalité Durable après une Expérience de Catastrophe » (EPCACE). Le TSPT-C, tel que défini dans la CIM-11, est un trouble qui peut survenir à la suite de l'exposition à un ou plusieurs événements d'une nature extrêmement menaçante ou horrifique, qui se produisent de manière prolongée ou répétée et dont il est difficile ou impossible de s'extraire (par exemple, la torture, le génocide, la violence domestique prolongée, les abus sexuels ou physiques répétés pendant l'enfance) (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Il a été établi dans la littérature que le TSPT-C est généralement consécutif à des événements de nature interpersonnelle, c'est-à-dire causés par des humains plutôt que par la nature (par exemple, les tremblements de terre, les tornades, les tsunamis) ou par des accidents (par exemple, les accidents de transport) (Brewin, 2020). Conformément au DESNOS du DSM-IV ou à l'EPCACE de la CIM-10, le TSPT-C de la CIM-11 met l'accent sur les changements dans l'organisation de soi, mais sans les changements de personnalité de l'EPCACE et avec un nombre beaucoup plus

restreint de symptômes identifiés par rapport au DESNOS.

Selon la CIM-11, le TSPT-C est composé de six clusters symptomatiques (Brewin et al., 2017). Trois clusters, comportant chacun deux symptômes, correspondent au TSPT : (1) la reviviscence (c'est-à-dire des flashbacks dissociatifs et des cauchemars), (2) l'évitement (c'est-à-dire l'évitement des rappels externes et l'évitement des pensées et des sentiments associés à l'événement traumatique), et (3) le sentiment persistant de menace (c'est-à-dire l'hypervigilance et des réactions de sursaut exagérée). Les trois autres clusters correspondent à la dimension complexe, nommée Perturbations dans l'Organisation de Soi (POS), avec deux symptômes chacun : (4) la dysrégulation affective (c'est-à-dire l'hyperactivation et/ou l'hypoactivation émotionnelle), (5) une conception de soi négative (c'est-à-dire le fait de se sentir comme en situation d'échec ou de se sentir diminué, vaincu, ou sans valeur, avec des sentiments de honte, de culpabilité, ou d'échec), et (6) des perturbations interpersonnelles (c'est-à-dire le fait d'avoir des difficultés à maintenir des relations et à se sentir proche des autres) (Maercker et al., 2013 ; OMS, 2018).

Les lignes directrices diagnostiques pour le TSPT-C sont résumées en trois points principaux (Brewin, 2020). Premièrement, la présence d'un événement traumatique doit être notée. L'exposition à un stress intense ou prolongé, dont il est difficile ou impossible de s'extraire, comme la torture, les camps de concentration, l'esclavage, les campagnes de génocide et d'autres formes de violence organisée, la violence domestique, et les abus sexuels ou physiques durant l'enfance, est identifiée comme un facteur de risque. Cependant, il est important de rappeler que la nature du traumatisme n'est pas un critère diagnostique et que le TSPT-C peut être diagnostiqué après tout événement traumatique. Deuxièmement, les symptômes du TSPT doivent être présents (c'est-à-dire la

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

reviviscence, l'évitement des rappels du traumatisme, et la perception d'une menace constante). Troisièmement, des symptômes en liens avec le POS (c'est-à-dire des problèmes de régulation des affects, des croyances négatives persistantes sur soi-même, des difficultés persistantes à développer et à maintenir des relations) doivent être notés. Ces symptômes doivent générer des déficiences persistantes et généralisées dans une ou plusieurs sphères de la vie (c'est-à-dire relationnelle, personnelle, professionnelle), et doivent être présents depuis au moins un mois (Cloitre et al., 2013 ; Maercker et al., 2013 ; OMS, 2018).

Pour répondre au besoin d'une mesure spécifique pour le diagnostic du TSPT-C, Cloitre et al. (2018) ont développé l'International Trauma Questionnaire (ITQ). L'ITQ est un bref questionnaire auto-administré conçu pour évaluer les symptômes du TSPT et du TSPT-C, en accord avec la nomenclature de la CIM-11 qui vise à maximiser l'utilité clinique et à assurer une applicabilité internationale (Cloitre et al., 2018; First et al., 2015). L'ITQ comprend une échelle « TSPT » qui se réfère aux trois dimensions identifiées dans la CIM-11 (c'est-à-dire la reviviscence, l'évitement et le sentiment constant de menace), ainsi qu'une échelle « POS » qui se réfère aux trois dimensions du TSPT-C (c'est-à-dire la dysrégulation affective, la perturbation des relations et une conception négative de soi) (Cloitre et al., 2018).

Pour développer les items de l'ITQ, Cloitre et al. (2018) se sont appuyés sur les travaux de Brewin et al. (2009) pour la partie TSPT (Redican et al., 2021). Pour la partie POS, la sélection des items s'est basée sur les résultats d'études cliniques utilisant le DSM-IV qui ont examiné les symptômes les plus fréquemment rapportés dans le TSPT-C (Van der Kolk et al., 2005), guidée par une analyse empirique de la performance d'un large ensemble d'items potentiels (Cloitre et al., 2021; Shevlin et al., 2018) ainsi que par les résultats d'une enquête

auprès d'experts et de cliniciens (Cloitre et al., 2011; Redican et al., 2021).

La version originale de l'ITQ s'est avérée être une mesure cliniquement utile avec de bonnes propriétés psychométriques (Cloitre et al., 2018; 2021), et de nombreuses traductions ont été publiées en Europe (Karatzias et al., 2017a; Murphy et al., 2020; Somma et al., 2019; Vang et al., 2021), au Moyen-Orient (Cloitre et al., 2018; Gilbar et al., 2018; Vallières et al., 2018), en Asie (Ho et al., 2019; 2020; Mordeno et al., 2019), en Afrique (Owczarek et al., 2020), en Amérique du Nord (Cloitre et al., 2019; Cyr et al., 2022) et en Amérique du Sud (Donat et al., 2019). Une revue systématique récente de la littérature (Redican et al., 2021) montre que deux modèles correspondent correctement à la structure factorielle de l'ITQ. Le premier, modélisé avec deux facteurs de second ordre reflétant le TSPT et le POS, semble être plus approprié dans les études de populations cliniques fortement traumatisées. Le second, modélisé avec six facteurs de premier ordre corrélés entre eux, semble être plus approprié dans les études menées sur la population générale. De nombreuses études psychométriques montrent une bonne cohérence interne de l'ITQ (par exemple, Cloitre et al., 2018; Vang et al., 2021).

En termes de validité convergente, il a été établi que le score de l'ITQ est positivement corrélé au nombre d'événements aversifs vécus (Karatzias et al., 2017b; Murphy et al., 2020), aux difficultés à maintenir un sens cohérent de soi (Cyr et al., 2022), ou à l'anxiété et à la dépression (Gilbar, 2020). Alors que certains symptômes semblent être plus associés au TSPT (trouble panique, trouble anxieux généralisé), d'autres semblent être plus associés au TSPT-C (dépression, cognitions post-traumatiques, régulation des émotions) (Hyland et al., 2021b). En termes de validité divergente, il a été montré que l'ITQ est négativement corrélé avec la qualité de vie (Cyr et al., 2022). Enfin, dans une analyse en

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

réseau récente sur l'interconnexion entre le TSPT/POS et le Trouble de la Personnalité Borderline (TPB) chez des patients polytraumatisés, Owczarek et al. (2022) ont montré que les symptômes du TSPT-C mesurés par l'ITQ étaient bien distincts des symptômes du TPB.

Des études récentes menées avec l'ITQ en population générale ont montré des taux de prévalences cumulées allant de 7 à 12 %. Par exemple, les prévalences du TSPT et du TSPT-C sont respectivement de 3,4 % et 3,8 % aux États-Unis (Cloitre et al., 2019), 5 % et 7,7 % en Irlande (Hyland et al., 2021b), ou 5,1 % et 2,7 % au Canada (Cyr et al., 2022). Alors que certaines études trouvent une prévalence plus élevée du TSPT que du TSPT-C (Ben-Ezra et al., 2018; Rossi et al., 2022), d'autres trouvent le contraire (Møller et al., 2020; Hyland et al., 2021b).

1.1. Objectifs de l'étude

Afin de faciliter la recherche sur le psychotrauma en France, des outils de mesure validés doivent être disponibles. À ce jour et à notre connaissance, l'ITQ est le seul questionnaire auto-administré standardisé pour évaluer le TSPT-C. Bien que l'ITQ ait déjà été traduit en plus de 20 langues, aucune validation en français n'existait au moment de cette étude. Récemment, une version en français-québécois a été publiée (Cyr et al., 2022), validée avec un échantillon de 335 Québécois francophones. Étant donné les différences parfois importantes de formulations, il semblait nécessaire de proposer une version française adaptée au contexte français.

L'objectif de notre étude est de proposer une adaptation française de l'ITQ à un échantillon de personnes vivant en France. Le but est (a) de produire une traduction française (trans-culturelle) de l'outil, (b) de confirmer, dans la population française, la structure factorielle de la version originale ainsi que la cohérence

interne de l'outil et de ses diverses dimensions, (c) de s'assurer que l'outil possède une bonne validité convergente et divergente avec d'autres mesures, (d) et de vérifier sa stabilité temporelle (fiabilité).

Sur la base de la littérature existante, nous avons déterminé les 5 hypothèses suivantes : (1) l'ITQ a une bonne cohérence interne, mesurée par les alphas de Cronbach ; (2) le modèle le mieux ajusté pour l'ITQ est un modèle avec deux facteurs de second ordre corrélés entre eux (TSPT et POS), chacun regroupant trois facteurs de premier ordre ; (3) le score de l'ITQ est positivement corrélé aux mesures d'exposition au traumatisme, au TSPT selon le DSM-5, à la dysrégulation émotionnelle, à l'anxiété et à la dépression ; (4) le score de l'ITQ est négativement corrélé à la mesure de la qualité de vie perçue ; (5) la fiabilité de l'outil est satisfaisante (corrélations significatives et positives des scores de l'ITQ à T1 (test) et à T2 (retest)).

2. Méthode

2.1. Traduction française de l'ITQ

L'ITQ a été traduit selon les recommandations de Vallerand (1989) pour la traduction et la validation interculturelle des tests. Trois versions préliminaires ont été produites par six traducteurs bilingues avec une double culture française/anglo-saxonne. Trois d'entre eux ont traduit la version originale de l'ITQ en français, et les trois autres ont effectué une rétro-traduction du français vers l'anglais. Ensuite, un comité d'experts, réunissant traducteurs et trois experts du TSPT, a élaboré la première version française de l'outil. Un pré-test a été réalisé auprès d'un échantillon de convenance et de psychologues familiers du TSPT qui ont été invités à évaluer la compréhension de chaque item sur une échelle de 1 à 7. Une nouvelle réunion du comité a été organisée pour revoir les items les moins bien notés et les reformuler si nécessaire. La version finale de la version française de l'ITQ a ensuite été

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

intégrée dans le protocole en ligne pour évaluer ses qualités psychométriques. Le tableau présentant les différences de traduction entre la version en français-québécois et la version française est disponible en matériel supplémentaire.

2.2. Évaluation psychométrique de l'ITQ

2.2.1. Procédure

Une enquête en ligne avec LimeSurvey a été menée en population adulte générale française entre le 11 janvier et le 8 mars 2022. Les répondants ont été recrutés via les réseaux sociaux en utilisant une méthode d'échantillonnage en boule de neige. Les critères d'inclusion étaient d'être majeur, en capacité de communiquer couramment en français, et de consentir à participer à l'étude. Les participants devaient rapporter au moins un événement potentiellement traumatique pour répondre à l'ITQ. Les participants ont été informés des objectifs de l'étude et des risques potentiels associés. Des lignes d'assistance pour la prévention du suicide et des centres de ressources dédiés au traitement du TSPT ont été spécifiés à la fin de l'enquête. Lors de la première évaluation, les répondants ont été invités à fournir leur adresse e-mail s'ils acceptaient d'être recontactés pour la suite de l'étude. Les participants ayant accepté ont été contactés trois semaines après la première enquête pour compléter le retest de l'ITQ. Le protocole de recherche a respecté les critères du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et a été approuvé par le comité d'éthique local (Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest 1, N°21.02325.000023).

2.2.2. Mesures

2.2.2.1. International Trauma Questionnaire (ITQ)

Dans la présente étude, la version française de l'ITQ a été utilisée et examinée. L'ITQ (Cloitre et al., 2018) est une mesure auto-rapportée de

18 items évaluant les symptômes de TSPT et de TSPT-C selon la CIM-11 chez les adultes. Six items représentent les trois dimensions du TSPT (reviviscences, évitement et sentiment de menace) et six autres représentent les trois dimensions du POS (dysrégulation affective, perturbations des relations et concept de soi négatif). Six autres items mesurent l'altération fonctionnelle (sociale, professionnelle et autres domaines importants de la vie) pour les clusters TSPT et POS. Les items sont notés sur une échelle de cinq points de 0 (« Pas du tout ») à 4 (« Extrêmement »). Les répondants indiquent à quel point chaque symptôme les a dérangés au cours du dernier mois. Un diagnostic probable de TSPT est indiqué par la présence (score ≥ 2) d'au moins un symptôme dans chaque cluster de TSPT et une altération fonctionnelle associée. Un diagnostic probable de TSPT-C est indiqué par la présence d'au moins un symptôme dans chaque cluster de POS et une altération fonctionnelle associée en plus des critères remplis pour le TSPT. La version complète en français de l'ITQ est disponible en matériel supplémentaire.

2.2.2.2. International Trauma Exposure Measure (ITEM)

L'exposition au traumatisme a été évaluée à l'aide de l'ITEM (Hyland et al., 2021), un inventaire mesurant 21 événements de vie menaçants au cours de trois périodes de développement (0-12 ans, 13-18 ans et plus de 18 ans). Seize événements reflètent la définition du DSM-5 de l'exposition à un traumatisme, les cinq autres événements sont des événements psychologiquement menaçants pouvant être considérés comme traumatiques selon les directives de la CIM-11 (par exemple, être harcelé, intimidé, négligé ou humilié). Nous avons précédemment traduit une version française de l'ITEM, en utilisant le même processus que pour la version française de l'ITQ (Peraud et al., en préparation).

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

2.2.2.3. Post-traumatic Check-List for DSM-5 (PCL-5)

La validité convergente a été évaluée à l'aide de la PCL-5 (Weathers et al., 2013 ; version française par Ashbaugh et al., 2016). La PCL-5 est une mesure auto-rapportée de 20 items des symptômes de TSPT selon le DSM-5 chez les adultes, reflétant les quatre clusters du TSPT (intrusions, évitement, altérations négatives des cognitions et de l'humeur, et altération de l'éveil et de la réactivité). Les items sont notés sur une échelle de cinq points de 0 (« pas du tout ») à 4 (« extrêmement »). Les répondants indiquent à quel point chaque symptôme les a dérangés au cours du dernier mois. La fiabilité dans l'échantillon était satisfaisante ($\alpha = .93$).

2.2.2.4. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Le DERS (Gratz & Roemer, 2004 ; version française par Dan-Glauser & Scherer, 2013) est une mesure auto-rapportée de 36 items qui évalue six dimensions des difficultés de régulation émotionnelle : non-acceptation (difficulté à accepter les émotions négatives) ; objectifs (difficulté à poursuivre des objectifs en cas de détresse) ; impulsion (problèmes de contrôle des comportements en cas de détresse) ; stratégies (accès limité aux compétences de régulation émotionnelle adaptatives) ; clarté (difficultés de différenciation des états émotionnels) ; conscience (capacité limitée à identifier les émotions). Chaque item est coté sur une échelle en 5 points. La fiabilité dans l'échantillon était satisfaisante ($\alpha = .94$).

2.2.2.5. Five Items World Health Organization well-being index (WHO-5)

Le WHO-5 est une échelle courte et générique mesurant le bien-être subjectif, largement utilisée dans le monde entier (Topp et al., 2015). Les répondants indiquent dans quelle mesure chaque item s'applique à eux au cours des 14 derniers jours sur une échelle de Likert en cinq points allant de 0 (« jamais ») à 5

(« tout le temps »). La fiabilité dans l'échantillon était satisfaisante ($\alpha = .90$).

2.2.2.6. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Le HADS (Zigmond & Snaith, 1983) est une mesure auto-rapportée de 14 items utilisée pour évaluer les états d'anxiété et de dépression. Les items sont cotés sur une échelle en 4 points allant de 0 à 3. La version française de cette échelle a été introduite par Lépine et al. (1985) et a depuis été validée dans des échantillons cliniques (Razavi et al., 1989 ; Untas et al., 2009) et non cliniques (Bocéréan & Dupret, 2014). La fiabilité dans l'échantillon était acceptable pour les sous-échelles d'anxiété ($\alpha = .75$) et de dépression ($\alpha = .81$).

2.2.3. Analyse statistique

Pour tester les propriétés psychométriques de la version française de l'ITQ, nous avons évalué la cohérence interne, la structure factorielle, les validités convergente et discriminante, ainsi que la fiabilité test-retest. La cohérence interne a été évaluée en calculant l'alpha de Cronbach, avec un seuil d'acceptabilité fixé à .70 (Tavakol & Dennick, 2011). Pour la structure factorielle, nous avons comparé différents modèles théoriques basés sur les définitions de la CIM-11 du TSPT et du TSPT-C à l'aide d'analyses factorielles confirmatoires (AFC). Nous avons testé 7 modèles compilés à partir de recherches antérieures concernant la structure factorielle de l'ITQ (Armour et al., 2021 ; Haselgruber et al., 2020). Les 7 modèles testés sont les suivants (voir Figure 1) :

1. Modèle à un facteur unique (TSPT-C).
2. Modèle à six facteurs corrélés (Evitement (Av), Reviviscences (Re), Sentiment de menace (Th), Dysrégulation émotionnelle (AD), Concept de soi négatif (NSC) et Perturbations dans les relations (DR)).

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

3. Modèle à six facteurs de premier ordre avec un seul facteur de second ordre (TSPT-C).
4. Modèle à six facteurs de premier ordre avec deux facteurs de second ordre corrélés (TSPT et POS).
5. Modèle où les symptômes de TSPT se regroupent directement sur le facteur TSPT, tandis que les symptômes de POS se regroupent sur leurs facteurs de premier ordre respectifs (AD, NSC, DR).
6. Modèle où les symptômes de TSPT se regroupent sur leurs facteurs de premier ordre respectifs (Av, Re, Th), qui se regroupent sur le facteur TSPT, tandis que les symptômes de POS se regroupent directement sur le facteur POS.
7. Modèle où les symptômes de TSPT et de POS se regroupent directement sur leurs facteurs respectifs (TSPT et POS).

Les statistiques d'ajustement sélectionnées et les seuils d'acceptabilité sont ceux établis par Hooper et al. (2008) et Steiger (2007) : Comparative Fit Index (CFI) > .95 ; Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) < .07 ; Standardized root mean square residual (SRMR) < .08 ; Adjusted Goodness of Fit statistic (AGFI) > .90. Nous avons choisi le Critère d'Information Bayésien (BIC) comme indice de comparaison entre les modèles, de sorte qu'une diminution du BIC correspond à un meilleur ajustement et une différence de 10 indique une différence significative (Raftery, cité dans Bauldry, 2015). Pour la validité convergente et discriminante, des corrélations de Spearman ont été réalisées entre les scores totaux et les différents clusters de symptômes de l'ITQ, ainsi qu'entre les

scores obtenus sur la PCL-5, la DERS, le WHO-5 et la HADS. Enfin, la fiabilité test-retest a été vérifiée par des corrélations de Spearman entre les scores de l'ITQ obtenus à T1 et ceux obtenus à T2, ainsi que par le calcul du Coefficient de Corrélation Intraclasse (CCI) entre les deux temps de mesure.

2.2.4. Caractéristiques de l'échantillon

Sur les 750 personnes qui ont répondu à la version française de l'ITQ, 669 (89,2 %) étaient des femmes, 68 (9,07 %) des hommes et 13 (1,73 %) étaient dans la diversité de genre. L'âge moyen était de 34,40 ans (SD = 12,90). Parmi les participants à l'étude, la plupart étaient célibataires (n = 223, 29,73 %), en couple ou en union libre (n = 296, 39,47 %), et mariés ou en union civile (n = 178, 23,73 %). L'échantillon était principalement composé de cadres et de professions intellectuelles supérieures (n = 232, 30,93 %), d'étudiants (n = 224, 29,87 %) et d'employés (n = 137, 18,27 %). Les niveaux d'études rapportés étaient principalement le diplôme de licence (n = 266, 35,47 %), le diplôme de master (n = 260, 34,67 %) et le baccalauréat (n = 160, 21,33 %).

Le Tableau 1 présente les statistiques descriptives de l'exposition à des expériences aversives durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. La moyenne des expériences aversives vécues par notre échantillon était de 7,92 événements. Quatre cent cinquante-huit participants (61,07 %) de l'échantillon avaient vécu des expériences aversives durant l'enfance, 596 (79,47 %) durant l'adolescence, et 637 (84,93 %) à l'âge adulte. La description complète de chaque expérience aversive mesurée dans cette étude par l'ITEM est disponible en matériel supplémentaire.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

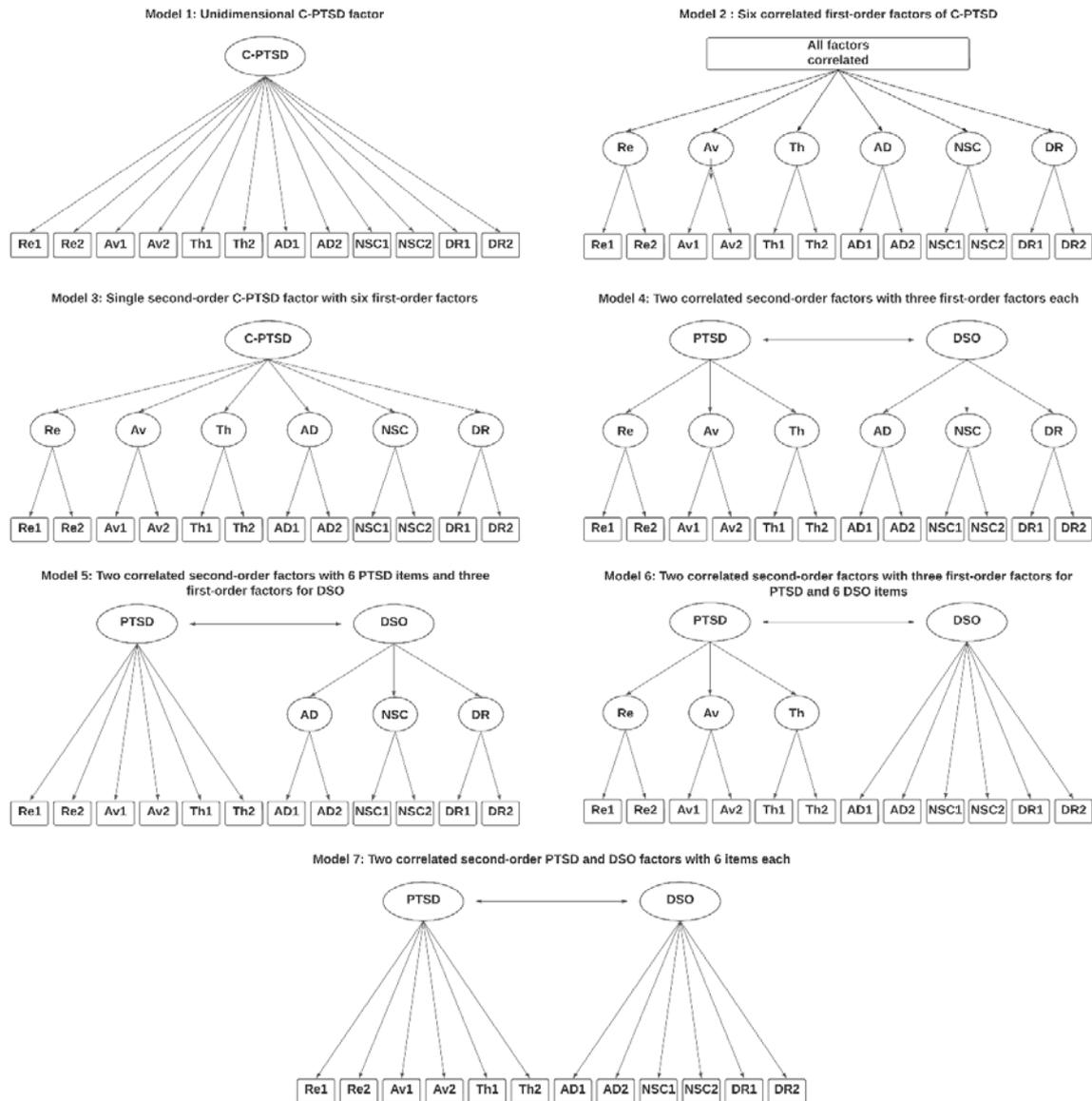


Figure 1. Sept modèles testés avec les scores de l'ITQ.

Notes : *Re* = *Reviviscence* ; *Av* = *Évitement* ; *Th* = *Sentiment de Menace* ; *AD* = *Dysrégulation Emotionnelle* ; *NSC* = *Concept de Soi Négatif* ; *DR* = *Perturbations dans les Relations* ; *DSO* = *Perturbations dans l'organisation de soi*

Tableau 1. Statistiques descriptives des expériences aversives rapportées (n = 750).

Expériences aversives	N avec au moins un événement	Moyenne	SD	Min	Max
Total d'événements	750 (100 %)	7.92	5.71	1	38
Événements durant l'enfance	458 (61.07 %)	1.88	2.24	0	13
Événements durant l'adolescence	596 (79.47 %)	2.98	2.65	0	16
Événements à l'âge adulte	637 (84.93 %)	3.06	2.69	0	17

Note : *SD* = *Standard deviation*

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

3. Résultats

3.1. Statistiques descriptives de l'ITQ

Le Tableau 2 présente les statistiques descriptives et les valeurs de l'alpha de Cronbach pour chaque dimension et le score total de l'ITQ. Les moyennes des scores de l'ITQ étaient de 15,87 (SD = 10,53) pour le score total, 7,74 (SD = 6,02) pour l'échelle de TSPT, et 8,12 (SD = 5,83) pour le POS.

3.2. Structure factorielle

Le Tableau 3 présente toutes les statistiques d'ajustement pour chaque modèle testé avec l'analyse factorielle confirmatoire (AFC). Les modèles 2 et 4 sont tous deux bien ajustés. En comparant les deux modèles, la valeur du BIC pour le Modèle 4 est inférieure à celle du Modèle 2, et la différence entre les deux valeurs de BIC est de 10, indiquant un ajustement significativement meilleur pour le Modèle 4. La Figure 2 représente une modélisation graphique de la structure factorielle du modèle 4.

Comme le montre le Tableau 4, tous les items se regroupent de manière significative et positive dans les facteurs de premier ordre représentatifs de leurs clusters symptomatiques respectifs, allant de 0.73 à 0.93 pour les indicateurs du TSPT et de 0.47 à 0.97 pour les indicateurs du POS. Toutes les regroupent de second ordre pour les variables latentes TSPT et POS étaient élevés, positifs et significatives à $p < .01$. Comme prévu, dans le Modèle 4, le TSPT et le POS étaient fortement corrélés ($r = .74$; $p < .01$).

3.3. Cohérence interne

Le coefficient α de Cronbach des différentes dimensions et des scores totaux de l'ITQ sont

supérieurs au seuil d'acceptabilité de .70 : allant de .77 à .95 pour les clusters de symptômes de l'ITQ, .85 pour les six items de TSPT, .84 pour les six items de POS et .89 pour le score total de l'ITQ. La seule exception concerne le cluster « Dysrégulation émotionnelle » ($\alpha = .40$). Les statistiques descriptives et le coefficient α de Cronbach pour chaque échelle utilisée dans cette étude sont disponibles dans le Tableau 5.

3.4. Validité convergente et discriminante

Le Tableau 6 montre les différentes corrélations entre les scores et dimensions de l'ITQ et les autres échelles utilisées. Les sous-échelles TSPT et POS étaient positivement corrélées avec la sous-échelle d'anxiété de l'HADS (.60, $p < .01$ vs .57, $p < .01$), la sous-échelle de dépression de l'HADS (.49, $p < .01$ vs .64, $p < .01$), la PCL-5 (.87, $p < .01$ vs .75, $p < .01$), la sous-échelle Impulsion de la DERS (.12, $p < .01$ vs .07, $p = .07$), la sous-échelle Stratégies de la DERS (.34, $p < .01$ vs .45, $p < .01$), la sous-échelle Clarté de la DERS (.43, $p < .01$ vs .57, $p < .01$), et la sous-échelle Conscience de la DERS (.18, $p < .01$ vs .29, $p < .01$). La seule exception était la corrélation non significative entre le cluster de symptômes AD et la sous-échelle Impulsion de la DERS ($-.008$, $p = .83$). Les sous-échelles TSPT et POS étaient négativement corrélées avec le WHO-5 ($-.50$, $p < .01$ vs $-.65$, $p < .01$), la sous-échelle Objectifs de la DERS ($-.27$, $p < .01$ vs $-.35$, $p < .01$), et la sous-échelle Non acceptation de la DERS ($-.35$, $p < .01$ vs $-.42$, $p < .01$). La relation la plus forte a été trouvée entre la sous-échelle TSPT et la PCL-5 (.87, $p < .01$) et la plus faible entre le cluster de symptômes AD et la sous-échelle Impulsion de la DERS ($-.008$, $p = .83$).

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Tableau 2. Statistiques descriptives et consistance interne de la version française de l'ITQ (n = 750).

Dimensions de l'ITQ	Moyenne	SD	Min	Max	α de Cronbach
ITQ-Total	15.87	10.53	0	48	.89
ITQ-TSPT	7.74	6.02	0	24	.85
Re	1.83	2.10	0	8	.77
Av	2.87	2.50	0	8	.77
Th	3.05	2.70	0	8	.87
ITQ-POS	8.12	5.83	0	24	.84
AD	2.39	2.61	0	8	.40
NSC	2.39	2.49	0	8	0,95
DR	2.96	2.49	0	8	0,82

Notes : SD = Standard deviation; Re = Reviviscence; Av = Évitement; Th = Sentiment de Menace; AD = Dysrégulation Emotionnelle; NSC = Concept de Soi Négatif; DR = Perturbations dans les Relations; POS = Perturbations de l'Organisation de Soi.

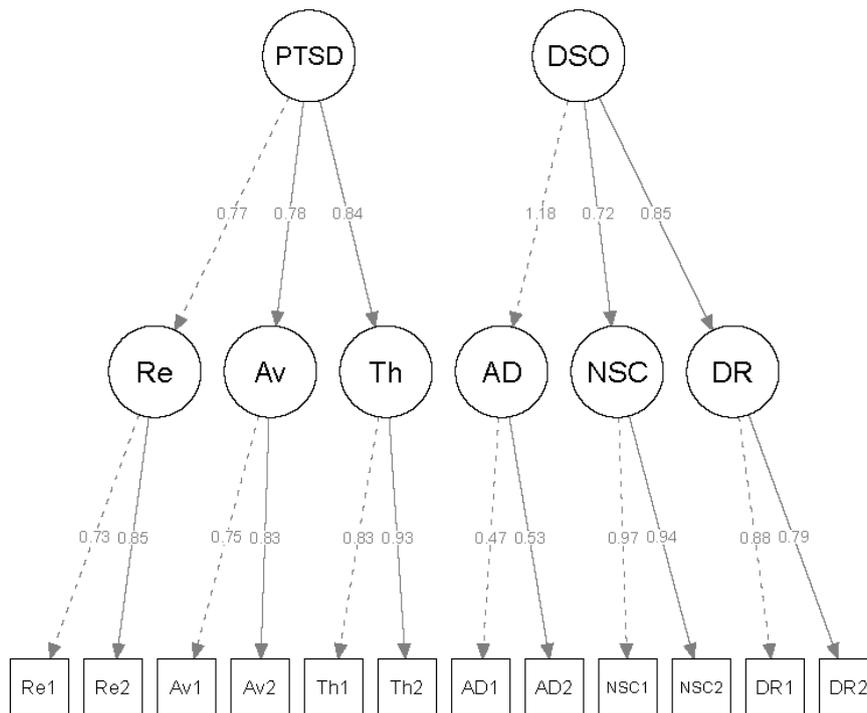


Figure 2. Modélisation graphique de la structure factorielle du Modèle 4.

Notes : Re = Reviviscence; Av = Évitement; Th = Sentiment de Menace; AD = Dysrégulation Emotionnelle; NSC = Concept de Soi Négatif; DR = Perturbations dans les Relations; DSO = Perturbations de l'Organisation de Soi.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Tableau 3. Comparaison des modèles alternatifs à la CIM-11 basée sur les résultats de la version française de l'ITQ.

Modèle	CFI	RMSEA	SRMR	AGFI	BIC
1	.615	.216	.102	.562	27461.374
2	.975	.064	.038	.931	25771.778
3	.942	.089	.061	.881	25882.974
4	.971	.064	.043	.932	25750.695
5	.895	.117	.062	.819	26105.166
6	.862	.134	.095	.759	26266.917
7	.787	.162	.106	.687	26621.417

Notes : CFI = Comparative fit index; RMSEA = Root mean square error of approximation; SRMR = Standardized root mean square residual; AGFI = Adjusted goodness-of-fit statistic; BIC = Bayesian information criterion

Tableau 4. Saturations factorielles standardisée pour le modèle 4 (six facteurs de premier ordre, avec deux facteurs de second ordre corrélés) (N = 750).

Item	Re	Av	Th	AD	NSC	DR
Re1	0.73					
Re2	0.85					
Av1		0.75				
Av2		0.83				
Th1			0.83			
Th2			0.93			
AD1				0.47		
AD2				0.53		
NSC1					0.97	
NSC2					0.94	
DR1						0.88
DR2						0.79
Facteur de 2nd ordre						
PTSD	0.77	0.78	0.84			
DSO				1.18	0.72	0.85

Notes : Toutes les saturations et corrélations sont statistiquement significatives à $p < .01$.
 Note 2. Re = Reviviscence; Av = Évitement; Th = Sentiment de Menace; AD = Dysrégulation Emotionnelle; NSC = Concept de Soi Négatif; DR = Perturbations dans les Relations; DSO = Perturbations de l'Organisation de Soi.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Tableau 5. Statistiques descriptives pour l'ensemble des échelles utilisées (n = 750).

Variable	Moyenne	SD	Minimum	Maximum	α de Cronbach
HAD - Anxiété	9.29	3.96	0	20	.75
HAD - Dépression	6.00	4.00	0	20	.81
WHO-5 - Total	12.25	5.69	0	25	.90
PCL-5	28.22	18.16	0	78	.93
DERS - Total	104.79	10.10	71	136	.94

Notes : SD = Standard deviation ; HAD = Hospital Anxiety and Depression scale ; WHO 5 = the 5-item World Health Organization well-being index ; PCL-5 = the Post-Traumatic CheckList for DSM-5 ; DERS = Difficulties in Emotion Regulations Scale

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Tableau 6. Corrélations entre les scores à l'ITQ et ses sous-échelles et les scores à la HADS, WHO-5, PCL-5 et DERS en utilisant le ρ de Spearman.

Dimensions de l'ITQ	HADS Anxiété	HADS Dépression	WHO-5	PCL-5	DERS Objectifs	DERS Impulsion	DERS Stratégies	DERS Non-acceptation	DERS Clarté	DERS Conscience
ITQ-TSPT	.60**	.49**	-.50**	.87**	-.27**	.12**	.34**	-.35**	.43**	.18**
Re	.47**	.38**	-.39**	.68**	-.20**	.12**	.25**	-.29**	.31**	.15**
Av	.42**	.42**	-.37**	.70**	-.21**	.06	.25**	-.24**	.35**	.19**
Th	.58**	.43**	-.46**	.78**	-.24**	.12**	.33**	-.34**	.39**	.12**
ITQ-POS	.57**	.64**	-.65**	.75**	-.35**	.07	.45**	-.42**	.57**	.29**
AD	.45**	.51**	-.53**	.57**	-.34**	-.008	.42**	-.31**	.49**	.26**
NSC	.53**	.51**	-.53**	.62**	-.30**	.10**	.37**	-.44**	.43**	.21**
DR	.43**	.57**	-.55**	.64**	-.25**	.05	.33**	-.29**	.50**	.26**

Note 1 : ** = Significant at $p < .01$

Notes 2 : Re = Reviviscences; Av = Evitement; Th = Sentiment de menace; AD = Dysrégulation émotionnelle; NSC = Concept de soi négatif; DR = Perturbations dans les relations; DSO = Perturbations dans l'organisation de soi; HADS = Hospital Anxiety and Depression rating Scale; WHO-5 = 5-item World Health Organization well-being index; PCL-5 = Post-Traumatic Checklist for DSM-5; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

3.5. Fiabilité test-retest

Trois cent trente-deux personnes ont répondu au deuxième temps de l'étude, environ trois semaines plus tard. Le Tableau 7 présente les différentes corrélations de Spearman et les coefficients de corrélation intraclass entre les deux temps de mesure sur les scores obtenus à l'ITQ. Les corrélations entre les deux temps de

mesure sont de .77 pour la sous-échelle TSPT et de .83 pour la sous-échelle POS, et varient de .68 à .83 pour les clusters de symptômes. Les coefficients de corrélation intraclass globaux sont significatifs à $p < .01$, étant de .767 et .830 pour les échelles TSPT et POS respectivement, et variant de .582 à .838 pour les clusters de symptômes.

Tableau 7. Corrélations de Spearman (ρ) et coefficients de corrélations intra classes entre les deux temps de mesure à partir des scores obtenus à l'ITQ et aux sous-dimensions.

ITQ dimensions	Spearman's ρ	ICC
ITQ-TSPT	.77**	.767**
Re	.71**	.696**
Av	.61**	.582**
Th	.65**	.659**
Perturbations fonctionnelles (TSPT)	.67**	.696**
ITQ-POS	.83**	.830**
AD	.68**	.691**
NSC	.83**	.838**
DR	.76**	.755**
Perturbations fonctionnelles (POS)	.71**	.732**

Note 1 : ** = Significatif à $p < .01$

Notes 2 : Re = Reviviscence; Av = Évitement; Th = Sentiment de Menace; AD = Dysrégulation Emotionnelle; NSC = Concept de Soi Négatif; DR = Perturbations dans les Relations; POS = Perturbations de l'Organisation de Soi ; ICC = Intraclass correlation coefficient

4. Discussion

L'objectif de cette étude était de proposer une validation française de l'ITQ. Dans l'ensemble, la version française de l'ITQ a montré des qualités psychométriques satisfaisantes. Sa structure factorielle était équivalente à la

version originale, et l'échelle ainsi que ses différentes sous-échelles ont montré une bonne cohérence interne globale. La version française de l'ITQ a montré une bonne validité convergente et discriminante, ainsi qu'une bonne fiabilité test-retest.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Dans cette étude, à la fois le modèle à deux facteurs de second ordre et le modèle à six facteurs de premier ordre corrélés présentaient de bons ajustements. Lors de la comparaison des deux modèles à l'aide du BIC, le modèle à deux facteurs de second ordre présentait la valeur la plus basse avec une différence supérieure à 10, indiquant un ajustement significativement meilleur par rapport au modèle à six facteurs de premier ordre corrélés. Ces deux modèles explicatifs du PTSD et du C-PTSD selon la CIM-11 mesurés par l'ITQ sont les plus adaptés dans la majorité des études précédentes, comme expliqué dans une revue de littérature portant sur l'analyse de la structure factorielle de l'ITQ (Redican et al., 2021). Selon cette revue, le modèle à deux facteurs de second ordre serait plus approprié pour les études en population clinique, tandis que le modèle à six facteurs de premier ordre corrélés serait préféré dans les études en population générale. Bien que cette hypothèse ait été confirmée dans de nombreuses études, le modèle à deux facteurs de second ordre présentait le meilleur ajustement dans certaines recherches en population générale (Cyr et al., 2022; Redican et al., 2021). En comparaison de la version en français-québécois (Cyr et al., 2022), les deux études ont retenu le modèle à deux facteurs de second ordre comme meilleur ajustement, et les indices d'ajustement sont satisfaisants pour la version en français-québécois (RMSEA = 0.045, SRMR = 0.034, CFI = 0.975) ainsi que pour la version française (RMSEA = 0.064, SRMR = 0.043, CFI = 0.971). Cette recherche apporte des preuves supplémentaires sur la nécessité d'effectuer davantage d'études pour se rapprocher le plus possible des concepts de TSPT et de TSPT-C tels que définis par la CIM-11 lors du choix de la structure factorielle de l'ITQ.

La cohérence interne de la version française de l'ITQ est bonne, à l'exception de la sous-dimension "Dysrégulation émotionnelle" ($\alpha = 0.40$). Cela est retrouvé dans plusieurs études (Cyr et al., 2022; Redican et al., 2021)

et est cohérent à la fois sur le plan théorique et clinique. La sous-dimension "AD" mesure deux aspects opposés de la dysrégulation émotionnelle reflétant une sous-régulation et une surrégulation émotionnelle (hyperactivation et hypoactivation), deux modalités fréquemment et séparément observées chez les patients traumatisés.

4.1. Forces et intérêts de la recherche

À notre connaissance et à ce jour, cette étude est la première à proposer une version de l'ITQ adaptée à la population française, offrant ainsi un premier outil de mesure valide pour le TSPT et le TSPT-C selon la CIM-11 en France. Cela constitue un avantage en termes de rapidité et de facilité d'utilisation en routine clinique. Les contributions de cet outil sont nombreuses, notamment dans un contexte où les données de prévalence du TSTP-C sont encore très limitées, voire inexistantes en France, alors que ce trouble semble affecter une partie significative de la population générale et clinique (Karatzias et al., 2017a). À cet égard, cette étude est, à notre connaissance, la première à fournir des données sur le TSPT-C tel que défini par la CIM-11 en France. En pratique clinique, il est également observé que certains patients peuvent parfois présenter des diagnostics erronés ou incomplets faute d'outils d'évaluation validés. Ce nouvel outil facilitera la recherche sur ce trouble, facilitera son identification sur le terrain et contribuera ainsi à sensibiliser les professionnels de la santé pour un soin plus approprié des patients.

4.2. Limites

Étant donné que notre échantillon est largement composé de femmes jeunes avec un niveau d'éducation plutôt élevé, il est clair que certains profils de personnes peuvent avoir été manquants dans notre étude, tels que les personnes âgées, précaires ou marginalisées. Comme notre étude a été menée sur une population générale recrutée via les réseaux

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

sociaux, il est probable que le profil de notre population soit directement attribuable à notre méthodologie. Les études menées via les réseaux sociaux présentent de multiples biais qui peuvent influencer à la fois la population atteinte (limitée aux utilisateurs de réseaux sociaux et favorisant les profils de jeunes femmes blanches et plutôt privilégiées) (Peraud et al., 2021; Whitaker et al., 2017) et le taux d'engagement (capacité à quitter le questionnaire à tout moment). Il est également possible que ceux les plus affectés par leurs traumatismes n'aient pas pu compléter le questionnaire. Cependant, la méta-analyse de Jaffe et al. (2015) nuance cette idée en soulignant que les protocoles en ligne sont moins susceptibles de générer de la détresse liée au rappel des événements par rapport aux entretiens, et cette détresse semble être compensée par d'autres aspects positifs tels que le sentiment d'aider d'autres victimes en ayant participé à l'enquête.

Cette étude de validation a été réalisée auprès d'une population générale exposée à des événements potentiellement traumatiques. Elle n'est donc pas représentative de la population française et ne constitue pas un instantané des patients que l'on pourrait trouver dans les centres de traumatologie, limitant la généralisation de nos résultats. À l'avenir, il semble nécessaire que la version française de l'ITQ soit validée dans différents contextes, notamment en population générale, avec des taux moins importants de TSPT/TSPT-C (Hyland et al., 2017b; Wolf et al., 2015), et en population clinique où les prévalences semblent plus élevées et les symptômes plus intenses (Cloitre et al., 2018; Hyland et al., 2017a; Karatzias et al., 2016).

5. Conclusion

Notre étude propose une version française de l'ITQ présentant des qualités psychométriques satisfaisantes et conforme à la version originale de l'ITQ. La structure factorielle de l'outil soutient la distinction entre les symptômes du

TSPT et du POS, telle que définie par la CIM-11, même si le modèle 2 présente également de bons indices statistiques. La validation de la version française de l'ITQ constitue une première étape vers l'obtention d'outils d'évaluation du TSPT et du TSPT-C adaptés aux critères de la CIM-11 en France. Il est important que cette échelle soit testée tant dans un contexte de recherche que de cliniques, auprès d'autres populations, afin que nos résultats puissent être reproduits ou non. Bien que cette échelle constitue une contribution significative, comme tout auto-questionnaire sur les symptômes post-traumatiques, elle n'est pas suffisante à elle seule pour poser un diagnostic. D'autres outils doivent être développés et validés en France, comme l'International Trauma Interview (ITI) (Gelezelyte et al., 2022), un entretien clinique pour l'évaluation du TSPT et du TSPT-C selon la CIM-11. Ces nouvelles perspectives devraient faciliter le dépistage et ainsi favoriser un traitement plus précoce et optimal de ces troubles.

Remerciements.

Nous remercions Maria Karimov-Zwienenberg, Chloe Salway, Pascale Swedsen et Dr. Erwan Dieu pour leur aide dans la traduction de cet outil.

Déclarations de conflits d'intérêt.

Aucun potentiel conflit d'intérêt n'est rapporté par les auteurs.

Mise à disposition des données.

Les données qui soutiennent les résultats de cette étude sont disponibles auprès de l'auteur correspondant [WP], sur demande raisonnable.

Financements.

Ce travail a été soutenu par la Ligue Contre le Cancer (Bourse numéro DOCSHS22-019).

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Références.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn)* (DSM-IV). APA.
- Armour, C., Robinson, M., & Ross, J. (2021). Factor structure of the International Trauma Questionnaire in UK Armed Forces veterans residing in Northern Ireland. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1924954. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1924954>
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PloS one*, *11*(10), e0161645.
- Bauldry, S. (2015). Structural Equation Modeling. In J. D. Wright (Éd.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (p. 615-620). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.44055-9>
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., ... & Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and anxiety*, *35*(3), 264-274.
- Bocéréan, C., & Dupret, E. (2014). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC psychiatry*, *14*(1), 1-11.
- Brewin, C. R. (2020). Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, *26*(3), 145-152.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... Somasundaram, D. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, *58*, 1–15.
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A. *Journal of traumatic stress*, *22*(5), 366-373.
- Cloitre, M. et al. (2011). Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 24, No. 6, December 2011, pp. 615–627
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European journal of psychotraumatology*, *4*(1), 20706.
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress*, *32*(6), 833-842.
- Cloitre, M., Hyland, P., Prins, A., & Shevlin, M. (2021). The international trauma questionnaire (ITQ) measures reliable and clinically significant treatment-related change in PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1930961.
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., ... & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire:

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

- Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546.
- Cyr, G., Belanger, C., & Godbout, N. (2022). French translation and validation of the International Trauma Questionnaire in a Canadian community sample. *Child Abuse & Neglect*, 128, 105627.
- Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). The difficulties in emotion regulation scale (DERS). *Swiss Journal of Psychology*, 72(1), 5-11.
- Donat, J. C., Lobo, N. D. S., Jacobsen, G. D. S., Guimarães, E. R., Kristensen, C. H., Berger, W., & Nascimento, E. (2019). Translation and cross-cultural adaptation of the International Trauma Questionnaire for use in Brazilian Portuguese. *Sao Paulo Medical Journal*, 137, 270-277.
- First, M.B., Reed, G.M., Hyman, S.E., Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*;14:82–90.
- Gelezelyte, O., Roberts, N. P., Kvedaraite, M., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Cloitre, M., ... & Kazlauskas, E. (2022). Validation of the International Trauma Interview (ITI) for the Clinical Assessment of ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian Sample. *European journal of psychotraumatology*, 13(1), 2037905.
- Gilbar, O. (2020). Examining the boundaries between ICD-11 PTSD/CPTSD and depression and anxiety symptoms: A network analysis perspective. *Journal of Affective Disorders*, 262, 429-439.
- Gilbar, O., Hyland, P., Cloitre, M., & Dekel, R. (2018). ICD-11 complex PTSD among Israeli male perpetrators of intimate partner violence: Construct validity and risk factors. *Journal of Anxiety Disorders*, 54, 49-56.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Hansen, M., Armour, C., McGlinchey, E., Ross, J., Ravn, S. L., Andersen, T. E., ... & Fried, E. (2022). Investigating the DSM-5 and the ICD-11 PTSD symptoms using network analysis across two distinct samples. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*.
- Hansen, M., Hyland, P., Armour, C., Shevlin, M., & Elklit, A. (2015). Less is more? Assessing the validity of the ICD-11 model of PTSD across multiple trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 28766.
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 60-73.
- Ho, G. W., Hyland, P., Shevlin, M., Chien, W. T., Inoue, S., Yang, P. J., ... & Karatzias, T. (2020). The validity of ICD-11 PTSD and Complex PTSD in East Asian cultures: Findings with young adults from China, Hong Kong, Japan, and Taiwan. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1717826.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

- Ho, G. W., Karatzias, T., Cloitre, M., Chan, A. C., Bressington, D., Chien, W. T., ... & Shevlin, M. (2019). Translation and validation of the Chinese ICD-11 international trauma questionnaire (ITQ) for the assessment of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD). *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), 1608718. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic journal of business research methods*, *6*(1), pp53-60.
- Hyland, P., Brewin, C. R., & Maercker, A. (2017). Predictive validity of ICD-11 PTSD as measured by the Impact of Event Scale-Revised: A 15-year prospective study of political prisoners. *Journal of Traumatic Stress*, *30*, 125–132. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.22171>.
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., & Brewin, C. R. (2021). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for DSM-5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *13*(2), 133.
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., Christoffersen, M., Cloitre, M. (2017b). Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, DOI 10.1007/s00127-017-1350-8
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., ... Roberts, N. P. (2017c). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *136*(3), 313-322. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., Cloitre, M., & Karatzias, T. (2019). The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD and dissociative experiences, *Journal of Trauma & Dissociation*, DOI: 10.1080/15299732.2019.1675113
- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., & Shevlin, M. (2021). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *56*(4), 649-658.
- Jaffe, A. E., DiLillo, D., Hoffman, L., Haikalis, M., & Dykstra, R. E. (2015). Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical Psychology Review*, *40*, 40-56.
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., & Brewin, C. R. (2017a). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European journal of psychotraumatology*, *8*(sup7), 1418103
- Karatzias, T., Hyland, P., Ben-Ezra, M., & Shevlin, M. (2018). Hyperactivation and hypoactivation affective dysregulation symptoms are integral in complex posttraumatic stress disorder: Results from a nonclinical Israeli sample. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *27*(4), e1745.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... & Cloitre, M. (2017b). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

- stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 73-79. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.009>.
- Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. H. (1985). Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. In *Annales médico-psychologiques*. Elsevier Science.
- Maercker, A., Brewin, C., Bryant, R., Cloitre, M., Reed, G. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, Vol 381.
- Møller, L., Augsburger, M., Elklit, A., Søgaaard, U., & Simonsen, E. (2020). Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(5), 421-431.
- Mordeno, I. G., Nalipay, M. J. N., & Mordeno, E. R. (2019). The factor structure of complex PTSD in combat-exposed Filipino soldiers. *Psychiatry Research*, 278, 65-69.
- Murphy, D., Shevlin, M., Pearson, E., Greenberg, N., Wessely, S., Busuttill, W., & Karatzias, T. (2020). A validation study of the International Trauma Questionnaire to assess post-traumatic stress disorder in treatment-seeking veterans. *The British Journal of Psychiatry*, 216(3), 132-137.
- Owczarek, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Vallieres, F., & Shevlin, M. (2020). Testing the factor structure of the international trauma questionnaire (ITQ) in African community samples from Kenya, Ghana, and Nigeria. *Journal of Loss and Trauma*, 25(4), 348-363.
- Owczarek, M., Karatzias, T., McElroy, E., Hyland, P., Cloitre, M., Kratzer, L., ... & Shevlin, M. (2022). Borderline Personality Disorder (BPD) and Complex Post Traumatic Stress Disorder (CPTSD): A network analysis in a highly traumatised clinical sample. *Journal of Personality Disorders*.
- Peraud, W., Hebrard, L., Lavandier, A., Brennstuhl, M.J., Quintard, B. (2022). *French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Exposure Measure (ITEM) in a French community sample*. Manuscript in preparation.
- Peraud, W., Quintard, B., & Constant, A. (2021). Factors associated with violence against women following the COVID-19 lockdown in France: Results from a prospective online survey. *PLoS one*, 16(9), e0257193.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1989). Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de psychologie appliquée*.
- Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., ... & Shevlin, M. (2021). A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

- Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 79, 102381.
- Rossi, R., Succi, V., Pacitti, F., Carmassi, C., Rossi, A., Di Lorenzo, G., & Hyland, P. (2022). The Italian Version of the International Trauma Questionnaire: Symptom and Network Structure of Post-Traumatic Stress Disorder and Complex Post-Traumatic Stress Disorder in a Sample of Late Adolescents Exposed to a Natural Disaster. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
- Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1419749.
- Somma, A., Maffei, C., Borroni, S., Gialdi, G., & Fossati, A. (2019). Post traumatic reactions as individual differences: Latent structure analysis of the international trauma questionnaire in Italian trauma-exposed and non-trauma exposed adults. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 7(1).
- Steiger, J. H. (2007). Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 893-898.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53.
- Topp, C.W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167-176
- Untas, A., Aguirrezabal, M., Chauveau, P., Leguen, E., Combe, C., & Rasclé, N. (2009). Anxiété et dépression en hémodialyse: Validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Néphrologie & thérapeutique*, 5(3), 193-200.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662.
- Vallières, F., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., ... & Hyland, P. (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 547-557.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389-399.
- Vang, M. L., Dokkedahl, S. B., Løkkegaard, S. S., Jakobsen, A. V., Møller, L., Auning-Hansen, M. A., & Elklit, A. (2021). Validation of ICD-11 PTSD and DSO using the International Trauma Questionnaire in five clinical samples recruited in Denmark. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1894806.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). *Scale available from the*

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

- National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov, 10(4), 206.*
- Whitaker, C., Stevelink, S., & Fear, N. (2017). The use of Facebook in recruiting participants for health research purposes: a systematic review. *Journal of medical Internet research, 19(8)*, e7071.
- Wisco, B. E., Miller, M. W., Wolf, E. J., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., ... & Friedman, M. J. (2016). The impact of proposed changes to ICD-11 on estimates of PTSD prevalence and comorbidity. *Psychiatry Research, 240*, 226-233.
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B. P., ... & Friedman, M. J. (2015). ICD-11 complex PTSD in US national and veteran samples: Prevalence and structural associations with PTSD. *Clinical Psychological Science, 3(2)*, 215-229.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO.
- World Health Organization. (2018). *ICD-11 : International Classification of Diseases 11th Revision*. WHO (<https://icd.who.int/en/>). Accessed 19 Jul 2022.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica, 67(6)*, 361-370.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Matériel supplémentaire 1.

THE INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE (ITQ) – Version française

W. Peraud, L. Hebrard, A. Lavandier, S. Brockbanck-Chasey, MJ. Brennstuhl, B. Quintard.
Contact : william.peraud@u-bordeaux.fr / william.peraud@gmail.com

PRESENTATION :

L'instrument ci-joint est une mesure brève, rédigée simplement, qui cible les symptômes centraux du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) et du Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C). L'ITQ a été développé de manière à être conforme aux principes de la 11^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11), tels qu'ils ont été établis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à savoir maximiser l'utilité clinique et assurer une applicabilité internationale en se concentrant sur les principaux symptômes d'un trouble donné. L'ITQ est disponible publiquement et gratuitement pour utilisation par tous les partis intéressés.

DIAGNOSTIC :

- **TSPT** : Un diagnostic probable de TSPT requière la présence d'au moins un symptôme dans chacune des trois dimensions suivantes : (1) intrusions, (2) évitement et (3) perception de menace constante, ainsi que la présence d'au moins un indicateur d'altération fonctionnelle associé à ces symptômes. La présence d'un symptôme ou d'une altération fonctionnelle est indiquée par un score ≥ 2 à un item.
- **TSPT-C** : Un diagnostic probable de TSPT-C nécessite que les conditions pour la présence d'un TSPT soit remplies, ainsi qu'au moins un symptôme dans chacune des trois dimensions de Perturbations dans l'Organisation de Soi (POS) : (1) difficultés de régulation émotionnelle, (2) concept de soi négatif et (3) perturbations relationnelles, ainsi que la présence d'au moins un indicateur d'altération fonctionnelle associé aux symptômes des POS. La présence d'un symptôme ou d'une altération fonctionnelle est indiquée par un score ≥ 2 à un item.

Une personne peut recevoir soit un diagnostic de TSPT, soit un diagnostic de TSPT-C. Si une personne remplit les critères du TSPT-C, elle ne reçoit pas un diagnostic de TSPT en plus. Si une personne ne remplit pas les critères du TSPT, alors elle ne peut pas remplir les critères du TSPT-C.

Les instructions pour la cotation de l'instrument sont disponibles à la fin du document.

REFERENCES :

Pour la version originale : Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., et Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. DOI: 10.1111/acps.12956

Pour la version française : Peraud, W., Hebrard, L., Lavandier, A., Brockbanck-Chasey, S., Brennstuhl, M. J., & Quintard, B. (2022). French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample. *European journal of psychotraumatology*, 13(2), 2152109.

AUTRES PUBLICATIONS :

Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001.

Karatzias T., Shevlin M., Fyvie C., Hyland P., Efthymiadou E., Wilson D., ... Cloitre M. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD)

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). Journal of Affective Disorders, 207, 181-187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>

Hyland, P., Shevlin M., Brewin C.R., Cloitre M., Downes A.J., Jumbe, S., ...Roberts, N.P. (2017). Validation of post- traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. Acta Psychiatrica Scandinavica. 136, 313-322. doi: 10.1111/acps.12771.

Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin C.R. et Cloitre M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire, European Journal of Psychotraumatology, 9:1. doi: 10.1080/20008198.2017.1419749

THE INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE – Version française

Consigne : Veuillez s'il vous plait identifier l'événement qui vous perturbe le plus et répondre aux questions relatives à cet événement.

Merci de décrire brièvement cet événement :

Quand l'événement s'est-il produit ? (entourez une seule réponse)

- a) Il y a moins de 6 mois
- b) Entre 6 et 12 mois
- c) Entre 1 et 5 ans
- d) Entre 5 et 10 ans
- e) Entre 10 et 20 ans
- f) Il y a plus de 20 ans

Vous trouverez ci-dessous plusieurs problèmes que les personnes rapportent parfois en réponse à des événements de vie traumatiques ou stressants. Merci de lire attentivement chaque proposition, puis entourez l'un des chiffres à droite afin d'indiquer à quel point ce problème vous a dérangé **au cours du dernier mois**.

A quel point ce problème vous a dérangé au cours du derniers mois ?	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
P1. Avoir des rêves perturbants qui font revivre une partie de l'événement ou qui y sont clairement liés.	0	1	2	3	4
P2. Avoir des images ou des souvenirs forts qui envahissent parfois votre esprit et donnent la sensation de revivre l'événement ici et maintenant.	0	1	2	3	4
P3. Eviter de se rappeler à soi même l'événement (par exemple par des pensées, sentiments ou sensations physiques).	0	1	2	3	4
P4. Eviter certains contextes qui vous rappellent	0	1	2	3	4

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

l'événement (par exemple des personnes, lieux, conversations, objets, activités ou situations).					
P5. Être sur le qui-vive, vigilant·e ou sur vos gardes.	0	1	2	3	4
P6. Se sentir nerveux·se ou facilement effrayé·e ?	0	1	2	3	4

Au cours du dernier mois, les problèmes ci-dessus ont-ils...

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
P7. Affecté vos relations ou votre vie sociale ?	0	1	2	3	4
P8. Affecté votre travail ou votre capacité à travailler ?	0	1	2	3	4
P9. Affecté toute autre partie importante de votre vie telle que votre rôle de parent, votre travail scolaire ou universitaire ou d'autres activités importantes ?	0	1	2	3	4

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Vous trouverez ci-dessous plusieurs problèmes auxquels les personnes qui ont vécu des événements de vie traumatiques ou stressants sont parfois confrontées. Les questions font référence à ce que vous ressentez **habituellement**, à ce que vous pensez **habituellement** de vous-même et aux relations que vous entretenez **en général** avec les autres. Merci de répondre aux questions suivantes en réfléchissant à quel point chaque proposition est vraie pour vous.

A quel point ceci est-il vrai pour vous ?	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
C1. Quand je suis contrarié·e, il me faut beaucoup de temps pour me calmer.	0	1	2	3	4
C2. Je me sens insensible ou émotionnellement vide.	0	1	2	3	4
C3. Je me sens comme un·e raté·e.	0	1	2	3	4
C4. J'ai l'impression que je ne vau rien.	0	1	2	3	4
C5. Je me sens distant·e ou déconnecté·e des autres.	0	1	2	3	4
C6. Je trouve qu'il est difficile pour moi de rester émotionnellement proche des autres.	0	1	2	3	4

Au cours du dernier mois, les problèmes ci-dessus relatifs à vos émotions, aux croyances sur vous-même et dans vos relations ont-ils :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
C7. Généré des préoccupations ou de la détresse dans vos relations ou votre vie sociale ?	0	1	2	3	4
C8. Affecté votre travail ou capacité à travailler ?	0	1	2	3	4
C9. Affecté toute autre partie importante de votre vie telle que votre rôle de parent, votre travail scolaire ou universitaire ou d'autres activités importantes ?	0	1	2	3	4

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

1. Cotation diagnostique du TSPT et du TSPT-C

• TSPT :

Si $P1$ ou $P2 \geq 2$, le critère pour la dimension « intrusions » (Intrusion) est rempli.

Si $P3$ ou $P4 \geq 2$, le critère pour la dimension « évitement » (Evitement) est rempli.

Si $P5$ ou $P6 \geq 2$, le critère pour la dimension « perception de menace constante » (Menace) est rempli.

ET

Si $P7, P8$ ou $P9 \geq 2$, le critère d'altération fonctionnelle liée au TSPT est rempli (TSPTAF).

Si « Intrusion », « Evitement », « Menace » et « TSPTAF » sont présents, alors les critères du TSPT sont remplis.

• TSPT-C

Si $C1$ ou $C2 \geq 2$, le critère pour la dimension « difficultés de régulation émotionnelle » (DRE) est rempli.

Si $C3$ ou $C4 \geq 2$, le critère pour la dimension « concept de soi négatif » (CSN) est rempli.

Si $C5$ ou $C6 \geq 2$, le critère pour la dimension « perturbations relationnelles » (PR) est rempli.

ET

Si $C7, C8$ ou $C9 \geq 2$, le critère d'altération fonctionnelle liée au POS (POSAF) est rempli.

Si « DRE », « CSN », « PR » et « POSAF » sont présents, alors les critères de POS sont remplis.

Le TSPT est diagnostiqué si les critères du TSPT sont remplis, mais **les critères de POS ne sont pas remplis.**

Le TSPT-C est diagnostiqué si les critères du TSPT et de POS sont remplis.

Aucun diagnostic n'est posé si les critères du TSPT ne sont pas remplis, mêmes si les critères de POS seulement sont remplis.

2. Cotation continue du TSPT et du TSPT-C

Les scores peuvent être calculés pour chaque dimension de symptômes du TSPT et de POS, et peuvent être additionnés pour produire des scores totaux de TSPT et de POS. A ce jour, il n'existe pas de score seuil permettant le diagnostic de TSPT ou de TSPT-C sur la base d'une cotation continue.

• TSPT

Somme des scores aux échelles pour $P1$ et $P2$ = Intrusion

Somme des scores aux échelles pour $P3$ et $P4$ = Evitement

Somme des scores aux échelles pour $P5$ et $P6$ = Perception de menace constante (Menace)

Somme de « Intrusion », « Evitement » et « Menace » = Score de TSPT

• POS

Somme des scores aux échelles pour $C1$ et $C2$ = Difficulté de régulation émotionnelle (DRE)

Somme des scores aux échelles pour $C3$ et $C4$ = Concept de soi négatif (CSN)

Somme des scores aux échelles pour $C5$ et $C6$ = Perturbations relationnelles (PR)

Somme de « DRE », « CSN » et « PR » = Score de POS

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Matériel supplémentaire 2. Prévalences de l'ensemble des expériences adverses mesurées dans l'étude.

	N (%) dans l'enfance	N (%) dans l'adolescence	N (%) à l'âge adulte
Diagnostic de maladie potentiellement mortelle	13 (1,73 %)	20 (2,67 %)	65 (8,67 %)
Mort d'un proche de manière tragique	93 (12,40 %)	134 (17,87 %)	243 (32,40 %)
Proche diagnostiqué d'une maladie potentiellement mortelle	77 (10,27 %)	148 (19,73 %)	269 (35,87 %)
Vie menacée par quelqu'un avec une arme	20 (2,67 %)	40 (5,33 %)	64 (8,53 %)
Agression physique par un parent ou un tuteur légal	152 (20,27 %)	122 (16,27 %)	37 (4,93 %)
Agression physique par quelqu'un d'autre qu'un parent ou tuteur légal	63 (8,40 %)	100 (13,33 %)	138 (18,40 %)
Agression sexuelle par un parent ou tuteur légal	37 (4,93 %)	21 (2,80 %)	1 (0,13 %)
Agression sexuelle par quelqu'un d'autre qu'un parent ou tuteur légal	89 (11,87 %)	143 (19,07 %)	110 (14,67 %)
Harcèlement sexuel	35 (4,67 %)	150 (20,00 %)	159 (21,20 %)
Exposition à un contexte de guerre ou de combat	6 (0,80 %)	4 (0,53 %)	12 (1,60 %)
Retenu captif et/ou torturé	7 (0,93 %)	11 (1,47 %)	11 (1,47 %)
Provoqué une souffrance extrême ou la mort de quelqu'un	5 (0,67 %)	13 (1,73 %)	17 (2,27 %)
Témoin de la souffrance extrême ou de la mort de quelqu'un	47 (6,27 %)	77 (10,27 %)	173 (23,07 %)
Impliqué dans un accident potentiellement mortel	33 (4,40 %)	31 (4,13 %)	81 (10,80 %)
Exposé à une catastrophe naturelle potentiellement mortelle	8 (1,07 %)	5 (0,67 %)	12 (1,60 %)
Exposé à une catastrophe d'origine humaine potentiellement mortelle	3 (0,40 %)	13 (1,73 %)	17 (2,27 %)
Traqué par quelqu'un	6 (0,80 %)	50 (6,67 %)	88 (11,73 %)
Harcelé de manière répétée	52 (6,93 %)	160 (21,33 %)	102 (13,60 %)
Humilié, rabaissé ou insulté par quelqu'un	211 (28,13 %)	331 (44,13 %)	231 (30,80 %)
Fait sentir non désirable, sans valeur ou pas aimé	225 (30,00 %)	339 (45,20 %)	281 (37,47 %)
Été négligé, ignoré, rejeté ou mis à l'écart	227 (30,27 %)	321 (42,80 %)	187 (24,93 %)

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Matériel supplémentaire 3. Différences de traduction entre la version en Français-Québécois et la version Française.

THE INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE

Version anglaise	Version en français-québécois	Version française
<p>Instructions: Please identify the experience that troubles you most and answer the questions in relation to this experience.</p> <p>Brief description of the experience : When did the experience occur? (circle one) a. less than 6 months ago b. 6 to 12 months ago c. 1 to 5 years ago d. 5 to 10 years ago e. 10 to 20 years ago f. more than 20 years ago</p>	<p>Instructions : S'il vous plaît indiquer l'expérience qui vous perturbe le plus et répondre aux questions par rapport à cette expérience.</p> <p>Expérience : Quand l'expérience est-t-elle arrivée ? (entourer une réponse) a. il y a moins de 6 mois b. il y a 6 à 12 mois c. il y a 1 à 5 ans d. il y a 5 à 10 ans e. il y a 10 à 20 ans f. il y a plus de 20 ans</p>	<p>Consigne : Veuillez s'il vous plaît identifier l'événement qui vous perturbe le plus et répondre aux questions relatives à cet événement.</p> <p>Merci de décrire brièvement cet événement : _____ Quand l'événement s'est-il produit ? (entourez une seule réponse) a) Il y a moins de 6 mois ; b) Entre 6 et 12 mois ; c) Entre 1 et 5 ans ; d) Entre 5 et 10 ans ; e) Entre 10 et 20 ans ; f) Il y a plus de 20 ans</p>
<p>Below are a number of problems that people sometimes report in response to traumatic or stressful life events. Please read each item carefully, then circle one of the numbers to the right to indicate how much you have been bothered by that problem in the past month.</p>	<p>Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes ou de symptômes parfois rapportés par les personnes qui ont vécu un événement stressant ou traumatique. S'il vous plaît lire chaque item attentivement, puis entourer le chiffre à droite qui indique le mieux à quel point vous avez été dérangé par ce problème au cours du dernier mois.</p>	<p>Vous trouverez ci-dessous plusieurs problèmes que les personnes rapportent parfois en réponse à des événements de vie traumatiques ou stressants. Merci de lire attentivement chaque proposition, puis entourez l'un des chiffres à droite afin d'indiquer à quel point ce problème vous a dérangé au cours du dernier mois.</p>
<p><i>Not at all ; A little bit ; Moderately ; Quite a bit ; Extremely</i></p>	<p><i>Pas du tout ; Un peu ; Modérément ; Beaucoup ; Extrêmement</i></p>	<p><i>Pas du tout ; Un peu ; Modérément ; Beaucoup ; Extrêmement</i></p>
X	À quel point est-ce vrai de vous ?	A quel point ce problème vous a dérangé au cours du derniers mois ?
P1. Having upsetting dreams that replay part of the experience or are clearly related to the experience?	P1. Avoir des rêves perturbants dans lesquels se rejoue une partie de l'expérience ou qui sont clairement en lien avec l'expérience ?	P1. Avoir des rêves perturbants qui font revivre une partie de l'événement ou qui y sont clairement liés.
P2. Having powerful images or memories that sometimes come into your mind in which you feel the experience is happening again in the here and now?	P2. Avoir des images ou des souvenirs forts qui vous viennent à l'esprit, comme si l'expérience se passait à nouveau ici et maintenant ?	P2. Avoir des images ou des souvenirs forts qui envahissent parfois votre esprit et donnent la sensation de revivre l'événement ici et maintenant.
P3. Avoiding internal reminders of the experience (for example, thoughts, feelings, or physical sensations)?	P3. Éviter les rappels internes de l'expérience (ex., pensées, sentiments ou sensations physiques) ?	P3. Éviter de se rappeler à soi même l'événement (par exemple par des pensées, sentiments ou sensations physiques).
P4. Avoiding external reminders of the experience (for example, people, places, conversations, objects, activities, or situations)?	P4. Éviter les rappels externes de l'expérience (ex., personnes, lieux, conversations, objets, activités ou situations) ?	P4. Éviter certains contextes qui vous rappellent l'événement (par exemple des personnes, lieux, conversations, objets, activités ou situations).
P5. Being "super-alert", watchful, or on guard?	P5. Être « super-alerte », vigilant ou sur ses gardes ?	P5. Être sur le qui-vive , vigilant-e ou sur vos gardes.
P6. Feeling jumpy or easily startled?	P6. Vous sentir « sur les nerfs » ou sursauter facilement ?	P6. Se sentir nerveux·se ou facilement effrayé·e ?

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

In the past month have the above problems:	Dans le dernier mois, est-ce que les symptômes mentionnés plus haut ont...	Au cours du dernier mois , les problèmes ci-dessus ont-ils...
P7. Affected your relationships or social life?	P7. Affecté vos relations ou votre vie sociale ?	P7. Affecté vos relations ou votre vie sociale ?
P8. Affected your work or ability to work?	P8. Affecté votre travail ou votre capacité à travailler ?	P8. Affecté votre travail ou votre capacité à travailler ?
P9. Affected any other important part of your life such as parenting, or school or college work, or other important activities?	P9. Affecté n'importe quelle autre partie importante de votre vie, telle que votre rôle de parent, vos travaux scolaires, ou toute autre activité importante ?	P9. Affecté toute autre partie importante de votre vie telle que votre rôle de parent, votre travail scolaire ou universitaire ou d'autres activités importantes ?
Below are problems that people who have had stressful or traumatic events sometimes experience. The questions refer to ways you typically feel, ways you typically think about yourself and ways you typically relate to others. Answer the following thinking about how true each statement is of you.	Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes ou de symptômes parfois rapportés par les personnes qui ont vécu un événement stressant ou traumatique. Les questions font référence à votre manière typique de vous sentir, de vous percevoir et d'entrer en relation avec les autres. Répondez aux items suivants en notant à quel point chacun est vrai pour vous.	Vous trouverez ci-dessous plusieurs problèmes auxquels les personnes qui ont vécu des événements de vie traumatiques ou stressants sont parfois confrontées. Les questions font référence à ce que vous ressentez habituellement , à ce que vous pensez habituellement de vous-même et aux relations que vous entretenez en général avec les autres. Merci de répondre aux questions suivantes en réfléchissant à quel point chaque proposition est vraie pour vous.
How true is this of you?	À quel point est-ce vrai de vous ?	A quel point ceci est-il vrai pour vous ?
C1. When I am upset, it takes me a long time to calm down.	C1. Quand je suis bouleversé, ça me prend beaucoup de temps pour me calmer.	C1. Quand je suis contrarié·e, il me faut beaucoup de temps pour me calmer.
C2. I feel numb or emotionally shut down.	C2. J'ai l'impression d'être insensible ou émotionnellement éteint.	C2. Je me sens insensible ou émotionnellement vide.
C3. I feel like a failure.	C3. J'ai l'impression d'être un échec.	C3. Je me sens comme un·e raté·e.
C4. I feel worthless	C4. J'ai l'impression que je ne vaud rien.	C4. J'ai l'impression que je ne vaud rien.
C5. I feel distant or cut off from people.	C5. Je me sens distant ou coupé des autres.	C5. Je me sens distant·e ou déconnecté·e des autres.
C6. I find it hard to stay emotionally close to people.	C6. Je trouve difficile de rester proche des autres émotionnellement.	C6. Je trouve qu'il est difficile pour moi de rester émotionnellement proche des autres.
In the past month, have the above problems in emotions, in beliefs about yourself and in relationships:	Dans le dernier mois, les problèmes ci-haut touchant vos émotions, vos croyances à propos de vous-même et vos relations ont-ils...	Au cours du dernier mois , les problèmes ci-dessus relatifs à vos émotions, aux croyances sur vous-même et dans vos relations ont-ils :
C7. Created concern or distress about your relationships or social life?	C7. Affecté vos relations ou votre vie sociale ?	C7. Généré des préoccupations ou de la détresse dans vos relations ou votre vie sociale ?
C8. Affected your work or ability to work?	C8. Affecté votre travail ou votre capacité à travailler ?	C8. Affecté votre travail ou capacité à travailler ?
C9. Affected any other important parts of your life such as parenting, or school or college work, or other important activities?	C9. Affecté n'importe quelle autre partie importante de votre vie, telle que votre rôle de parent, vos travaux scolaires, ou toute autre activité importante ?	C9. Affecté toute autre partie importante de votre vie telle que votre rôle de parent, votre travail scolaire ou universitaire ou d'autres activités importantes ?

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

8. Prévalences de TSPT et de TSPT-C

La mise à disposition d'outils permettant d'évaluer de manière fiable et valide les symptômes de TSPT et de TSPT-C permet, entre autres, de rendre possible la réalisation d'études épidémiologiques afin d'identifier la proportion de la population concernée par ces troubles. A ce niveau, la recherche s'est largement densifiée au cours des dernières décennies et nous avons, à ce jour, un certain recul sur le pourcentage de personnes pouvant développer ces troubles dans la population générale. Les évolutions au fil des différentes classifications pouvant conduire à des prévalences rapportées différentes (Kilpatrick et al., 2013), il sera présenté ici les données les plus récentes et, dans la mesure du possible, se référant aux dernières classifications.

Dans une étude d'ampleur portée par l'Organisation Mondiale de la Santé, menée dans 26 pays différents, la prévalence de TSPT (DSM-IV) vie entière est de 3.9 % dans l'échantillon total de plus de 70.000 personnes. Lorsque les auteurs ont isolé les personnes de l'échantillon exposées à au moins un EPT, la prévalence était de 5,6 % (Koenen et al., 2017). Aux Etats-Unis, une étude conduite auprès d'un échantillon représentatif de la population rapporte une prévalence vie entière de 8,3 % et de 4,7 % dans les 12 mois qui suivaient l'événement potentiellement traumatique (Kilpatrick et al., 2013).

En France, la plus récente étude épidémiologique portant sur un échantillon représentatif de la population française date de 2015. Menée auprès d'un échantillon de plus de 1.400 personnes, la prévalence vie entière de TSPT (DSM-IV) est de 3,9 % au sein de l'échantillon total, là où la prévalence dans les 12 mois suivant l'événement potentiellement traumatique est de 2,3 % (Husky et al., 2015). Selon les formes d'EPT, les prévalences observées dans cette étude varient, avec par exemple des prévalences vie entière particulièrement supérieures à la moyenne pour les victimes de violences conjugales (25 %)

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

ou de viols (21,5 %). Indépendamment de l'EPT, les symptômes de TSPT persistaient en moyenne sur plus de 5 ans. Cette persistance peut varier selon les événements avec, par exemple, 6 mois en moyenne pour les personnes dont l'être aimé a vécu un EPT et jusqu'à 28 ans pour les victimes de viols, soulignant le risque de chronicisation des symptômes de TSPT.

Au regard des nouveaux critères proposés par la CIM-11, plusieurs auteurs ont mené des études épidémiologiques dans différents pays afin d'évaluer les prévalences de TSPT et de TSPT-C. A ce jour, des données dans des échantillons représentatifs sont disponibles en Allemagne (TSPT : 1,5 % ; TSPT-C : 0,5 %) (Maercker et al., 2018a), Israël (TSPT : 9 % ; TSPT-C : 2,6 %) (Ben-Ezra et al., 2018), Etats-Unis (TSPT : 3,4 % ; TSPT-C : 3,8 %) (Cloitre et al., 2019a), ou encore dans la région de Hong-Kong (TSPT : 4,2 % ; TSPT-C : 1,7 %) (Ho et al., 2024). Deux études dans des échantillons représentatifs de la population irlandaise ont été menées et montrent des prévalences de 5 % de TSPT et 7,7 % de TSPT-C pour la première (Hyland, Vallières, et al., 2021a), et de 2,4 % de TSPT et 8,8 % de TSPT-C pour la seconde (McGinty et al., 2023). En France, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude permettant d'estimer les prévalences de TSPT et TSPT-C selon les critères de la CIM-11. Néanmoins, nous avons pu observer une prévalence de 8,1 % de TSPT et de 12,8 % de TSPT-C au sein de l'échantillon de convenance (n = 750) recruté pour les besoins de la validation de la version française de l'ITQ (Peraud et al., 2022, résultats non publiés). Ces chiffres restent à tempérer, notre échantillon n'étant pas représentatif de la population française.

9. Facteurs associés au TSPT et au TSPT-C

Si les données épidémiologiques sont un bon indicateur pour orienter les stratégies de prévention et de soin des personnes concernées, ces données nous enseignent que le TSPT/TSPT-C n'est pas un trouble réparti équitablement au sein de la population. De nombreux facteurs viennent favoriser ou à l'inverse limiter le risque de développer des

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

symptômes. Ces facteurs se situent à de nombreux niveaux et dans des temporalités variées. Nous prendrons le temps ici de mentionner quelques études synthétisant la littérature scientifique.

Par exemple, une umbrella review, menée par Tortella-Feliu et ses collègues (2019) et se basant sur 33 revues systématiques et méta-analyses, identifie 57 facteurs jouant un rôle significatif dans la symptomatologie de TSPT. Ces facteurs interviennent à des temps différents, que ce soit en amont, au moment de l'EPT, ou à la suite de l'EPT. Sont cités ici les facteurs ayant montré le plus haut niveau de preuve dans cette umbrella review. Parmi les facteurs sociodémographiques, sont notamment identifiés le fait d'être de sexe féminin ou d'appartenir à une minorité ethnique (notamment les peuples indigènes des Amériques). Parmi les facteurs pré-traumatiques, apparaissent le fait d'avoir un historique de maladie ou des antécédents psychiatriques familiaux. Parmi les facteurs péri-traumatiques, sont cités le fait d'être exposé de manière cumulée à des EPT, le fait de s'être retrouvé piégé (e.g., tremblement de terre) ou encore, par exemple, la sévérité de l'EPT. Parmi les facteurs post-traumatiques, aucun ne fournit un niveau de preuve élevé dans cette umbrella review, mais tous les facteurs cités sont relatifs à des indicateurs précoces d'un TSPT (i.e., stress aigu, anxiété, évitement, dépression). Ce dernier point semble indiquer que les facteurs les plus prédictifs du développement d'un TSPT se situent plutôt en amont ou au moment de l'EPT, plutôt que dans les suites.

De nombreux autres facteurs impliqués dans le développement d'un TSPT ont également été mis en avant dans la littérature scientifique, bien que leur niveau de preuve soit moindre. Ils ne seront abordés que brièvement ici - et de manière non exhaustive -, tant la littérature scientifique est déjà fournie. Les facteurs prédictifs du TSPT s'inscrivent dans un modèle bio-psycho-social (Borrell-Carrió et al., 2004; George & Engel, 1980) impliquant tant

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

des facteurs biologiques³² (e.g., dans les suites de l'EPT, pression artérielle systolique et niveau noradrénalique urinaire élevés durant la nuit) (Gandubert et al., 2016), cognitifs (e.g., ralentissement du fonctionnement cognitif, faible quotient intellectuel, moindres capacités de récupération de souvenirs autobiographiques, moindre vitesse de traitement de la mémoire) (DiGangi et al., 2013), psychologiques (e.g., styles de coping, facteurs de personnalité, antécédents psychiatriques) (DiGangi et al., 2013) et interpersonnels (e.g., soutien social) (Y. Wang et al., 2021; Zalta et al., 2021). A ces prédicteurs s'ajoutent de nombreux autres facteurs identifiés comme participant au maintien et à la chronicisation des symptômes (e.g., : ruminations (Moulds et al., 2020), douleurs chroniques (Sharp & Harvey, 2001)). Par ailleurs, pour ce qu'elles impliquent dans la vie quotidienne (e.g., relations, vie professionnelle et personnelle, mobilité, soin de soi...), les conséquences en elles-mêmes du TSPT peuvent grandement faciliter l'installation d'un engrenage négatif (Jellestad et al., 2021).

En ce qui concerne le risque de développer un TSPT-C, une méta-analyse récente identifie plusieurs prédicteurs du TSPT-C, majoritairement relatifs aux caractéristiques des EPT (i.e., violences physiques et/ou sexuelles durant l'enfance, négligences émotionnelles durant l'enfance, violences physiques au cours de la vie). La seule variable sociodémographique y étant mentionnée comme prédictive est le fait d'être une femme (Leiva-Bianchi et al., 2023). A ce jour, il apparaît difficile de trouver des méta-analyses ou des revues systématiques permettant d'identifier avec un certain niveau de preuve d'autres variables qui seraient prédictives du TSPT-C en dehors des caractéristiques propres aux EPT. Ce constat peut s'expliquer par la récence de la reconnaissance du diagnostic dans la CIM-11 limitant le nombre d'études disponibles à ce jour, mais également par le coût méthodologique

³² Nous manquons encore d'éléments de preuves en contexte écologique permettant d'identifier des indicateurs biologiques pré-traumatiques qui pourraient prédire le développement d'un TSPT post-exposition à un EPT. A l'inverse, des preuves sont aujourd'hui apportées sur les marqueurs physiologiques consécutifs à l'exposition à un EPT ou en lien avec la présence d'un TSPT (Karl et al., 2006; Scott et al., 2015; Woon et al., 2010).

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

que représente la construction de protocoles qui permettraient d'extraire des liens de causalités. Néanmoins, certaines études permettent d'identifier des facteurs associés³³.

Certaines études identifient des liens avec des variables sociodémographiques, telles qu'être jeune (au moment de l'évaluation du TSPT-C), vivre dans un environnement urbain (Karatzias, Hyland, et al., 2019), avoir un faible niveau d'étude ou un statut socio-économique inférieur (Perkonigg et al., 2016). D'autres se sont davantage concentrées sur des facteurs individuels et psychologiques. Récemment, une revue systématique s'est intéressée aux variables venant jouer un rôle dans le lien entre exposition à des violences interpersonnelles répétées et prolongées et TSPT-C (Harris et al., 2024). Globalement, les auteurs dressent le constat d'une relative paucité dans la littérature scientifique. Néanmoins, ils identifient quelques variables venant médier la relation, telles que la dissociation, la relation avec soi-même (e.g., jugement de soi, bienveillance envers soi-même, sens de la cohérence, schémas précoces inadaptés), le développement émotionnel (e.g., capacités de régulation), le développement social (e.g., attachement anxieux et évitant) et plus largement des facteurs contextuels et systémiques (e.g., désapprobation sociale, évitement de la révélation du trauma, soutien social).

D'autres études isolées apportent également des éléments intéressants. Dans une étude longitudinale portant sur la persistance des symptômes de TSPT-C, Lam et ses collègues (2023) ont montré que, sur l'ensemble des variables psychologiques mesurées, seul l'évitement d'expériences prédisait le maintien des symptômes de POS sur 6 mois (i.e., : auto-critique, auto-compassion, ruminations, centralité de l'événement dans la vie). D'autres variables contextuelles, comme le fait d'avoir reçu un traitement psychiatrique ou une prise en charge thérapeutique dans les 3 derniers mois ne prédisaient pas le score au POS. Enfin,

³³ Certaines études en population LGBTQIA+ émergent dans la littérature scientifique. Nous ne les mentionnons pas ici mais les aborderons spécifiquement plus tard dans le manuscrit (voir Chapitre 2.7.).

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Pimentel et De Oliveira (2024) ont montré qu'une certaine disposition à l'optimisme prédisait plus fortement et de manière protectrice les symptômes de TSPT-C par rapport à ceux du TSPT³⁴.

Ce ne sont ici que quelques exemples de facteurs pouvant jouer un rôle dans le développement ou le maintien de symptômes de TSPT/TSPT-C. D'autres facteurs, se situant dans une perspective plus large que celle essentiellement individuelle que nous avons mentionné ici, peuvent également être mentionnés. Nous y reviendrons plus loin dans ce manuscrit, lors d'une revue systématique que nous avons réalisée (voir Chapitre 2.7.).

10. Comorbidités associées au TSPT et au TSPT-C

Il est particulièrement fréquent de retrouver d'autres formes de psychopathologies chez les personnes ayant développé un TSPT/TSPT-C. Une étude de référence menée par Kessler et ses collègues (1995), bien qu'un peu ancienne aujourd'hui, démontre qu'il est même plutôt exceptionnel de ne pas présenter de comorbidités chez les personnes ayant un TSPT. Sur vie entière, 88,3 % des hommes et 79 % des femmes avaient déjà présenté au moins un trouble comorbide. Ils étaient respectivement 59 % et 43,6 % à avoir présenté plus de trois diagnostics comorbides. Au-delà des symptômes propres au TSPT/TSPT-C, qui en eux-mêmes apparaissent comme particulièrement invalidants dans le quotidien, il apparaît ainsi nécessaire de considérer les multiples comorbidités qui peuvent apparaître dans la vie des victimes.

Ces comorbidités sont généralement plus fréquentes et plus sévères chez les personnes ayant un diagnostic de TSPT-C plutôt que de TSPT (Hyland et al., 2018). Parmi les comorbidités fréquemment rapportées, nous pouvons notamment citer la présence de troubles

³⁴ Il convient cependant de souligner que l'étude était rétrospective, ce qui limite grandement la possibilité d'établir un lien de causalité avec ce trouble et peut soulever des interrogations quant aux conséquences qu'une exposition à des violences répétées peut avoir sur une vision optimiste du monde.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

anxieux (Cloitre et al., 2019a; Guzman Torres et al., 2023; Hyland, Vallières, et al., 2021a; Karatzias, Hyland, et al., 2019; Spikol et al., 2022), dépressifs (Cloitre et al., 2019a; Guzman Torres et al., 2023; Hyland, Vallières, et al., 2021a; Karatzias, Hyland, et al., 2019; Spikol et al., 2022), d'idéations suicidaires (Karatzias, Hyland, et al., 2019; Spikol et al., 2022), de troubles de l'usage de substances (Guzman Torres et al., 2023; Karatzias, Hyland, et al., 2019), de pratiques à risque (Bernhard et al., 2018; Zaverdinou et al., 2022), de maladies chroniques (Karatzias, Hyland, et al., 2019) ou plus globalement d'un faible bien-être psychologique (Cloitre et al., 2019a). Plus globalement, il est à noter une qualité de vie altérée (Balayan et al., 2014; S. Wang et al., 2024). Le diagnostic de TSPT-C est fréquemment associé à un diagnostic de trouble de la personnalité, notamment borderline (TPB) (Jowett et al., 2020). Sur cet aspect, un débat encore d'actualité porte sur la validité discriminante du diagnostic de TSPT-C au regard du diagnostic de TPB. Certains points sont à noter, que ce soit dans l'étiologie des deux troubles ou dans la manifestation clinique (e.g., les deux troubles pouvant se recouper sur la dysrégulation émotionnelle (Owczarek et al., 2023). Plusieurs auteurs ont néanmoins apporté des éléments de preuve sur la pertinence de distinguer ces deux troubles (Atkinson et al., 2024; Cloitre et al., 2014; Owczarek et al., 2023).

Plusieurs études soulignent également la place que peuvent prendre les symptômes dissociatifs aux côtés des symptômes de TSPT/TSPT-C. La question du rôle de la dissociation dans la symptomatologie traumatique est un sujet dense, débattu dans la littérature scientifique, et parler des symptômes dissociatifs comme simples comorbidités au TSPT/TSPT-C peut être questionné. Nous prendrons le temps dans la sous-partie suivante de développer ces aspects.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

11. La place de la dissociation dans le TSPT et le TSPT-C

Là où la présence de symptômes dissociatifs est considérée comme un sous-type du diagnostic de TSPT dans le DSM-5³⁵, la CIM-11 se voit principalement critiquée le peu de place qu'elle a accordée aux symptômes dissociatifs, que ce soit dans le diagnostic de TSPT ou dans celui de TSPT-C. Seuls certains symptômes dissociatifs dans ces deux diagnostics sont présents dans les formes de reviviscences ou encore d'hyper/hypo-activation émotionnelle, et l'on ne retrouve pas de clusters spécifique à la dissociation (Hyland et al., 2024).

Reste à savoir ce que l'on définit précisément sous le terme de dissociation. Les symptômes dissociatifs s'étendent sur un spectre allant de difficultés mineures relativement communes (e.g., inattention, légers problèmes de mémoires, rêverie) à des symptômes profondément plus invalidants tels que le Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI), le trouble de la dépersonnalisation/déréalisation et l'amnésie dissociative (Lynn et al., 2022). La CIM-11 (2022) propose de définir les symptômes dissociatifs comme étant « des perturbations ou interruptions involontaires de l'intégration de plusieurs éléments (i.e., identité, sensations, perceptions, affects, pensées, souvenirs, contrôle sur les mouvements corporels ou comportement) ». Ces manifestations peuvent être positives (e.g., reviviscences) et/ou négatives (e.g., anesthésie émotionnelle). Les symptômes dissociatifs se divisent ainsi en trois domaines : (1) perte de continuité dans l'expérience subjective accompagnée d'intrusions involontaires et non désirées dans la conscience ou le comportement, (2) incapacité à accéder à des informations ou à contrôler des fonctions mentales qui, normalement, sont accessibles à un tel accès ou contrôle, (3) sentiment de déconnection expérientielle pouvant inclure des

³⁵ Bien qu'il ne s'agisse que de quelques symptômes parmi les nombreux considérés comme pouvant être des symptômes dissociatifs (Carlson et al., 2012).

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

distorsions des perceptions de soi ou de l'environnement (Cardeña & Carlson, 2011; Carlson et al., 2012).

Parmi les nombreuses définitions existantes dans la littérature scientifique, Nijenhuis et Van der Hart (2011) proposent la suivante :

« La dissociation dans le contexte du traumatisme implique une division de la personnalité d'un individu, c'est-à-dire du système dynamique biopsychosocial dans son ensemble qui détermine ses actions mentales et comportementales caractéristiques.

Cette division de la personnalité constitue un élément central du traumatisme. Elle survient lorsque l'individu n'a pas la capacité d'intégrer pleinement ou partiellement des expériences négatives, ce qui peut favoriser l'adaptation dans ce contexte, mais implique souvent des limitations adaptatives. La division implique deux ou plusieurs sous-systèmes dynamiques, mais insuffisamment intégrés et excessivement stables. Ces sous-systèmes remplissent des fonctions et peuvent englober un nombre quelconque d'actions mentales et comportementales différentes ainsi que d'états impliqués. Ces sous-systèmes et états peuvent être latents ou activés de manière séquentielle ou parallèle. Chaque sous-système dissociatif, c'est-à-dire chaque partie dissociative de la personnalité, inclut au minimum sa propre perspective en première personne, même rudimentaire. En tant que partie dissociée, l'individu peut interagir avec d'autres parties dissociées ainsi qu'avec d'autres individus, au moins en théorie. Les parties dissociatives maintiennent des frontières psychobiologiques particulières qui les séparent, mais qu'elles peuvent, en principe, dissoudre. Phénoménologiquement, cette division de la personnalité se manifeste par des symptômes dissociatifs qui peuvent être catégorisés comme négatifs (pertes fonctionnelles telles que l'amnésie et la paralysie) ou positifs (intrusions telles que les

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

flashbacks ou les voix), et psychoformes (symptômes tels que l'amnésie, entendre des voix) ou somatoformes (symptômes tels que l'anesthésie ou les tics)³⁶ (Nijenhuis et van der Hart, 2011, p. 418).

Plusieurs modèles explicatifs de la dissociation ont été proposés (Lynn et al., 2022). De nombreux auteurs ont proposé de comprendre la dissociation comme étant liée à l'exposition à des événements potentiellement traumatiques. Au 19^{ème} siècle, Pierre Janet a été un précurseur en considérant la dissociation comme une stratégie de coping pour faire face à une souffrance dont il est impossible de s'extraire, conduisant à un état de conscience altéré (Scalabrini et al., 2020; Van der Hart & Horst, 1989). Au cours des dernières décennies, la littérature scientifique a pu démontrer que la dissociation était reliée à l'exposition à des événements potentiellement traumatiques ainsi qu'à la sévérité des symptômes de TSPT. La dissociation est corrélée de manière aussi importante aux dimensions de symptômes du TSPT que ces dimensions le sont entre elles, témoignant de la place centrale des symptômes dissociatifs dans la symptomatologie post-traumatique (Carlson et al., 2012). Parmi les modèles proposés afin d'expliquer la relation entre dissociation et symptômes post-traumatiques (Figure 3), deux modèles semblent pertinents : celui de la dissociation comme étant intégrante du diagnostic de TSPT³⁷ et celui de la dissociation comme un sous type du diagnostic de TSPT³⁸ (Dalenberg & Carlson, 2012).

³⁶ Se référer à l'article des auteurs pour une explications détaillée des concepts employés dans cette définition.

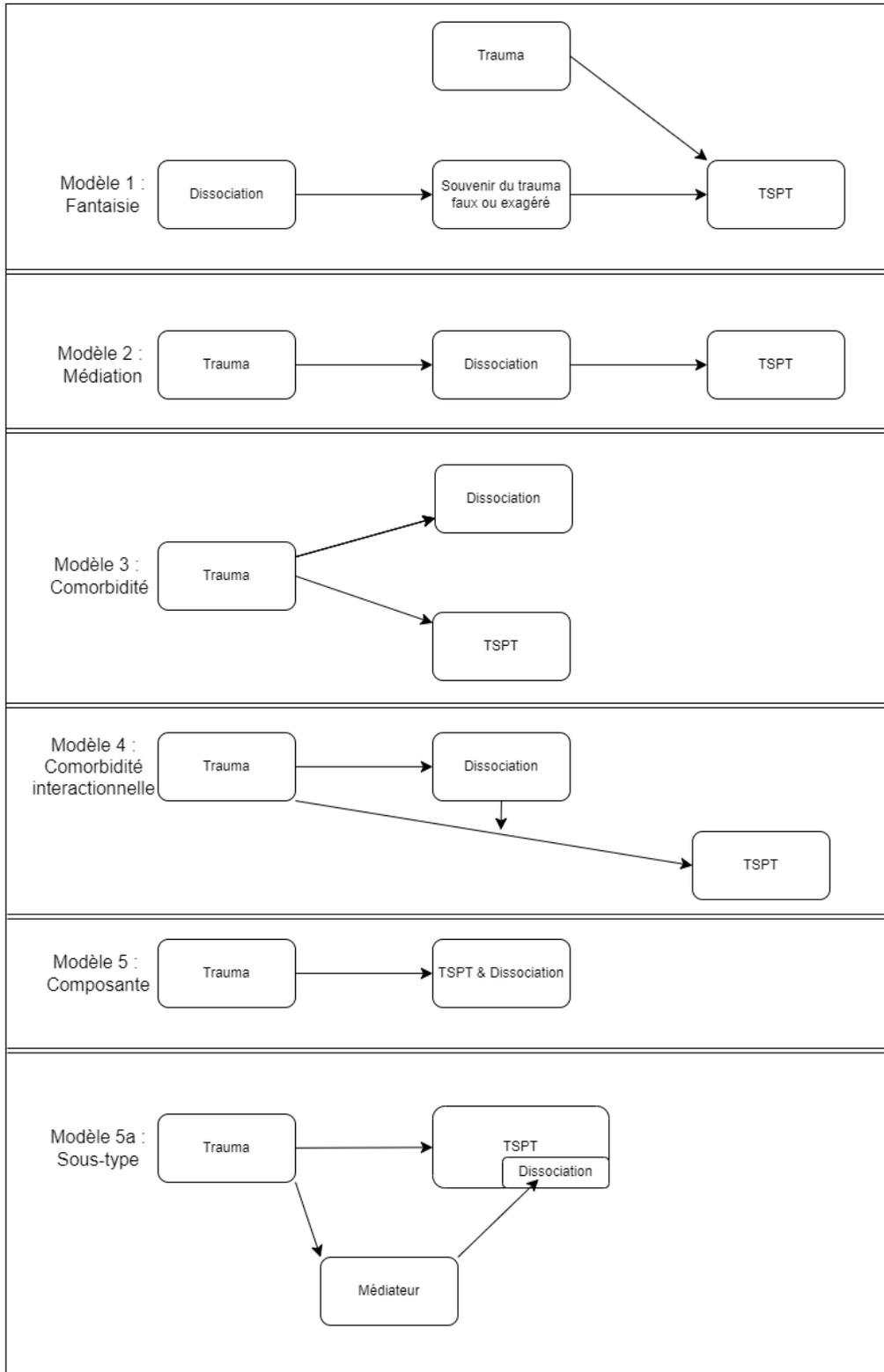
³⁷ Le diagnostic de TSPT devrait donc être conditionné par la présence de symptômes dissociatifs.

³⁸ Modèle qui a été retenu pour le diagnostic de TSPT du DSM-5.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Figure 3.

Modèles des relations entre trauma, dissociation et TSPT. Tiré de Dalenberg et Carlson (2012).



Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Aucun de ces modèles n'a été retenu dans la CIM-11 (Hyland et al., 2024). Une contradiction est ainsi à noter dans la littérature. Là où Dalenberg et Carlson (2012) considèrent à partir des résultats de leur revue systématique que les modèles 1, 2, 3 et 4 ne sont pas suffisamment étayés théoriquement en comparaison des modèles 5 et 5a, la CIM-11 (2022) n'a pas intégré l'un de ces deux derniers modèles dans sa conceptualisation du TSPT/TSPT-C. Deux options semblent alors possibles (Hyland et al., 2024) :

1. La dissociation ne fait pas partie intégrante du TSPT et/ou TSPT-C, et la compréhension de la manière dont la dissociation interagit avec ces deux diagnostics reste à explorer (e.g., comme médiateur, modérateur, ou comme réponse alternative à un événement potentiellement traumatique et pouvant être comorbide au TSPT/TSPT-C).
2. La dissociation fait partie intégrante du TSPT et/ou TSPT-C, et d'importantes améliorations sont à apporter au diagnostic proposé par la CIM-11 (2022).

Une étude a été menée par Hyland et ses collègues (2024) avec pour objectif d'apporter quelques éléments de réponses. Dans un échantillon représentatif de la population irlandaise, les auteurs ont identifié deux groupes distincts dans leur symptomatologie de TSPT-C : certains ayant uniquement des symptômes de TSPT-C et d'autres, plus minoritaires, rapportant également des symptômes dissociatifs. Leurs résultats soutiennent la conceptualisation telle que proposée par la CIM-11 (2022), en démontrant que des personnes peuvent présenter des symptômes de TSPT-C en l'absence de symptômes dissociatifs. Néanmoins, d'autres études restent à réaliser pour mieux comprendre comment les symptômes de TSPT-C et de dissociation peuvent émerger et potentiellement interagir entre eux.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Certaines populations se voient particulièrement exposées au risque de développer un TSPT ou un TSPT-C, que ce soit en raison de leur activité professionnelle (e.g., militaires, métiers de l'urgence) (Coenen & Van Der Molen, 2021; Fulton et al., 2015a; Petrie et al., 2018), du contexte géopolitique de leur lieu de vie (e.g., zone de conflit armé) (Johnson et al., 2022; Morina et al., 2018), ou plus largement de leur statut social (e.g., origines ethniques) (Alegría et al., 2013). Dans la suite de ce manuscrit, nous aborderons une population qui apparaît comme tout particulièrement vulnérable, à savoir les personnes LGBTQIA+.

Chapitre 1 | EPT, TSPT, TSPT-C et conséquences

Points à retenir

- La définition de ce qui constitue un événement potentiellement traumatique s'est vue évoluer au fil des décennies, tout comme la manière dont a été conceptualisée le stress post-traumatique.
- L'exposition à au moins un événement potentiellement traumatique est une expérience relativement fréquente en population générale, et ne conduit pas nécessairement au développement d'une symptomatologie post-traumatique. Des caractéristiques propres aux EPT et aux individus peuvent influencer sur le risque de développer une symptomatologie.
- A ce jour, deux conceptions du stress post-traumatique s'opposent dans les principales classifications. Le DSM-5-Tr (APA, 2022) conceptualise le TSPT comme un trouble unique. La CIM-11 (WHO, 2022) décrit deux troubles proches mais distincts, à savoir le TSPT et le TSPT-C. L'apparition du TSPT-C dans la CIM-11 découle d'un long héritage de plusieurs décennies.
- A ce jour, l'International Trauma Questionnaire (ITQ) constitue le principal outil d'évaluation des symptômes de TSPT et de TSPT-C selon les critères de la CIM-11. Sa traduction française constitue un outil fiable et valide.
- Les études épidémiologiques du TSPT et du TSPT-C selon les critères de la CIM-11 sont encore peu nombreuses, et oscillent entre des prévalences de 1,5-9 % de TSPT et 0,5-8,8 % de TSPT-C selon les pays.
- De nombreuses comorbidités sont fréquemment associées à la présence d'un TSPT, et plus particulièrement d'un TSPT-C. Les symptômes dissociatifs ont un lien tout particulier avec les symptômes post-traumatiques.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

1. Introduction

Parler des personnes LGBTQIA+ nécessite de partager un langage commun, ce qui n'est pas toujours aisé. Les termes employés par les personnes pour se désigner ou être désignées varient et évoluent avec le temps. Les définitions proposées pour un terme ne sont pas toujours les mêmes selon qui les emploie. Mais également, le sens d'un mot peut ne pas toujours renvoyer au même vécu ou à la même représentation de ce vécu. Tout cela pourrait constituer une recherche doctorale en soit.

Dans ce manuscrit, nous avons fait le choix de parler de personnes LGBTQIA+³⁹. A ce jour, cet acronyme semble être le plus employé en France et a, de ce fait, le plus de chance de faire langage partagé. Néanmoins, il convient de noter que ce terme n'est pas systématiquement employé dans la littérature scientifique, d'autres pouvant coexister (e.g., SOGI⁴⁰, SGM⁴¹). D'autres termes ou des versions abrégées du sigle LGBTQIA+ pourront être utilisés pour retranscrire les résultats de certaines études, généralement lorsque celles-ci portent sur des personnes aux orientations sexuelles et/ou aux identités de genres spécifiques⁴² (e.g., LGB⁴³, TDG⁴⁴). Dans la mesure du possible, nous viserons à retranscrire les informations en privilégiant une cohérence d'ensemble afin de faciliter la lecture du document, sous réserve que cela ne trahisse pas les résultats des études mentionnées.

Ce second chapitre donne quelques définitions concernant les personnes LGBTQIA+, dresse un historique des droits acquis et pointe des droits qui sont encore à acquérir. Il fait état

³⁹ Personnes lesbiennes, Gay, Bisexuelles, Transgenres, Queer, Intersexes, Asexuelles.

⁴⁰ Sexual Orientation and Gender Identity.

⁴¹ Sexual and Gender Minority.

⁴² Il convient de noter que dans le sigle LGBTQIA+, il n'est pas uniquement question d'orientations sexuelles et d'identités de genre ; cela sera abordé dans le sous-chapitre qui suit (voir Chapitre 2.2.2.1)

⁴³ Personnes lesbiennes, Gay, Bisexuelles.

⁴⁴ Transgender and Gender Diverse : ces termes seront utilisés dans ce manuscrit en français, pour faire référence aux personnes Transgenres et de Genres Divers.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

des violences auxquelles les personnes LGBTQIA+ peuvent être exposées, aborde les stratégies parfois employées pour y faire face et développe la manière dont ces violences peuvent parfois s'internaliser. Enfin, ce chapitre propose un état des lieux de la santé des personnes LGBTQIA+, précise comment les relations interpersonnelles peuvent jouer un rôle dans le bien-être des personnes LGBTQIA+ et dresse une revue systématique de la littérature internationale relative aux prévalences de TSPT et de TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+, ainsi qu'aux facteurs qui leurs sont associées.

2. Aspects définitoires et historiques

Etablir un langage commun et fournir des éléments de contexte historiques paraît un préalable important pour permettre d'aborder la situation des personnes LGBTQIA+ aujourd'hui. Si le parcours de vie de ces personnes peut être, plus que la moyenne, marqué par des épisodes de violences aux formes multiples, il ne s'agit pas d'un phénomène récent. Faire communauté et acquérir des droits s'inscrit dans une lutte au long cours, parfois au sens littéral du terme. Situer cette perspective avant de pouvoir parler du cœur de cette recherche doctorale est nécessaire afin de ne pas se méprendre sur le rôle que la société dans son ensemble porte dans l'état de santé de cette population.

2.1. Des orientations sexuelles et des identités de genre ?

Parler des personnes LGBTQIA+ nécessite de penser la diversité mais également les similitudes entre les personnes qui constituent cette population. Sous le sigle LGBTQIA+ se regroupent des personnes aux profils variés au regard de leur orientation sexuelle (e.g., lesbiennes⁴⁵, gays⁴⁶, bisexuels⁴⁷, asexuels⁴⁸, pansexuels⁴⁹...) ou romantique⁵⁰ (e.g.,

⁴⁵ Femme attirée exclusivement par d'autres femmes. Cette définition et les suivantes sont en grande majorité reprises de celles proposées par le lexique du Wiki Trans. <https://wikitrans.co/lexique/>

⁴⁶ Homme attiré exclusivement par d'autres hommes.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

aromantique⁵¹...), de leur identité de genre⁵² (e.g., transgenres⁵³, non binaires⁵⁴...) ou de leur expression de genre⁵⁵, de leurs caractéristiques anatomiques (i.e., intersexes⁵⁶), ou plus largement de leur rapport à la norme hétérosexuelle⁵⁷ et cisgenre⁵⁸ (e.g., queer⁵⁹, en questionnement⁶⁰...). Autant de termes⁶¹ que le monde de la psychologie a eu du mal à apprivoiser en dehors des classifications nosographiques durant plusieurs décennies (McGuire, 2022).

⁴⁷ Personne pouvant éprouver de l'attraction pour plus d'un genre, non nécessairement de la même manière, fréquence ou degré.

⁴⁸ Personne qui n'éprouve pas ou peu d'attraction sexuelle pour qui que ce soit.

⁴⁹ Personne pouvant éprouver de l'attraction pour quelqu'un, indépendamment de son sexe, de son genre ou de son expression de genre.

⁵⁰ L'orientation romantique indique les sexes ou genres avec lesquels une personne est la plus susceptible d'avoir une relation amoureuse, sans nécessairement impliquer de relations sexuelles.

⁵¹ Absence ou peu d'attraction romantique envers quiconque.

⁵² Ressenti interne du genre d'un individu, indépendamment de son genre assigné, du regard de la société, de son apparence et de son expression de genre.

⁵³ Personne qui ne se reconnaît pas dans le genre qu'on lui a assigné à la naissance.

⁵⁴ Personne qui n'est ni exclusivement un homme, ni exclusivement une femme. Cela peut être une combinaison (simultanée ou alternée) de genres, une absence (agenre), ou un genre autre.

⁵⁵ Ensemble de caractères visibles et tangibles (e.g. : corps, vêtements, maquillage, parfum, attitude, voix...) présentés par une personne. L'expression de genre peut être différente de l'identité de genre.

⁵⁶ Les personnes intersexes sont nées avec des caractères sexuels (génitaux, gonadiques ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps masculins ou féminins (Collectif Intersexe Activiste, 2018).

⁵⁷ Norme amenant à considérer le fait d'être hétérosexuel comme « normal », allant de soi, comme la référence par défaut et amenant à marginaliser tout ce qui s'écarte de cette norme.

⁵⁸ Personne en adéquation avec le genre qui lui a été assigné à la naissance en fonction de ses organes génitaux. Antonyme de transgenre.

⁵⁹ Ancienne insulte (signifiant en anglais : « bizarre, tordu ») réappropriée par des personnes qui se revendiquent de façon politique en dehors des normes hétéro-cis. Peut être utilisé par des personnes qui ne souhaitent pas se définir dans une catégorie plus restreinte.

⁶⁰ Se dit d'une personne qui se questionne quant à son orientation sexuelle, son identité de genre, son expression de genre ou sa possible intersexuation.

⁶¹ D'ailleurs, la terminologie (« LGBTQIA+ ») employée ici peut être discutée. De nombreux termes peuvent être employés pour désigner les personnes LGBTQIA+ (e.g., LGBTQIA2S+, SOGI, SGM). Les options de réponses sont souvent peu satisfaisantes tant pour les personnes qui répondent que pour les personnes qui dirigent la recherche, ce qui implique de nombreux questionnements. Pour ne pas complexifier la lecture de ce chapitre, nous resterons sur le terme « LGBTQIA+ » et ces questionnements seront abordés en discussion.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Au regard de la dernière étude IPSOS réalisée en 2024, les personnes LGBTQIA+ représentent aujourd'hui 10 % de la population française (la moyenne se situant à 11 % pour les 26 pays sondés). Seul le rapport de l'année 2023 apporte des précisions sur la composition des personnes LGBTQIA+ en France selon l'orientation sexuelle (4 % de personnes homosexuelles, 3 % de personnes bisexuelles, 1 % de personnes pansexuelles/omnisexuelles⁶² et 1 % de personnes asexuelles) et l'identité de genre (1 % de personnes transgenres, 2 % de personnes non-binaires ou *gender-fluid*⁶³, et 1 % de personnes d'une autre identité de genre) (IPSOS, 2023a). Des variabilités sont notables selon les pays (5 % en Corée du Sud, 17 % au Pays-Bas) et les générations (5 % pour la génération des baby-boomers⁶⁴, 17 % pour la génération z⁶⁵) (IPSOS, 2024a).

Souvent considérées comme une entité unifiée sous un même sigle, des variabilités sont à souligner dans le vécu des personnes LGBTQIA+. En effet, toutes n'expérimenteront pas nécessairement le même vécu et la même compréhension de leur orientation sexuelle (Hall et al., 2021), de leur identité de genre (Morgan & Stevens, 2012) ou de leur intersexuation (MacKenzie et al., 2009). Par exemple, des variabilités sont observées dans les étapes clés du développement de l'orientation sexuelle⁶⁶ (Figure 4) et peuvent varier selon le genre (les hommes semblent vivre leurs premiers sentiments homoromantiques plus tôt que les femmes⁶⁷), l'orientation sexuelle (les personnes bisexuelles semblent s'identifier comme

⁶² Personne attirée par un individu de n'importe quel genre ou sexe, tout en prenant en considération le genre ou le sexe de celui-ci.

⁶³ Identité de genre non fixe qui change au fil du temps ou en fonction de la situation. Ces fluctuations peuvent se produire au niveau de l'identité de genre ou de l'expression de genre. Il ne s'agit pas d'un questionnement sur son identité de genre.

⁶⁴ Personnes nées entre 1945 et 1965.

⁶⁵ Personnes nées entre 1996 et 2012.

⁶⁶ Qui ne se limitent pas certains modèles linéaires qui ont pu être proposés (Cass, 1984; Coleman, 1982).

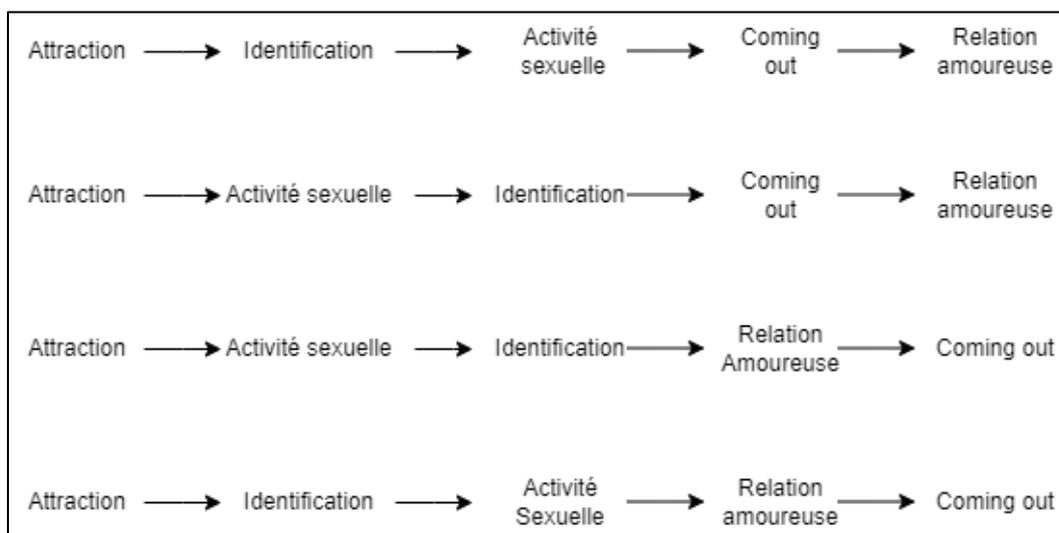
⁶⁷ Une étude de Santé Publique France en 2016 révèle notamment que l'entrée dans la sexualité des femmes et des hommes se fait principalement dans un cadre hétérosexuel (Bajos et al., 2018). Les premiers rapports ayant lieu avec un partenaire de même sexe représentent 1 % des premières fois chez les femmes et 3,2 % chez les

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

LGB+ plus tardivement) ou encore selon les générations (les plus jeunes vivant la plupart des étapes plus tôt que leurs aînés) (Hall et al., 2021). Le vécu même du *coming out* n'est pas partagé de la même manière par toutes les personnes. Des entretiens menés par Guittar (2013) montrent par exemple que pour certaines personnes, le *coming out* relève d'avantage d'un processus d'affirmation de soi, là où pour d'autres il s'agit de partager sa sexualité aux autres (et parfois une combinaison des deux).

Figure 4.

Séquences fréquentes des étapes clés du développement de l'identité LGB+ (tiré et traduit de Hall et al., 2021).



Les parcours des personnes transgenres sont multiples et ne répondent pas à un parcours type préétabli (Morgan & Stevens, 2012). Les trajectoires sont plurielles⁶⁸, incluant des démarches sociales (e.g., demander à être appelé et/ou genré d'une autre manière, faire évoluer son expression de genre), administratives (i.e., changements relatifs au prénom/sexe à

hommes. Ces chiffres augmentent au cours de la vie (respectivement 5,6 % et 4,2%) laissant à penser que le poids de l'hétéronormativité joue un rôle important dans les premiers rapports sexuels. Pour aller plus loin, voir Alessandrin et Dagorn (2022).

⁶⁸ Et si la focale est mise ici sur les parcours de transition, il n'enlève en rien que les personnes trans peuvent vivre en parallèle tout un cheminement relatif à leur orientation sexuelle et/ou romantique.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

l'état civil), ou encore médicales (i.e., hormones, interventions chirurgicales) sans que l'une n'en conditionne une autre (Reisner, Radix, et al., 2016).

En France, selon *l'European Union Agency for Fundamental Rights* (EUAFR, 2024), 12 % des personnes trans ont réalisé des démarches relatives à un changement d'état civil. Dix-sept pour cent ont par ailleurs bénéficié d'interventions d'affirmation de genre⁶⁹ (e.g., hormones, chirurgies). Dans 98 % des cas, ces interventions ont eu lieu après la majorité, principalement entre 35 et 54 ans. Des variabilités sont observées selon l'identité de genre, les femmes trans ayant tendance à amorcer des interventions d'affirmation de genre plus tardivement (75 % à plus de 35 ans) que les hommes trans (84 % à moins de 25 ans). Cette disparité est principalement expliquée par le fait que les femmes trans révèlent leur identité trans plus tardivement à leur entourage que les hommes trans (Vandendriessche, 2023).

La transition ne doit pas être perçue comme un chemin balisé, avec une ligne d'arrivée bien définie. Au contraire, l'identité de genre apparaît plutôt comme un objet fluctuant, mouvant, qui accompagne l'évolution de l'identité de la personne (Pullen Sansfaçon et al., 2024). Il peut arriver que certaines personnes détransitionnent⁷⁰. Cela représente un pourcentage relativement faible de la population, qui varie selon la manière dont la détransition est conceptualisée. Par exemple, cela représente 8 à 13 % des personnes lorsque les études considèrent l'ensemble des personnes trans (y compris celles n'ayant pas réalisé de

⁶⁹ Eventail d'interventions médicales et/ou chirurgicales dans le cadre d'une transition de genre.

⁷⁰ Globalement, le terme « détransition » désigne le processus par lequel une personne trans peut discontinuer sa transition. Il s'agit d'un terme relativement flou, qui peut englober des réalités trop différentes pour être regroupées sous un même terme. Il est néanmoins repris ici car utilisé dans les études mentionnées. Voir la note de la Fondation Agnodice : « La détransition relève ainsi autant des aspects médicaux (arrêt d'une hormonothérapie, regrets d'une chirurgie, changement de médication) que des dimensions psychologiques (identités de genre qui varient dans une temporalité, sentiment de congruence avec le sexe assigné à la naissance), sociales (changement du prénom / des pronoms) et légales (changement à l'état civil). Ainsi, le mot *détransition* met sur un pied d'égalité une personne trans désirant stopper une hormonothérapie (car satisfaite du résultat et ne voulant pas une médicalisation à vie), une personne trans regrettant une opération chirurgicale à cause des complications (parfois lourdes, avec des conséquences directes sur la qualité de vie) et une personne regrettant d'avoir effectué un parcours de transition (médical ou non) alors qu'elle se considère actuellement comme cisgenre » (Fondation Agnodice, 2023, p. 3). <https://agnodice.ch/>.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

transition médicale) (James et al., 2016; Turban et al., 2021)⁷¹ et se situe à 2 % lorsque sont considérées uniquement les personnes trans ayant réalisé une transition hormonale (Hannema et al., 2022).

Ces détransitions sont majoritairement expliquées par des facteurs autres qu'individuels (e.g., fluctuations de l'identité, questionnements) (Turban et al., 2021). Selon ces données, 82,5 % des personnes ayant détransitionné rapportaient au moins un facteur externe (e.g., pression familiale, stigmatisation) contre 15,9 % qui avançaient des facteurs internes (e.g., fluctuations, incertitudes). Par ailleurs, le fait de détransitionner ne signifie pas nécessairement que la personne regrette (Pullen Sansfaçon et al., 2024). Les données à disposition soutiennent grandement cette perspective avec 1 % de regrets selon la méta-analyse de Bustos et ses collègues (2021).

Les personnes intersexes ont également des parcours à distinguer du reste de la population LGBTQ+. Pour faire référence aux personnes intersexes, deux termes peuvent parfois coexister (Collectif Intersexe Activiste, 2018). « Intersexe » tend à désigner les personnes intersexuées qui ont conscience de faire partie d'un groupe ayant subi la même invalidation médicale et qui adoptent une vision positive et non pathologisante de leur corps et affirment une identité politique. « Intersexué » désigne plus globalement l'ensemble des personnes qui dérogent aux figures développementales normatives « mâle » et « femelle » créées par la médecine, et susceptibles d'être « corrigées » par celle-ci durant l'enfance ou l'adolescence. Il ne s'agit donc en soi ni d'enjeux relatifs à l'orientation sexuelle ou romantique, ni d'enjeux concernant l'identité de genre, bien que les personnes intersexes puissent vivre des identités qui divergent de la norme cisgenre-hétérosexuelle.

⁷¹ Dans le rapport de l'étude U.S. Transgender Survey 2015, parmi les 8 % de personnes ayant détransitionné, 62 % rapportent avoir retransitionné par la suite (James et al., 2016).

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

En France, les enfants intersexes représentent 1,7 % des naissances, soit environ 12 800 personnes en 2019 (Conseil de l'Europe, 2015). L'intersexuation reste grandement invisibilisée, tant pour le grand public que pour les personnes concernées : 80 % des personnes intersexes ne découvrent leur intersexuation qu'après leurs 10 ans, souvent parce que les variations ne sont visibles qu'à la puberté, mais aussi parfois car leur intersexuation leur a été dissimulée (DILCRAH, 2024a). En France, 32 % des personnes intersexes rapportent avoir vécu des interventions médicales (e.g., traitements hormonaux, interventions chirurgicales), dont 31 % à moins de 10 ans. En Europe, plus de la moitié des personnes intersexes n'ont pas donné leur consentement pour les interventions qu'elles ont subies (EUAFR, 2024). La France a été condamnée à plusieurs reprises par l'Organisation des Nations Unies pour les mutilations imposées aux enfants intersexes (Sénat, 2019). De nombreux discours témoignant des violences vécues émergent (Amnesty France, 2019). Qui plus est, ces interventions, présentées aux parents comme visant à rendre conforme aux normes le sexe de l'enfant, sont loin de répondre aux objectifs annoncés. Le genre d'une personne ne suit pas nécessairement le sexe qui lui a été assigné, et l'on estime que 8,5 à 40 % des personnes intersexes finissent par rejeter le sexe qui leur a été assigné à la naissance (Conseil de l'Europe, 2015).

2.2. Des droits acquis, et des droits à acquérir

L'un des points clés de la lutte pour l'accès aux droits des personnes LGBTQIA+ se rattache à un épisode de violences profondes. Le 28 Juin 1969⁷², une énième descente de police dans un bar clandestin accueillant du public queer aux Etats-Unis, le *Stonewall Inn*, conduit au soulèvement des personnes présentes et à plusieurs nuits d'émeutes. Ces dernières donneront naissance aux mouvements pour l'accès aux droits des personnes LGBTQIA+,

⁷² Bien que l'histoire du mouvement LGBTQIA+ remonte bien avant cette date (Morris, 2019).

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

avec notamment la création du Front de Libération Gay. Encore aujourd'hui, cette date est célébrée dans de nombreux pays du monde par le biais de la « Marche des Fiertés ».

Nous ne serons pas exhaustifs sur l'historique politique et culturel des mouvements LGBTQIA+ dans le monde, déjà retracé par d'autres auteurs (Belmonte, 2020). Il convient néanmoins de souligner qu'en 2019, 35 % des pays membres des Nations Unies criminalisaient encore l'homosexualité (Mendos, 2019). Seront reprises ici quelques dates clés relatives au contexte français⁷³. En 1791, le crime de sodomie⁷⁴ est aboli suite à la Révolution française. En 1942, la majorité sexuelle se voit différenciée entre relations hétérosexuelles (13 ans) et relations homosexuelles (21 ans) et, en 1960, l'homosexualité est ajoutée à la liste des fléaux sociaux. Dans la continuité des événements ayant eu lieu au *Stonewall Inn*, plusieurs mouvements prennent forme dans les années 1970 (e.g., Front Homosexuel d'Action Révolutionnaire, Gouines rouges). En 1974, la majorité sexuelle pour les rapports homosexuels s'aligne à 18 ans. La première *Gay Pride* est organisée en 1977 et, en 1980, est abrogé l'amendement faisant de l'homosexualité un fléau social. En 1982, la majorité sexuelle passe à 15 ans (indépendamment de l'orientation sexuelle). Ce moment est souvent mentionné comme celui de la dépénalisation de l'homosexualité, et les fiches de police qui recensaient les personnes homosexuelles sont détruites. Cette même année, les premiers cas de Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) sont identifiés en France⁷⁵. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) se voient exclus des donneurs de sang l'année suivante, considérés à haut risque d'infection par le VIH. Plusieurs associations de lutte contre le Syndrome d'Immuno Déficience Acquis (SIDA) voient le jour,

⁷³ Un historique est notamment proposé par le site internet « C'est comme ça » (*Les grandes dates de l'histoire LGBTQ+ en France*, 2019). <https://cestcommeça.net/mes-droits/les-grandes-dates-de-lhistoire-lgbt-en-france/>

⁷⁴ Désigne plus globalement les actes sexuels condamnés par la morale religieuse, au-delà des rapports homosexuels.

⁷⁵ Certains parleront de « syndrome gay » dans les débuts de l'épidémie (*40 ans de découverte du VIH*, 2024). <https://www.pasteur.fr/fr/journal-recherche/actualites/40-ans-decouverte-du-vih-premiers-cas-maladie-mysterieuse-au-debut-annees-1980>

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

telles que AIDES (1984) ou Act Up-Paris (1989). En 1999, le Pacte Civil de Solidarité (PACS) rend pour la première fois possible une union civile de couples homosexuels. La Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE) est créée en 2004, et rend condamnable l'homophobie, puis la transphobie en 2013. Toujours en 2013, le mariage des couples homosexuels et l'accès à l'adoption d'enfants devient possible. En 2016, les HSH retrouvent le droit de donner leur sang, à la condition d'avoir été abstinents pendant un an. Cette même année, la loi du 18 novembre 2016, faisant suite à la condamnation de la France par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH), permet le changement de la mention de sexe à l'état civil, sans que cela soit conditionné par l'irréversibilité de ce changement. Jusqu'à cette date, le principal critère était la stérilisation des personnes transgenres par l'ablation de leurs organes génitaux. En 2022, tout critère d'orientation sexuelle en matière de don du sang sera levé.

Au-delà de ces dates clés, il convient également d'aborder l'évolution du monde médical, qui n'est pas neutre dans son rapport aux personnes LGBTQIA+ (Drescher, 2010). Dès le DSM-I (1952), l'homosexualité est considérée comme un trouble psychiatrique. Ce diagnostic évoluera en tant que « trouble de l'orientation sexuelle » dans le DSM-II (1968), puis « homosexualité égodystonique » dans le DSM-III (1980). C'est le 17 Mai 1990 que la CIM se positionne en faveur du retrait de l'homosexualité des troubles mentaux, décision que la France avait déjà actée en 1981. Néanmoins, certains vestiges de cette psychiatisation resteront présents dans la CIM-10 (1994) avec le diagnostic d'orientation sexuelle égodystonique :

« Il n'existe pas de doute quant à l'identité ou la préférence sexuelle (hétérosexualité, homosexualité, bisexualité ou préférence pour les enfants), mais le sujet désire modifier

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

cette identité ou cette préférence, en raison de troubles psychologiques et du comportement associés, et il peut chercher à se faire traiter pour changer. »

Cette psychiatrisation de l'orientation sexuelle laisse la porte ouverte aux thérapies de conversion pour les personnes non hétérosexuelles ressentant une détresse liée à leur orientation sexuelle (Andrade & Redondo, 2022)⁷⁶. A ce jour, il n'existe plus, ni dans le DSM-5 (2013), ni dans la CIM-11 (2022), de diagnostic (i.e., trouble de l'orientation sexuelle, orientation sexuelle égodystonique) amenant à considérer une orientation sexuelle comme pathologique. Ce n'est pas le cas pour l'identité de genre qui est également apparue dans les classifications dès lors qu'elle déviait de la norme cisgenre. Les termes de « travestissement » dans le DSM-I (1952), de « travestissement fétichiste » dans le DSM-II (1968), puis de « trouble de l'identité sexuelle » dans le DSM-III (1980), laisseront finalement la place à ceux de « dysphorie de Genre » dans le DSM-IV (1994) et le DSM-5 (2013). La CIM-11 (2022) amorcera un pas vers une « dépsychiatrisation » de la transidentité en déplaçant le diagnostic d' « incongruence de genre » de la section des troubles mentaux vers celle des affections liées à la santé sexuelle (Davies & Davies, 2020).

Au-delà du renforcement de la stigmatisation des personnes LGBTQIA+ entretenu par le milieu médical (Drescher, 2010), la pathologisation de toute une frange de la population a participé aux maltraitances commises via les thérapies de conversion. Ces pratiques, qui ne sont en rien thérapeutiques, sont définies dans le rapport de l'Organisation des Nations Unies (ONU) (Madrigal-Borloz, 2020) comme suit :

« Des pratiques de nature très diverse, qui se fondent toutes sur la croyance selon laquelle l'orientation sexuelle et l'identité de genre d'une personne, y compris son

⁷⁶ Nous reviendrons plus tard (voir Chapitre 2.3.) sur les nombreux facteurs environnementaux pouvant expliquer cette détresse.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

expression du genre, peuvent et devraient être changées ou réprimées lorsqu'elles ne correspondent pas à celles que d'autres personnes, dans un contexte et une époque donnée, perçoivent comme étant la norme, en particulier lorsque la personne est lesbienne, gay, bisexuelle, trans ou de genre variant. Ainsi, ces pratiques visent systématiquement à transformer une personne non hétérosexuelle en personne hétérosexuelle, et une personne trans ou de genre variant en personne cisgenre » (Madrigal-Borloz, 2020, p. 4).

Ces pratiques, interdites que très récemment en France (loi du 31 Janvier 2022), peuvent prendre des formes multiples et variables selon les contextes (e.g., exorcisme, confession religieuse, pratiques thérapeutiques, torture psychologique, physique et sexuelle). Comme le rappelle le rapport de l'ONU (Madrigal-Borloz, 2020), dans le monde, les personnes exposées à ces actes sont généralement mineures et contraintes par leur famille. Les auteurs des pratiques de conversion sont majoritairement des prestataires de soins médicaux et de santé mentale (45,8%). Les approches « psychothérapeutiques » employées sont variées, pouvant prendre appui sur des théories psychodynamiques mais aussi comportementales via des thérapies par aversion⁷⁷ (Madrigal-Borloz, 2020). Les conséquences sur la santé des victimes ont largement été étayées, que ce soit en termes de majoration du risque suicidaire (Campbell & van der Meulen Rodgers, 2023; Forsythe et al., 2022; Turban et al., 2020; Y. Wang et al., 2023), de détresse psychologique (Forsythe et al., 2022; Turban et al., 2020), d'anxiété (Y. Wang et al., 2023), mais encore de dépression (Forsythe et al., 2022; Y. Wang et al., 2023), de TSPT (Y. Wang et al., 2023) ou de consommation de substances (Forsythe et al., 2022; Y. Wang et al., 2023). Aux Etats-Unis, le coût total estimé relatif aux conséquences des thérapies de conversion est estimé à plus de 9 billions de dollars (Forsythe et al., 2022).

⁷⁷ Pratique qui consiste à soumettre une personne à des sensations négatives, douloureuses et angoissantes (e.g., électrochocs, injections de substances) alors qu'elle est exposée à un certain stimulus (e.g., diffusion de matériels érotiques).

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Bien qu'une avancée certaine soit à noter dans l'accès aux droits des personnes LGBTQIA+ au cours des dernières décennies, de nombreux points sont encore aujourd'hui l'objet de luttes, tant pour maintenir ou rendre effectifs des droits déjà acquis que pour en acquérir de nouveaux. De manière non exhaustive, nous pouvons par exemple mentionner les domaines de la parentalité (e.g., facilitation des procédures de procréation médicalement assistée ou d'adoption), des droits des personnes trans (e.g., facilitation de l'accès aux transitions médicales, suppression de la mention de sexe ou de genre à l'état-civil) et intersexuées (e.g., fin des modifications des caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires avant la majorité, lorsque cela ne présente aucun caractère d'urgence vitale et est réalisé sans le consentement de la personne elle-même) et, plus globalement de la lutte contre les discriminations, d'accès à la santé, de sensibilisation, ou encore de mémoire de l'histoire des personnes LGBTQIA+⁷⁸. Certains de ces droits sont encore l'objet de débats et remis en question. En France, cela a été récemment le cas avec la proposition de loi « visant à encadrer les pratiques médicales mises en œuvre dans la prise en charge des mineurs en questionnement de genre ». Cette proposition de loi se situe à contre-courant des données actuelles pour l'accompagnement des personnes transgenres ou en questionnement (Exposito-Campos et al., 2023a; Shelemy et al., 2024) qui s'inscrivent dans une approche trans-affirmative⁷⁹ (Pullen-Sansfaçon & Medico-Vergriete, 2021).

L'histoire des personnes LGBTQIA+ est, au moins en partie, une histoire de lutte. Celle-ci transparaît dans certains termes utilisés pour parler de soi (e.g., queer) (Love, 2014), mais également dans le long chemin de l'accès aux droits. Être une personne LGBTQIA+ ne se résume pas à une vie de violences ; mais aussi à des expériences positives (e.g., acceptation

⁷⁸ Pour aller plus loin, voir par exemple l'Inter-LGBT (*Nos revendications – Inter-LGBT*, s. d.) ou le Collectif Intersexe Activiste (*Accueil - Collectif Intersexe Activiste - OII France*, s. d.).

⁷⁹ Approche qui repose sur une vision non binaire du genre, non pathologisante, respectant l'autodétermination et l'expertise des personnes sur leur vie.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

de soi et des autres, ouverture au monde) dans le développement de l'identité (Baiocco et al., 2018; Hall et al., 2021; Petrocchi et al., 2020; Riggle et al., 2014; Vaughan & Rodriguez, 2014). Mais nombreuses sont les personnes LGBTQIA+ qui sont ou seront traversées par certaines formes de violences, aux formes et aux intensités variables. Parler de ces violences est donc une étape nécessaire si l'on veut questionner la santé de cette population.

3. Les personnes LGBTQIA+ face aux violences

3.1. De la stigmatisation aux crimes de haine

Bien que les personnes LGBTQIA+ aient des parcours de vie multiples, modélisés différemment selon leur identité, le vécu d'adversités constitue souvent un dénominateur commun à cette population. Ces adversités peuvent s'étendre sur un spectre large, allant de perceptions stigmatisantes vis-à-vis des personnes LGBTQIA+ jusqu'aux crimes de haine. Nous retracerons ici les nombreux défis auxquels ces personnes doivent faire face.

Les personnes LGBTQIA+ sont confrontées à de nombreux préjugés⁸⁰. Dans une étude réalisée par l'IFOP en 2019 auprès d'un échantillon représentatif de la population française, 23 % estimaient que les homosexuels ont une sexualité anormale, ou encore 20 % estimaient que certaines professions au contact avec des enfants devraient leur être interdites. Plus globalement, sur une liste de 13 affirmations homophobes (e.g., les homosexuels ne sont pas vraiment des gens comme les autres, les homosexuels devraient éviter de montrer qu'ils le sont dans les lieux publics...), 71 % de l'échantillon partageait au moins l'une de ces affirmations (IFOP, 2019a). La France ne se démarque pas comme un exemple en comparaison aux autres pays (IPSOS, 2024a). Par exemple, 51 % des français sondés soutenaient le fait que les personnes LGBT parlent librement de leur orientation sexuelle ou

⁸⁰ Croyances négatives envers une personne ou un groupe de personnes perçus comme différents (Allport et al., 1954).

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

de leur identité de genre (la moyenne des 23 pays sondés étant de 50 %). Plus spécifiquement, les personnes trans font fréquemment l'objet de représentations négatives. Trente-neuf pour cent de la population française est en accord avec l'idée que le genre d'une personne est déterminé biologiquement à la naissance et que les personnes souhaitant en changer ont un problème psychologique. Ou encore, 27 % déclarent être mal à l'aise lorsqu'elles doivent côtoyer des personnes trans (IFOP, 2019a).

Ces perceptions négatives se traduisent dans le quotidien des personnes LGBTQIA+. Une enquête d'ampleur menée en 2023 auprès de 23 pays européens apporte des éclairages sur l'ampleur du phénomène : 36 % des personnes LGBTIQ rapportaient avoir vécu des discriminations au cours des 12 derniers mois⁸¹. Les personnes trans sont les plus exposées avec 70 % des femmes et hommes trans rapportant avoir vécu des discriminations au cours des 12 derniers mois en France (EUAFR, 2024)⁸². Ces discriminations se manifestent dans des sphères de vie multiples : emploi (19%), vie sociale (17 %), éducation (15 %), soin (14 %), hébergement (12 %) (EUAFR, 2024).

Parfois, il peut s'agir d'actes qui ne sont pas nécessairement conscients ou volontaires, mais qui sont préjudiciables pour les personnes LGBTQIA+ et qui traduisent une culture dans laquelle l'hétérosexualité et l'identité cisgenre sont considérées comme la norme. Ces comportements, appelés microagressions, prennent des formes variées : (1) employer un vocabulaire cis-hétérosexiste (e.g., « *c'est un truc de tafioles* »), (2) adhérer à une culture cis-hétéronormative (e.g., demander à une personne homosexuelle de se comporter « de manière hétéro » en public, supposer que la personne avec laquelle on échange est en couple hétérosexuel), (3) supposer que les LGBTQIA+ ont une expérience universelle (e.g.,

⁸¹ Ce pourcentage était de 42 en 2019.

⁸² Les données à disposition montrent des taux de discriminations en France similaires entre hommes et femmes trans, respectivement 71 % et 70 %, mais moindres chez les personnes non binaires et de genre diverse (52%).

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

considérer toutes les femmes transgenres comme des travailleuses du sexe), (4) fétichiser les personnes LGBTQIA+ (e.g., demander à un couple de femmes bisexuelles de participer à un plan à trois), (5) ressentir malaise et gêne face à des personnes LGBTQIA+ (e.g., regarder fixement un couple homosexuel), (6) dénier le vécu des personnes LGBTQIA+ (e.g., dire à un ami transgenre qu'il est paranoïaque car il soupçonne une discrimination), ou encore (7) avoir un regard pathologisant sur les personnes LGBTQIA+ (e.g., considérer qu'une personne homosexuelle a une sexualité déviante ou particulièrement à risque) (Nadal et al., 2010, 2011).

Au-delà des discriminations, les violences envers les personnes LGBTQIA+ peuvent prendre des formes encore plus prononcées. Toujours selon l'EUAFR (2024), 56 % des personnes sondées ont vécu au moins un épisode de harcèlement au cours des 12 derniers mois. L'exposition à des messages LGBTQIA+-phobes ou haineux est courante sur internet (63 % des répondants de l'UE). De nouveau, ces expériences prennent place dans de nombreuses sphères de la vie des personnes LGBTQIA+. L'école apparaît comme le principal lieu d'exposition aux violences : 69 % des répondants français rapportent avoir vécu du harcèlement à l'école. Mais lorsque les répondants doivent mentionner le dernier lieu où ils ont vécu de la violence aucun ne semble réellement épargné, que ce soit dans la rue (40 %), sur internet (12 %), au travail (10 %), à l'école ou l'université (10 %), dans un lieu de restauration (e.g., café, restaurant ; 10 %), dans les transports publics (7 %), à la maison (6 %), ou dans un lieu de soins (2 %) (EUAFR, 2024).

Ces résultats sont corroborés par le dernier rapport de SOS Homophobie (2024), qui recense 2 377 témoignages de LGBTIphobies en 2023 (1 506 en 2022), dont 266 cas d'agressions physiques. Au-delà des contextes déjà cités (e.g., internet, emploi, lieux publics...), 200 témoignages pointent la famille et l'entourage proche comme sources de

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

violences. En contexte de soin, la majorité des témoignages portaient sur des violences transphobes (45%). Un autre fait est à souligner : 85 témoignages portaient sur l'expérience des personnes LGBTQIA+ avec les forces de l'ordre (i.e., police, justice, gendarmerie). Les témoignages signalent fréquemment des comportements visant à minorer le vécu des victimes (65 % des 85 témoignages), mais également des refus d'enregistrer une plainte (36%) voire même des violences verbales (19%) de la part des forces de l'ordre.

La famille constitue un lieu d'exposition particulier pour les personnes LGBTQIA+. Par exemple, une méta-analyse portant sur des personnes LGB montre qu'elles sont 2,3 fois plus à risque de vivre des violences physiques venant de leurs parents que les personnes hétérosexuelles (Friedman et al., 2011a). Les études sont encore trop limitées en population transgenre pour avoir à disposition des méta-analyses robustes (Madigan et al., 2023b), mais certaines données restent des indicateurs fiables pour quantifier le phénomène. L'édition 2022 de l'« *U.S. Transgender Survey* » auprès de plus de 90 000 personnes trans montre que plus d'un adulte trans sur dix ayant vécu au domicile familial a vécu de la violence en raison de sa transidentité, et 8 % ont été expulsés de leur maison pour cette même raison (James et al., 2024).

Au-delà de la famille, l'enfance constitue une période d'exposition aux violences particulières pour les personnes LGBTQIA+. Par exemple, les personnes LGB sont 3,9 fois plus à risque de vivre des violences sexuelles durant l'enfance que les personnes hétérosexuelles, avec des prévalences particulièrement inquiétantes : 40,4 % des femmes bisexuelles, 32,1 % des femmes lesbiennes, 24,5 % des hommes bisexuels, 21,2 % des hommes gay, contre 16,9 % des femmes hétérosexuelles et 4,64 % des hommes hétérosexuels. Les hommes LGB rapportent le plus gros différentiel vis-à-vis de leurs pairs hétérosexuels (5,9 fois plus que les hommes hétérosexuels) en comparaison des femmes LGB (2,5 fois plus

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

que les femmes hétérosexuelles) (Friedman et al., 2011a). Ce constat se retrouve également chez les jeunes transgenres, surexposés aux violences psychologiques, physiques et sexuelles en comparaison des personnes cisgenres (Thoma et al., 2021).

Les réactions de la famille vis-à-vis de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre de l'enfant peuvent être violentes, se traduisant parfois par l'expulsion du domicile (Braga et al., 2018; McCarthy & Parr, 2022). Les personnes LGBTQIA+ semblent sur-représentées dans les services de protection de l'enfance (Dettlaff & Washburn, 2018; Prince et al., 2022). En France, en 2023, ce sont plus de 1200 jeunes LGBTQIA+ qui ont fait appel à la Fondation Le Refuge, et 267 personnes LGBTQIA+ accueillies dans des hébergements d'urgence de la Fondation (Fondation Le Refuge, 2024).

Ces violences prennent des proportions toujours plus dramatiques. Entre le 1^{er} octobre 2022 et le 30 septembre 2023, 321 personnes transgenres ont été assassinées dans le monde. Il s'agissait pour 94 % d'entre eux de femmes trans ou trans féminines, majoritairement racisées (80%) et/ou travailleuses du sexe (78 % des victimes en Europe) (Trans Respect, 2023). Plusieurs études épidémiologiques montrent que les taux de mortalité de ces personnes sont clairement supérieurs aux personnes cisgenres. Par exemple, le risque de décès toutes causes confondues est par exemple deux fois supérieur chez les personnes trans nées au Danemark en comparaison des personnes cis (Erlangsen et al., 2023a). En Angleterre, les personnes trans étaient 3 fois plus à risque de décéder par suicide ou homicide que les hommes cis, et 5 fois plus à risque que les femmes cis (Jackson et al., 2023). En France, entre 2008 et 2023, 14 personnes trans ont été assassinées (Trans Respect, 2023). Au moment de la rédaction de ce travail, ce sont deux autres femmes trans, Angelina et Géraldine, qui ont été assassinées. En l'absence de statistiques officielles en France, c'est sur le travail d'associations qu'il faut se reposer. Ce décompte est certainement sous-évalué, l'identité de genre de la personne n'étant

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

pas toujours connue. Chaque année et dans le monde entier, la journée du souvenir trans⁸³ a lieu le 20 novembre pour commémorer les personnes trans assassinées ou poussées au suicide. Nous n'avons présenté ici que quelques sources pour mettre en lumière l'ampleur de ce phénomène. Elles sont également nombreuses, que ce soit du côté du Ministère de l'Intérieur⁸⁴ (2022), ou dans la littérature scientifique (Abreu & Kenny, 2018; Craig et al., 2020a; Friedman et al., 2011a; Katz-Wise & Hyde, 2012a; McGeough & Sterzing, 2018; Myers et al., 2020; Peitzmeier et al., 2020a).

3.2. Développer des stratégies pour faire face

3.2.1. *Conceptualisation des stratégies de coping*

Le risque chronique d'être exposé à des violences sous des formes multiples conduit les personnes LGBTQIA+ à mettre en place des stratégies pour faire face. Historiquement, la psychologie de la santé a porté un intérêt important à conceptualiser la manière dont les individus peuvent déployer des stratégies pour faire face aux événements aversifs. Penser ce processus amène nécessairement à considérer l'un des principaux modèles proposés : le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984). Cette modélisation est dite transactionnelle car elle met la focale sur le processus de transactions entre l'individu, l'évaluation qu'il fait de la situation et la réponse qui sera apportée. Cette transaction implique tant l'individu en lui-même que son environnement et vient moduler la manière dont la personne perçoit l'événement et y réagit (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

L'évaluation de l'événement constitue une phase préalable à toute réponse apportée au stresser. Cette évaluation considère à la fois : (1) la manière dont l'individu identifie la

⁸³ De l'anglais Transgender Day of Remembrance (TDoR).

⁸⁴ En 2021, concernant les atteintes à la personne, les personnes appartenant à une minorité sexuelle sont 1,2 à 12 fois plus à risque (selon le type d'atteintes) d'être victimes que les personnes hétérosexuelles (Ministère de l'Intérieur, 2022).

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

situation (e.g., nature, signification) et évalue ses caractéristiques (e.g., gravité, contrôlabilité, ambiguïté, durée) (évaluation primaire) ; (2) la manière dont l'individu évalue ses ressources personnelles et sociales pour faire face (évaluation secondaire). Ce processus d'évaluation est avant tout subjectif et par conséquent variable selon les personnes (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

C'est sur la base de cette évaluation que l'individu sera amené à développer des stratégies pour maîtriser, réduire ou tolérer la situation. Ces stratégies de faire face, appelées également stratégies de *coping*, prennent des formes multiples : cognitives (e.g., réévaluation de la situation stressante, établissement d'un plan d'action), émotionnelles (e.g., expression de l'émotion), comportementales (e.g., recherche d'aide, résolution du problème). Indépendamment de leur forme, les stratégies de *coping* visent généralement à modifier le problème et/ou réguler les réponses cognitives et émotionnelles associées au problème. Trois grandes catégories de stratégies de *coping* peuvent être distinguées (Muller & Spitz, 2003) : (1) les stratégies de *coping* centrées sur le problème (e.g., esprit combatif, recherche d'information, planification), (2) les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion (e.g., expression des émotions, humour, religion) et (3) les stratégies de *coping* centrées sur l'évitement (e.g., consommation de substances, distraction).

Dans cette approche, il n'existe fondamentalement pas de bonne ou de mauvaise stratégie de *coping*. Des stratégies peuvent être adaptatives pour l'individu tout en nuisant à sa santé (e.g., consommation de substances comme stratégie de régulation émotionnelle). De même, des stratégies *a priori* saines (e.g., activité sportive) peuvent être néfastes si le sujet y recourt à l'excès. Ce n'est pas tant la stratégie en soi qui peut être considérée comme efficace ou non, mais bien la stratégie dans son contexte de transaction entre l'événement, la perception de l'événement et la réponse apportée par l'individu. L'individu étant amené à

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

rencontrer dans sa vie toute une diversité d'événements aversifs, l'enjeu se situe davantage sur sa capacité à développer un panel diversifié de réponses et être en mesure de les sélectionner de manière souple (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

3.2.1. *Les stratégies de coping chez les personnes LGBTQIA+*

Considérer les stratégies de *coping* mises en place par les personnes LGBTQIA+ est important au regard des caractéristiques spécifiques des stressors auxquelles elles sont confrontées. Plusieurs études ont montré la place des stratégies de *coping* centrées sur l'évitement chez les personnes LGBTQIA+ (White Hughto et al., 2017). Cela se retrouve dans la manière de faire face aux événements (D'haese et al., 2015), mais également dans la manière dont les personnes peuvent traverser leur compréhension de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre (Budge et al., 2013). Dans les entretiens qu'ils ont menés, Budge et ses collègues (2013) citent le témoignage d'un homme trans racontant les comportements de suppression de ses pensées relatives à sa transidentité :

« Dans un coin de ma tête, j'avais ces pensées. Comme, je me disais que [...] peut-être si j'étais juste un gars. J'ai commencé à penser à des choses auxquelles je n'avais jamais vraiment trop réfléchi... Je ne voulais pas les affronter... J'essayais juste de les repousser au fond de mon esprit. » (Budge et al., 2013, p. 619, traduction personnelle).

Parmi le panel de stratégies employées, la dissimulation de son orientation sexuelle ou de son identité de genre est fréquente. L'EUAFR (2024) permet d'avoir quelques exemples chiffrés en France. Il est par exemple fréquent que les personnes ne parlent pas ouvertement de leur identité aux membres de leur famille (17%), ou, si tel est le cas, que cela ne concerne qu'un nombre très limité de personnes (30%). Ce constat est également vrai pour d'autres sphères de vie : 30 % dissimulent systématiquement leur identité au travail et 33 % auprès de leurs soignants. Dans la sphère publique, 88 % des personnes rapportent avoir déjà évité de

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

tenir la main de leur partenaire par peur d'être agressé (dont 60 % souvent ou systématiquement), et 34 % évitent souvent ou systématiquement certains lieux pour les mêmes raisons. Pour certaines personnes trans, le *passing*⁸⁵, au-delà de ce qu'il apporte en termes d'affirmation de son identité, peut être une stratégie pour limiter l'exposition aux discriminations (Anderson et al., 2020; Begun & Kattari, 2016).

L'évitement se traduit également dans le rapport aux outils institutionnels qui ne sont que peu souvent mobilisés. Selon les données de l'EUAFR (2024), seules 16 % des personnes LGBTQIA+ confrontées à des discriminations ont rapporté ce qu'elles avaient vécu auprès d'une instance officielle, souvent par conviction que cela ne conduirait à rien ou parce que ces expériences sont trop nombreuses pour toutes les signaler. Pour un tiers des victimes, ne pas porter plainte est une stratégie de protection en soi, par peur de réactions homophobes ou transphobes des forces de l'ordre.

Lorsqu'il n'est pas possible d'éviter les situations, les personnes LGBTQIA+ peuvent adopter différentes manières de réagir. Une étude qualitative de Nadal et ses collaborateurs (2011) fait ressortir tout un panel de réponses employées face aux microagressions. Ces réponses sont à la fois comportementales (e.g., ignorer les propos, aller affronter la personne, se mettre en sécurité), cognitives (e.g., considérer que ces microagressions rendent plus fort et font partie du quotidien, se conformer aux attentes des autres) et émotionnelles (e.g., sentiment d'inconfort et d'insécurité, colère et frustration, tristesse, honte).

⁸⁵ Terme anglais. Fait de « passer » ou d'être perçu-e, aux yeux des autres, en tant que membre d'un genre dans lequel on n'a pas été élevé depuis sa naissance. Pour les personnes trans, cela implique d'être perçues dans la bonne identité de genre, sans que leur transidentité ne soit identifiable. Le *passing* permet à certaines personnes trans d'atténuer le sentiment de dysphorie et donne accès à certains privilèges liés au statut d'être un homme cisgenre (pour les hommes trans) ou une femme cisgenre (pour les femmes trans) (Wiki Trans, s. d.). <https://wikitrans.co/lexique/>

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Si les stratégies centrées sur l'évitement ne sont pas inadaptées en elles-mêmes, elles sont fréquemment associées à des issues de santé mentale négatives pour les personnes LGBTQIA+ (Bandermann & Szymanski, 2014a; Lindley & Bauerband, 2023; White Hughto et al., 2017). Il est probable que le risque se situe davantage sur l'utilisation inflexible de ce type de stratégies dans la vie de tous les jours, rigidité induite par l'exposition aux violences (Bandermann & Szymanski, 2014a). À l'inverse les stratégies visant à obtenir du soutien, qu'elles soient comportementales (e.g., création d'un réseau d'entraide) ou émotionnelles (e.g., discussion autour d'une situation), sont fréquemment associées à une meilleure santé mentale (Budge et al., 2014; Jackson, 2017; Toomey et al., 2018)

Les stratégies d'adaptation mobilisées pour faire face aux violences sont coûteuses en énergie et peuvent parfois s'ébranler. Les stratégies mises en place sont parfois l'indicateur d'une forme d'internalisation de la violence, notamment lorsqu'elles visent à s'en accommoder.

4. Quand la violence devient internalisée : Le stress des minorités

L'exposition des personnes stigmatisées à des stressors chroniques en raison de leur orientation sexuelle et identité de genre a amené certains auteurs à théoriser ce vécu sous le concept de « stress des minorités » (Meyer, 2003). D'abord pensé pour les personnes racisées, le modèle s'est vu adapté aux minorités sexuelles, puis aux minorités de genre (Frost & Meyer, 2023; Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003). Il continue aujourd'hui d'être déployé auprès d'autres populations, par exemple auprès de personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (Botha & Frost, 2020). Ce modèle distingue deux formes de stressors : distaux et proximaux. Les stressors distaux incluent l'ensemble des stressors (e.g., discriminations, perte d'emploi, violences) provoqués par des acteurs externes (e.g., autrui, institutions, lois...) qui auront des conséquences sur la personne exposée. Les stressors proximaux sont les

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

conséquences d'un processus de socialisation et d'intériorisation conduisant les personnes LGBTQIA+ à : (1) adopter des croyances stigmatisantes envers elles-mêmes et les autres personnes LGBTQIA+ (stigmatisation internalisée), (2) anticiper le fait d'être stigmatisées et développer une hypervigilance, (3) dissimuler leur identité pour se protéger des stressors distaux⁸⁶. Par ce processus, la stigmatisation « rentre sous la peau », pour reprendre l'expression de Hatzenbuehler (2009).

Toutes choses égales par ailleurs, le modèle du stress des minorités fait l'hypothèse que les personnes LGBTQIA+ feront face à plus de stressors que les personnes cis-hétérosexuelles, ce qui les conduit à des issues de santé physiques et/ou mentales péjoratives (Figure 5) (Bresin et al., 2023; de Lange et al., 2022; Dürbaum & Sattler, 2020; Goldbach et al., 2014)⁸⁷. Dans cette perspective, et c'est peut être l'un des intérêts majeurs de ce modèle pour la fin du XXème siècle, la pathologie n'est pas inhérente à l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, mais plutôt la conséquence d'un environnement social homophobe et transphobe (Meyer, 2020).

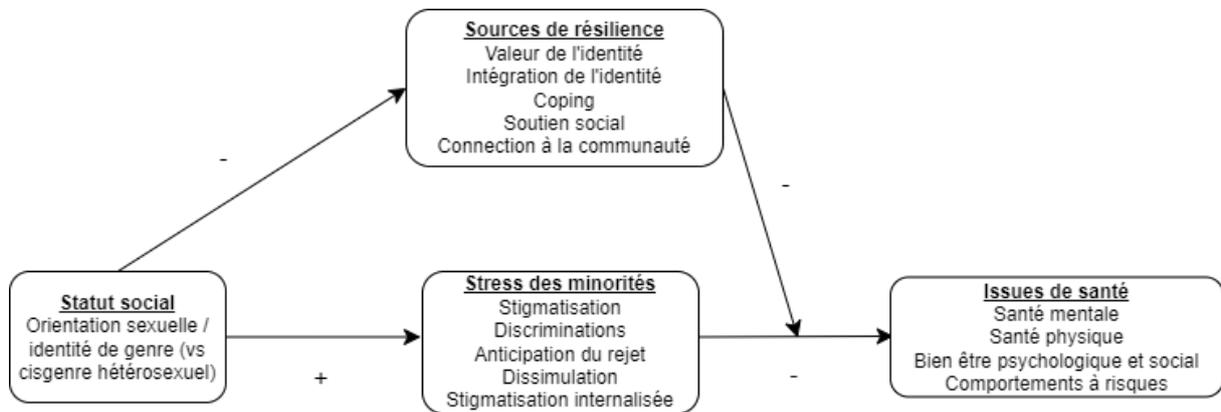
⁸⁶ Conséquences qui méritent d'être mises en parallèle avec certaines manifestations du TSPT (i.e., cognitions post-traumatiques, hypervigilance, évitement), ce que nous aborderons plus tard (voir Chapitre 4.1.1.).

⁸⁷ Il convient de souligner qu'il s'agit majoritairement d'associations et non de liens de causalité.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Figure 5.

Rôle médiateur du stress des minorités dans la relation entre le statut social et les issues de santé. Figure traduite de Meyer (2019).



Le risque de développer des pathologies, qu'elles soient somatiques ou psychiatriques, est aujourd'hui clairement identifié dans la littérature. Ce risque est intrinsèquement lié au contexte d'adversités auquel les personnes LGBTQIA+ doivent faire face. La suite de ce chapitre propose de dresser un état des lieux de la santé des personnes LGBTQIA+, aborde comment le lien avec les autres peut aussi être une source de résilience, puis rapporte au travers d'une revue systématique de la littérature dans quelle mesure les personnes LGBTQIA+ sont à risque de développer un TSPT ou un TSPT-C ainsi que les facteurs pouvant jouer un rôle dans la symptomatologie.

5. Etat des lieux de la santé des personnes LGBTQIA+

Sur le plan de la santé somatique, de nombreuses méta-analyses rapportent une vulnérabilité accrue des personnes LGB+ en comparaison des personnes hétérosexuelles. Des études observent que les personnes LGB sont 1,5 à 2 fois plus à risque de souffrir d'asthme que les personnes hétérosexuelles (Haarmann et al., 2023, 2024a). Dans de moindres proportions, nous retrouvons ces résultats pour d'autres conditions somatiques chez les

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

hommes LGB (i.e., maladies rénales, migraines, hépatites B/C) (Haarmann et al., 2024a) et les femmes LGB (i.e., douleurs dorsales, migraines, hépatites B/C, périodontite, infections urinaires, acné) (Haarmann et al., 2023)⁸⁸. Les méta-analyses portant sur la santé physique des personnes transgenres semblent moins nombreuses (en dehors de celles portant sur les transitions hormonales/chirurgicales). L'une d'elles indique par exemple un risque accru de maladies cardiovasculaires chez cette population en comparaison des personnes cisgenres (van Zijverden et al., 2024). Plus globalement, le taux de mortalité toutes causes confondues est 2 fois plus élevé chez les personnes trans que chez les personnes cisgenres (Erlangsen et al., 2023a).

La littérature portant sur la santé mentale est plus dense et suit la même tendance que celle observée en santé somatique. Dans une méta-analyse portant sur 26 études comprenant plus de 500 000 personnes hétérosexuelles et 14 000 personnes LGB, ces dernières rapportent des risques deux fois plus élevés que les personnes hétérosexuelles pour toutes les issues évaluées (i.e., dépression, trouble de l'usage de l'alcool, troubles anxieux, suicidalité) (Wittgens et al., 2022). De manière non exhaustive, nous observons cette tendance pour les troubles anxieux et dépressifs (Ross et al., 2018b), les troubles de l'usage de substances (Cotaina et al., 2022a; Shokoohi et al., 2022), les troubles du comportement alimentaire (Cao et al., 2023; Dotan et al., 2021; Rasmussen et al., 2023), ou encore le TSPT⁸⁹ (Marchi et al., 2023a). Plus précisément, concernant les risques suicidaires, les personnes LGBTQI présentent des risques quatre fois plus élevés de tentatives de suicide et d'auto-mutilations, et trois fois plus élevés d'idéations suicidaires (Marchi et al., 2022).

⁸⁸ A noter que les femmes LGB des risques inférieurs aux personnes hétérosexuelles pour d'autres conditions (i.e., crises cardiaques, diabète, hypertension), pour certaines possiblement expliquées par la moindre exposition aux risques liés à la grossesse.

⁸⁹ Nous reviendrons plus tard plus en détail sur les prévalences et facteurs associés au développement d'un TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+ (voir Chapitre 2.7.).

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Plusieurs études permettent de souligner que les personnes LGBTQIA+ ne constituent pas un groupe homogène. Au sein des minorités sexuelles, les personnes bisexuelles semblent plus à risque de rapporter un trouble psychiatrique (i.e., dépression, trouble anxieux, trouble de l'usage de substances, suicidalité) (Wittgens et al., 2022). Les personnes asexuelles pourraient être moins à risque que les autres minorités sexuelles en termes d'auto-mutilations et de tentatives de suicides (Xu et al., 2023). La littérature scientifique est suffisamment robuste pour confirmer la grande vulnérabilité des minorités de genre au sein de la population LGBTQIA+. Par exemple, les prévalences sur vie entière de comportements d'auto-mutilations sont de 29,68 % chez les minorités sexuelles (dont 41,47 % chez les personnes bisexuelles) et 46,65 % chez les minorités de genre (vs 14,57 % chez les personnes cis-hétérosexuelles) (Liu et al., 2019a). Une méta-analyse menée sur 65 études publiées en 1990 et 2022 montre des prévalences sur vie entière en matière de suicidalité particulièrement inquiétantes : 50 % pour les pensées suicidaires, et 29 % pour les tentatives de suicide. Ainsi, plus de la moitié des personnes trans dans le monde qui ont eu des pensées suicidaires ont fait une tentative de suicide (Kohnepoushi et al., 2023). Ce constat est également vrai chez les plus jeunes, 14,8 % des jeunes trans de moins de 25 ans ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Il convient de noter que les auteurs n'observent pas nécessairement de distinctions selon le sexe assigné à la naissance (Surace et al., 2021).

Les données chez les personnes intersexes sont plus rares, mais celles à disposition soulignent la grande vulnérabilité de cette population (Zeeman et al., 2019). Une étude aux Etats-Unis portant sur un échantillon de 198 personnes intersexes rapporte des prévalences de troubles anxieux et dépressifs particulièrement élevés, respectivement 62,6 % et 61,1%. Plus de 85 % ont déjà eu des pensées suicidaires au cours de leur vie et 31,8 % ont déjà fait une tentative de suicide. Sur le plan de la santé physique, les personnes intersexes de l'échantillon

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

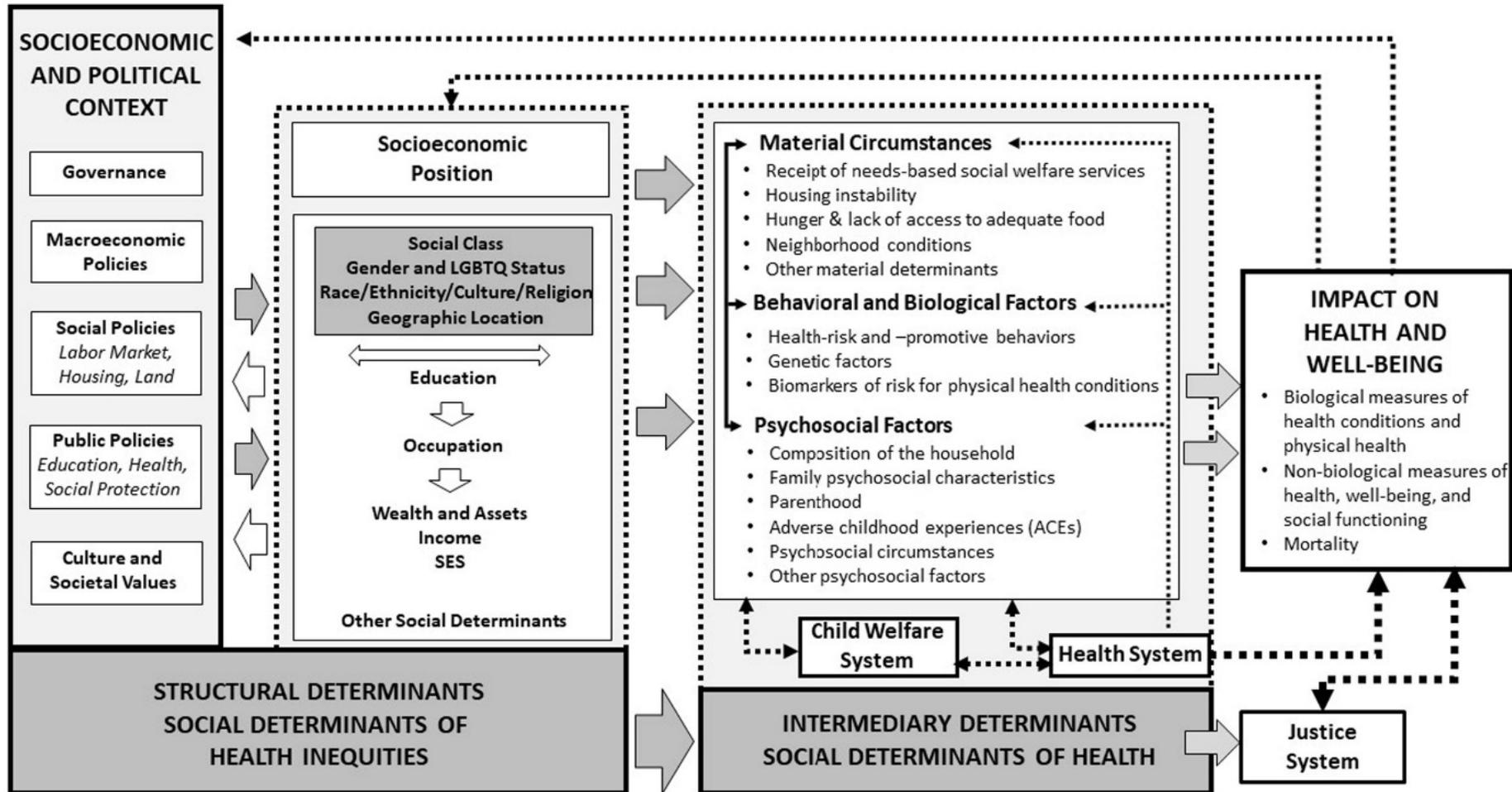
sont à peine plus de la moitié à juger leur santé comme bonne à excellente (56%) (Rosenwohl-Mack et al., 2020a).

A ce jour, ces disparités observées selon l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre peuvent être grandement expliquées par des déterminants sociaux, incluant l'exposition aux discriminations (Drabish & Theeke, 2022), au stress des minorités (Dürubaum & Sattler, 2020), à des barrières dans l'accès aux soins (Alencar Albuquerque et al., 2016; Zeeman et al., 2019) ou encore à des vulnérabilités liées au statut socio-économique (Budge et al., 2016; Jadvá et al., 2023). L'exposition aux expériences adverses durant l'enfance, plus fréquentes chez les personnes LGBTQIA+ (Jones & Worthen, 2023), constitue également un facteur explicatif important (Dowling et al., 2023; Suarez et al., 2021). Le modèle proposé par l'OMS pour concevoir les déterminants sociaux des inégalités en santé (Solar & Irwin, 2010), et enrichi par Karatekin et ses collègues (2022) pour y inclure les expériences adverses durant l'enfance, illustre clairement comment ces différentes dimensions interagissent entre elles (Figure 6).

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Figure 6.

Modèle des déterminants sociaux des inégalités en santé. Tiré de Karatekin et al. (2022), adapté de Solar et Irwin (2010).



Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

6. Le lien comme source de résilience

Si nous pouvons observer chez les personnes LGBTQIA+ de nombreux indicateurs de mauvaise santé, ainsi qu'une vulnérabilité accrue à de nombreux facteurs de risque, il convient cependant de mentionner aussi l'existence de leviers. Au sein de la littérature scientifique, les facteurs impliquant le lien avec les autres, tels que l'entourage familial et communautaire, apparaissent comme des ressources majeures de résilience (de Lira & de Morais, 2018; H. Logie et al., 2016; Lyons, 2015).

Parfois présentée comme un lieu potentiel de violence pour les personnes LGBTQIA+, la famille peut aussi constituer un lieu de résilience. Soulignons que le fait de concevoir le soutien parental dans un registre dichotomique acceptation/rejet peut être relativement réducteur, là où une diversité de relations peut être observée. Comme le rappellent Martins et ses collègues (2024), les réactions parentales vis-à-vis du *coming out* peuvent être variées, de l'acceptation et du soutien (Price & Prosek, 2020) à des réactions de rejet et d'homophobie (Mills-Koonce et al., 2018), en passant par des réactions ambivalentes (Cohler, 2003). Jadwin-Cakmak et ses collègues (2015) ont observé une multitude de réactions chez les pères face au coming out de leurs fils qui évoluent parfois avec le temps (e.g., rejet immédiat avec violence physique/verbale, déni, rejet global des personnes homosexuelles mais acceptation individuelle, désapprobation sans rejet, acceptation ambivalente, acceptation immédiate) (Charbonnier & Graziani, 2012). Le degré d'acceptation parentale ne semble pas dépendre de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre l'enfant, mais plutôt de caractéristiques propres à la famille (e.g., ethnie, croyances religieuses, statut socioéconomique) (Ryan et al., 2010).

Le coming-out apparaît fréquemment comme un moment stressant dans la vie des personnes LGBTQIA+, mais à la différence d'autres événements, c'est souvent la relation avec l'entourage qui est en jeu (et par extension la peur de perdre cette relation) (Charbonnier

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

& Graziani, 2016). La littérature appuie l'intérêt d'évaluer distinctement les différentes formes de réactions parentales, en montrant par exemple que si le degré de rejet/acceptation et le degré de soutien parental (Ryan et al., 2010) jouent tous deux un rôle dans la santé mentale des jeunes LGBTQIA+, le rejet reste un prédicteur plus puissant en comparaison de l'acceptation (Lippold et al., 2024). Il apparaît également nécessaire d'explorer plus spécifiquement le soutien familial selon les profils des personnes LGBTQIA+. Par exemple, une méta-analyse montre que les personnes non binaires reçoivent moins de soutien familial que les personnes trans binaires (Commone et al., 2024).

Au-delà de la réponse parentale vis-à-vis de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, le fonctionnement de la famille dans sa globalité (e.g., qualité de la communication, degré de satisfaction...) paraît un prédicteur puissant tant pour protéger d'une psychopathologie que pour favoriser des issues de santé positives (Garcia Saiz et al., 2021; Katz-Wise et al., 2018). C'est ce que montrent par exemple Katz-Wise et ses collègues (2018) dans une étude auprès de 33 familles d'enfants trans, que ce soit en termes de comportements d'auto-mutilations, de symptômes anxieux et dépressifs, ou encore d'estime de soi et de résilience. Dans cette étude, c'était systématiquement la façon dont l'enfant trans évaluait le fonctionnement familial qui influençait sa santé mentale, et non l'évaluation que ses parents ou sa fratrie en faisait.

Le soutien familial ne semble pas si décorrélé du soutien social offert par les pairs. Dans une étude longitudinale suivant trois profils de jeunes LGBT (faible soutien social et familial, fort soutien social et familial, faible soutien familial mais fort soutien social), les jeunes rapportant un faible soutien familial mais un fort soutien social ont vu leur soutien familial augmenter avec le temps, ce qui n'était pas le cas des jeunes avec un faible soutien social et familial. Il est possible qu'en voyant leurs enfants soutenus par leurs amis ou

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

d'autres personnes, ces parents soient devenus eux-mêmes plus soutenant avec le temps (McConnell et al., 2016). D'une autre manière, une part non négligeable des personnes LGBTQIA+ mentionnent leurs cercles sociaux dans leur définition de la famille (Soler et al., 2018). D'autres créeront ou rejoindront des familles choisies, mimant parfois la structure d'une famille nucléaire (Hailey et al., 2020). Plus globalement, le lien avec d'autres personnes LGBTQIA+, souvent traduit dans la littérature scientifique par le concept de « connexion à la communauté », est fréquemment mentionné dans les témoignages comme un facteur de résilience (C. Wilson & Cariola, 2020). Être en lien avec d'autres personnes concernées peut être un moyen de normaliser son vécu, de s'organiser pour faire, parfois même d'être une ressource pour d'autres, et plus simplement de vivre, parler et rire en étant soi (Bowling et al., 2020; Gonzalez et al., 2022).

La connexion à la communauté peut s'opérationnaliser par la voie émotionnelle (i.e. sentiment d'appartenance à la communauté) et/ou par une participation active à la communauté (i.e. interactions avec d'autres personnes) (Sherman et al., 2020). Une revue systématique montre que, pour les personnes trans, la connexion à la communauté trans est globalement associée à de nombreuses issues de santé favorables, bien que cela puisse parfois apparaître comme un frein pour certains comportements de santé chez les femmes trans (e.g. dépistages et traitements en santé sexuelle) (Sherman et al., 2020). Une autre étude en population LGBTQ a souligné le rôle modérateur de la connexion à la communauté LGBTQ dans le lien entre stigmatisation et dépression ou suicidalité (Kaniuka et al., 2019).

7. Prévalences et facteurs associés aux troubles de stress post-traumatiques chez les personnes LGBTQI+ : une revue systématique de la littérature (Article 2)

Là où le lien avec les autres peut être parfois le lieu de violences, il constitue également un lieu puissant de résilience pour les personnes LGBTQIA+, contribuant à faire face plus efficacement aux adversités. Nous avons pu voir que ces défis ne sont pas sans

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

conséquences sur la santé mentale et physique des personnes LGBTQIA+. Si de nombreuses études explorent d'ores et déjà les fréquences d'exposition aux violences et leurs conséquences, elles sont plus rares à étudier spécifiquement leurs répercussions post-traumatiques. Bien qu'existantes, les études à disposition sont éparpillées et une synthèse des résultats s'avérerait donc nécessaire, tant pour la communauté scientifique que pour les acteurs de terrain. Afin de répondre à ce manque dans la littérature scientifique, nous avons souhaité mener une revue systématique de la littérature. Ce travail, qui constitue le deuxième volet de notre recherche doctorale, visait à répondre à trois objectifs : (1) compiler les prévalences de TSPT et de TSPT-C rapportées par les personnes LGBTQI+ dans la littérature scientifique ; (2) comparer les symptomatologies selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre ; (3) identifier les facteurs associés au TSPT et au TSPT-C chez les personnes LGBTQI+.

Au cours de ce travail, une méta-analyse publiée en 2023 (Marchi et al., 2023a) a confirmé certains résultats que nous commençons à recenser, en rapportant notamment que les personnes LGBTQ étaient plus de deux fois plus à risque de présenter un TSPT que le reste de la population. Si cette méta-analyse a apporté des premiers éléments concernant nos objectifs, nos questionnements vis-à-vis des prévalences de TSPT-C et des facteurs associés restaient cependant toujours sans réponse. Notre revue systématique a été soumise dans la revue *BMC Public Health* le 15 Avril 2024 et la version révisée de l'article est en cours d'expertise. Les résultats préliminaires de ce travail ont fait l'objet d'une communication affichée (Annexe 8) lors de la conférence internationale « Prendre soin des LGBTI+ » organisée par l'équipe de recherche SeSAM LGBTI+⁹⁰ (Paris, 18-19 Janvier 2024). Ils ont également fait l'objet de plusieurs communications invitées : pour la 2^{de} édition des Journées d'études du CEFTI⁹¹ (Bègles, 30-31 Mars 2023), pour l'événement « Tease ta thèse »

⁹⁰ Services de Santé auprès des Minorités LGBTI+.

⁹¹ Centre d'Etudes et de Formations à la Thérapie Intégrative.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

organisé par l'association LGBTQIA+ Le Girofard lors du festival des fiertés de 2023 (Bordeaux, 1^{er} Juin 2023), lors d'un séminaire pour l'établissement de formations ADES⁹² auprès d'éducateurs spécialisés en formation (Marmande, 12 Septembre 2023), ou encore lors d'une conférence en ligne pour l'AFPR⁹³ (13 Mai 2024).

⁹² Association pour le Développement Economique et Social.

⁹³ Association Française du Psychotraumatisme et de la Résilience.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Prévalences et facteurs associés aux Troubles de Stress Post-Traumatiques chez les adultes LGBTQI+ : une revue systématique de la littérature

William Peraud^{1*}, Hugo Fournier¹, Marie Hasdenteufel¹, Bruno Quintard¹

*Correspondance : william.peraud@u-bordeaux.fr / william.peraud@gmail.com

¹ Laboratoire de Psychologie EA 4139, Université de Bordeaux, Faculté de Psychologie, 3 ter Place de la Victoire, 33000 Bordeaux, France.

Résumé.

Contexte : Les personnes LGBTQI+ semblent particulièrement à risque d'être exposés à la violence interpersonnelle. Cela entraîne un risque accru de développer des symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou de trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C). Les objectifs de cette revue systématique sont : 1. Compiler les prévalences du TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQI+ ; 2. Comparer la symptomatologie du TSPT/TSPT-C en fonction de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre ; 3. Identifier les facteurs impliqués dans la symptomatologie du TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQI+.

Méthode : Une revue systématique de la littérature a été réalisée sur le TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQI+. Les bases de données Psychinfo, Psycharticle, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Embase et LGBHealth ont été consultées. Seules les études quantitatives et observationnelles basées sur des données collectées après 2010 et impliquant des adultes LGBTQI+ ont été incluses.

Résultats : Sur les 7 446 articles identifiés, 60 ont été inclus. Dix-huit fournissaient des données sur la prévalence et 57 sur les facteurs associés. La majorité des études ont été menées aux États-Unis. Une seule a évalué les symptômes du TSPT-C. Toutes les études incluses ont rapporté des taux de prévalence de TSPT extrêmement élevés, certaines populations semblant particulièrement à risque, telles que les personnes bisexuelles (10,3 à 35,7 % de TSPT) et les personnes transgenres (36,8 à 64,3 % de TSPT). Des variables individuelles (e.g., précarité financière, transition, stigmatisation internalisée), interpersonnelles (e.g., dévoilement de l'orientation sexuelle, soutien social), organisationnelles (e.g., barrières dans l'accès aux soins), communautaires (e.g., discours anti-trans), et politiques (projets de lois anti-trans) associées aux symptômes de TSPT/TSPT-C ont été identifiées.

Conclusion : Les résultats montrent l'importance de prendre en compte le TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQI+ dans la pratique clinique et la recherche. Des études de meilleure qualité sont nécessaires pour quantifier l'ampleur du problème. Les professionnels de santé doivent être formés aux facteurs spécifiques qui peuvent contribuer aux symptômes de TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQI+. Cela ne peut être réalisé sans des politiques publiques visant à prévenir toutes les formes de violence contre la population LGBTQI+ et à garantir l'accès à l'égalité des droits.

Mots-clés : TSPT, TSPT-C, trouble de stress post-traumatique, LGBTQI+, revue systématique, prévalence, facteurs associé

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

1. Contexte.

Les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queers et intersexes (LGBTQI+) constituent une part significative de la population. Selon une enquête récente d'IPSOS réalisée dans 30 pays en 2023, 9 % des répondants s'identifient comme LGBTQI+ (1). Les proportions exactes varient probablement en fonction de plusieurs facteurs, notamment géographiques et générationnels. Bien que les personnes LGBTQI+ partagent le fait de ne pas se conformer aux normes hétérosexuelles et cisgenres, elles représentent une gamme diversifiée d'identités et d'expériences. L'acronyme LGBTQI+ englobe des questions relatives à l'orientation sexuelle (homosexualité, bisexualité, asexualité, etc.), à l'orientation romantique (distincte de l'orientation sexuelle, par exemple, aromantique), à l'identité de genre (cisgenre, transgenre, non-binaire), aux caractéristiques corporelles (intersexuation) et à l'expression de genre. Paradoxalement, la recherche en psychologie doit relever le défi de regrouper ces identités pour tirer des conclusions générales tout en étudiant une population aux expériences vécues profondément diverses et spécifiques.

En raison de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre, les personnes LGBTQI+ peuvent faire face à des défis spécifiques, notamment en termes de violence. Ces expériences peuvent se manifester sous diverses formes et couvrir un large éventail de violences, incluant des remarques ou des comportements souvent involontaires qui témoignent d'un manque de compréhension (par exemple, le mégenrage, faire des suppositions sur l'orientation sexuelle d'une personne) ; la discrimination ; les comportements de rejet ; la violence verbale, physique et sexuelle ; ainsi que les crimes de haine. Ces formes de violence peuvent se produire dans divers contextes, y compris au sein de la famille (e.g., non-acceptation parentale) (2), dans l'éducation (e.g.,

harcèlement scolaire) (3), dans l'emploi (e.g., discrimination à l'embauche) (4), et dans la vie quotidienne (e.g., insultes, violences physiques et sexuelles) (5).

Ce contexte rend cette population particulièrement vulnérable sur le plan social (isolement (6), précarité (7), barrières dans l'accès aux soins de santé (8) ou au soutien social (9)), ainsi que sur le plan de la santé physique et mentale (10-12). Cette expérience vécue a été conceptualisée sous le terme de *stress des minorités* (13). Cependant, ces défis ne sont pas tous de même nature au sein de la population LGBTQI+, et certains groupes, comme les minorités de genre, semblent particulièrement vulnérables aujourd'hui (14).

À ce jour, la littérature scientifique montre la surexposition de cette population aux violences (5,15) et pointe les conséquences que cela peut avoir sur leur vie (3,16). Cependant, la littérature reste encore limitée sur les facteurs clés impliqués dans la symptomatologie post-traumatique.

L'exposition à un événement potentiellement traumatique, spécifiquement l'exposition à la mort ou à une situation mettant en danger la vie (e.g., catastrophe naturelle ou humaine, accident, agression...), constitue la porte d'entrée au développement d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) (17). Certaines formes d'exposition, telles que l'exposition chronique à la violence interpersonnelle durant l'enfance, impliquant des figures d'attachement, augmentent considérablement le risque de développer des symptômes de stress post-traumatique ainsi que leur gravité (18-20). Dans une étude portant sur un échantillon de 34 000 personnes aux États-Unis, les personnes homosexuelles et bisexuelles étaient plus de deux fois plus susceptibles de signaler des mauvais traitements durant l'enfance par rapport aux individus hétérosexuels (21). Néanmoins, certains auteurs soutiennent l'idée que certains événements, qui n'impliquent pas des

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

situations mettant la vie en danger mais impliquent des menaces psychologiques (e.g., harcèlement, cis-hétérosexisme, racisme), pourraient également conduire à une symptomatologie traumatique (22,23).

À ce jour, plusieurs conceptualisations du TSPT existent. Le DSM-5 considère l'existence d'un trouble unique (TSPT), englobant quatre clusters de symptômes : 1. Intrusions (i.e., souvenirs intrusifs, cauchemars, réactions dissociatives liées à l'événement, détresse psychologique et réactions physiologiques lors de l'exposition à des rappels de l'événement) ; 2. Évitement (i.e., évitement des souvenirs, pensées, sentiments, lieux, personnes, situations pouvant rappeler l'événement) ; 3. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur (i.e., amnésie, croyances et émotions négatives, distorsions cognitives, détachement, perte d'intérêt et incapacité à éprouver des émotions positives) ; 4. Altérations de l'éveil et de la réactivité (i.e., irritabilité, comportements autodestructeurs, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, problèmes de concentration, troubles du sommeil) (17). La 11^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11), en revanche, propose deux troubles distincts : le TSPT et le TSPT-C. Le TSPT-C se compose de trois clusters de symptômes comprenant ceux du TSPT selon la CIM-11 (i.e., reviviscence, évitement et sentiment constant de menace), ainsi que de trois clusters de symptômes constituant les Perturbations Dans l'organisation de Soi (POS ; i.e., dysrégulation émotionnelle, image de soi négative, difficultés interpersonnelles) (18). Indépendamment de la classification, les symptômes de stress post-traumatique peuvent entraîner des difficultés significatives et persistantes dans une ou plusieurs sphères de la vie (relationnelle, professionnelle, personnelle). Identifier et prendre en charge les individus souffrant de ces troubles constitue donc un enjeu de santé majeur.

Les résultats d'une méta-analyse récente montrent un risque notablement plus élevé de TSPT chez les personnes LGBTQI+ par rapport aux personnes cisgenres et hétérosexuelles (24). Cependant, cette méta-analyse se limite aux études incluant un groupe contrôle composé d'individus hétérosexuels et cisgenres, excluant ainsi un nombre considérable d'études existantes à ce jour et ne s'attarde pas sur les facteurs qui pourraient expliquer la symptomatologie.

Ainsi, les objectifs de cette revue systématique étaient les suivants :

1. Compiler les prévalences de TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQI+ rapportées dans la littérature scientifique.
2. Comparer la symptomatologie de TSPT selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre.
3. Identifier les facteurs associés à la symptomatologie de TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQI+.

2. Matériel et méthode.

Critères d'éligibilité (PICOTS).

Les lignes directrices Prisma (25) et INESS⁹⁴ (26) ont été suivies tout au long de la présente revue.

Population : Les études impliquant des adultes (≥ 18 ans) s'identifiant comme minorités sexuelles et/ou de genre ont été considérées. Les études se concentrant spécifiquement sur des populations exposées à un traumatisme en raison de leur profession (e.g., anciens combattants), de leur état physique (e.g., VIH) ou de leurs expériences de vie (e.g., parcours migratoire) ont été exclues. Pour les données de prévalence, seules les études impliquant une

⁹⁴ Institut National d'Excellence en Santé et en Services sociaux.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

population LGBTQI+ générale ont été incluses.

Intervention : Seules les études observatoires ont été prises en compte. Toutes les études interventionnelles ont été exclues.

Comparaison de groupe : Toutes les études, avec ou sans groupe de contrôle, ont été incluses. Cela inclut les études comparant les sous-groupes LGBTQI+ entre eux ou avec des groupes composés de personnes cisgenres et/ou hétérosexuelles.

Résultats : Seules les études utilisant des outils de mesure validés pour évaluer le TSPT ou le TSPT-C, basés sur l'ensemble des critères de symptômes du DSM ou de la CIM, ont été considérées. Les résultats ont été pris en compte s'ils fournissaient des informations concernant :

1. La prévalence de TSPT/TSPT-C au sein de la population LGBTQI+.
2. La symptomatologie de TSPT selon l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre.
3. Les facteurs associés aux symptômes de TSPT/TSPT-C au sein de la population LGBTQI+. Pour la prévalence, les études ont été incluses si le diagnostic était basé sur l'ensemble des critères de symptômes ou sur un score seuil.

Temporalité : Ce critère n'est pas restrictif. Les études transversales et longitudinales ont été considérées avec un intérêt égal.

Design : Seules les études quantitatives ont été prises en compte. Les études qualitatives ont été exclues, et dans le cas d'études à méthodes mixtes, seuls les résultats quantitatifs ont été considérés. Cette revue a été limitée aux articles évalués par des pairs en anglais et en français (en raison des langues parlées par les auteurs), publiés dans des revues scientifiques indexées. En raison de l'évolution des conditions de vie des personnes LGBTQI+ au

cours des dernières décennies et des changements dans les classifications vis-à-vis du TSPT, les études basées sur des données collectées avant 2010 n'ont pas été prises en compte afin de se concentrer uniquement sur les publications les plus récentes. Les résumés de conférences, les revues de littérature, les dissertations académiques et les études de cas ont été exclus.

Sources d'information : Les bases de données suivantes ont été interrogées : Psychinfo, Psycharticle, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Embase et LGBHealth. La recherche a été initiée le 28 octobre 2021, et la dernière mise à jour a été effectuée le 16 janvier 2023. Le premier auteur (WP) a réalisé toutes les recherches dans les bases de données.

Algorithme de recherche : Les mots-clés liés à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre utilisés dans cette revue sont ceux proposés dans une revue systématique identifiant diverses terminologies utilisées dans la recherche LGBTQI+ (27). Le tableau résumant les mots-clés utilisés est disponible dans le matériel supplémentaire.

Sélection des études : Tous les articles ont été enregistrés sur Zotero (28). Les articles en doublon ont été supprimés à l'aide du logiciel. Le titre et le résumé de chaque article ont été évalués, et ceux qui ne répondaient pas aux critères d'éligibilité ont été exclus. WP était responsable du screening initial. En cas d'incertitude, les articles étaient conservés pour une lecture complète. Un deuxième screening basé sur les articles complets a été effectué indépendamment par WP et HF sur 30 références communes. WP était ensuite responsable de l'ensemble du screening initial (n=138). En cas de doute ou de désaccord, des réunions ont eu lieu impliquant WP, HF, MH et BQ. Les études ont été exclues si elles ne répondaient pas aux critères définis en termes de population (e.g., âge inférieur à 18 ans, non axées sur les personnes LGBTQI+, données ne

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

permettant pas de distinguer les personnes LGBTQI+ du reste de l'échantillon), de conception de l'étude (e.g., dissertation académique, étude qualitative) ou de résultat (e.g., absence d'échelle de mesure pour le TSPT/TSPT-C) (Figure 1).

Données et processus de collecte :

L'extraction d'informations à partir des études sélectionnées était basée sur les recommandations de l'INESSS (26). Pour chaque article, des informations sur les caractéristiques des participants (taille de l'échantillon, tranche d'âge, identité de genre, orientation sexuelle), la localisation, la conception, les méthodes utilisées (outil de mesure, analyse des données), les résultats, ainsi que les forces et les limites ont été systématiquement notées. Ces données ont été identifiées manuellement dans chaque étude et notées sur une feuille de calcul. Tous les articles pour lesquels les chercheurs avaient des doutes concernant leur inclusion ont été discutés en comité avec BQ jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint.

Stratégie de synthèse : Étant donné que les études sélectionnées présentaient une hétérogénéité clinique en termes de contextes (taille de l'échantillon, caractéristiques des participants), de conception d'étude, de méthodes (outils de mesure, analyse des données), il était impraticable de réaliser une méta-analyse. Cependant, nous avons synthétisé les principales données de chaque étude dans des tableaux construits à partir de ceux proposés par l'Agence de la santé publique du Canada (29) et les lignes directrices de l'INESSS (26).

Risque de biais : la Control Guidelines Critical Appraisal Toolkit (développée par l'Agence de la santé publique du Canada (29)) a été utilisée pour évaluer la qualité de chaque étude quantitative et attribuer une note spécifique. Le premier auteur (WP) était responsable de l'évaluation de la qualité des études. Une double évaluation a été réalisée

par MH sur 30 % des articles sélectionnés aléatoirement (Kappa de Cohen = 0,83). La qualité d'une étude était considérée comme élevée si elle recevait des évaluations élevées sur la plupart des critères (échantillon, méthode de collecte des données, outils de mesure, éthique, statistiques), et qu'aucun critère n'était évalué comme faible. La qualité d'une étude était considérée comme modérée si les critères relatifs à la méthode de collecte des données ou les statistiques utilisées étaient considérés comme modérés, et que d'autres éléments évalués comme faibles ou modérés n'étaient pas suffisants pour compromettre la capacité à tirer des conclusions concernant une possible association. La qualité d'une étude était considérée comme faible si les critères relatifs à la méthode de collecte des données ou les statistiques utilisées étaient considérés comme faibles indépendamment d'autres aspects (e.g., large intervalle de confiance, puissance statistique insuffisante), ou si tous les critères compromettaient la validité interne de l'étude.

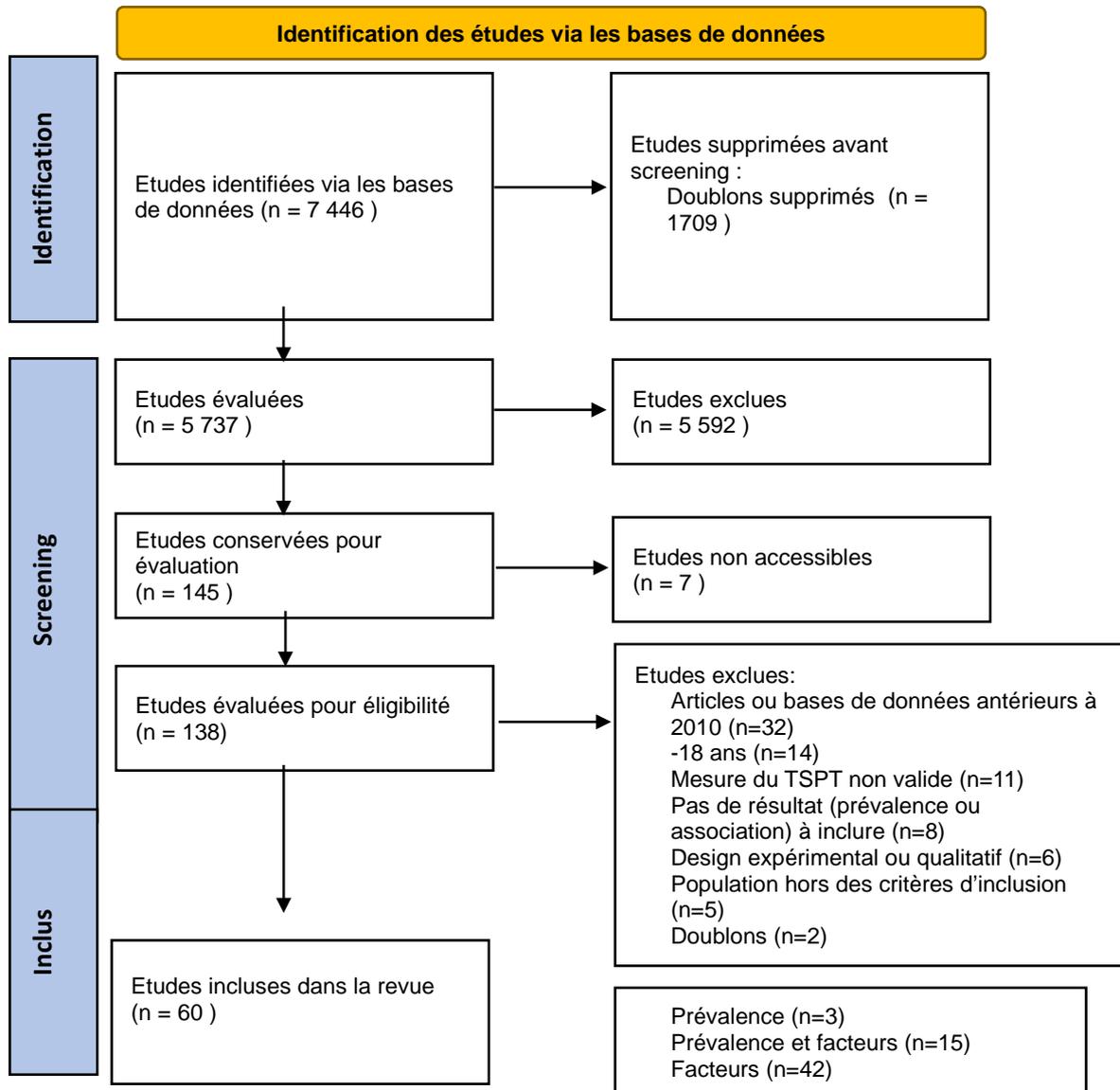
3. Résultats

3.1. Sélection et description des études.

La sélection finale pour cette revue comprenait 60 études. Les résultats sont résumés dans le matériel complémentaire. La revue n'incluait que des études quantitatives, dont la majorité étaient rétrospectives (n=53), tandis que sept étaient de nature longitudinale. La grande majorité des études a été réalisée aux États-Unis (n=51), au Canada (n=4) ou sur le continent nord-américain (n=2). Deux études ont été menées en Europe, à savoir en Irlande et en Espagne. Une a été réalisée au Kenya.

La plupart des études utilisaient une variante de la PCL (PCL C, PCL S, PCL 5 ; n=33) (30,31), tandis que d'autres utilisaient la PC-PTSD (n=11) (32,33). Occasionnellement, d'autres outils étaient utilisés, tels que l'AUDADIS (n=2) (34,35), la DTS (n=2) (36), l'IES-R (n=3) (37), la PDS (n=3) (38), la

Figure 1. Diagramme de la procedure PRISMA



Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

SCID-IV (n=2) (39), la TSC-40 (n=2) (40), la Short Screening Scale for DSM IV (n=1) (41) ou l'ITQ (n=1) (42).

Au total, 31 943 participants LGBTQIA+ étaient inclus dans toutes les études. D'après les articles fournissant des informations sur l'âge (n=43), l'âge moyen des participants était de 29,18 ans.

Les populations recrutées dans les différentes études étaient très diverses, illustrant la complexité de la recherche sur les minorités sexuelles et de genre. Certaines se concentraient sur des personnes ayant une orientation sexuelle ou une identité de genre spécifique (e.g., personnes bisexuelles, personnes transgenres), d'autres se concentraient sur un genre spécifique dans le spectre de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre (e.g., des hommes gays, des femmes transgenres), et d'autres regroupaient des personnes en fonction de leur orientation sexuelle (e.g., personnes LGB ; personnes gays), de leur identité de genre (personnes transgenres), ou plus largement, de leur appartenance à la communauté LGBTQIA+. Ces informations sont présentées systématiquement dans le tableau descriptif (voir le matériel complémentaire).

Une certaine hétérogénéité en terme de qualité a été observée dans les études incluses. Onze ont été considérées comme de haute qualité, 42 de qualité modérée, et 7 de faible qualité (voir le matériel complémentaire).

3.2. Prévalences de TSPT/TSPT-C

3.2.1. Prévalence selon l'orientation sexuelle.

Parmi les 18 études incluses rapportant des taux de prévalence, 9 rapportent des prévalences de TSPT parmi les minorités sexuelles, dont une qui rapporte des prévalences de TSPT/TSPT-C selon les critères de la CIM-11.

Trois études rapportent des prévalences parmi les hommes gays et bisexuels. Les prévalences rapportées chez les hommes gays étaient de 6,2 % pour le TSPT (43), et de 5,3 % pour le TSPT et de 10,7 % pour le TSPT-C (44). La seule prévalence rapportée spécifiquement parmi les hommes bisexuels était de 10,3 % de TSPT (43). Une étude menée dans l'Ouest du Kenya chez des hommes gays et bisexuels a montré une prévalence particulièrement élevée de TSPT (52,4 % ; 45). Des facteurs contextuels et culturels expliquent probablement cette prévalence plus élevée, et ils seront discutés ultérieurement.

Cinq études ont rapporté des prévalences chez les femmes lesbiennes et bisexuelles. Les prévalences signalées chez les femmes lesbiennes étaient de 7,4 % de TSPT (43), de 11,4 % de TSPT et 25,7 % de TSPT-C (37,1 % prévalence cumulée ; 44). La seule prévalence rapportée parmi les femmes bisexuelles était de 21 % de TSPT (43). Trois études se sont concentrées sur des échantillons composés de femmes lesbiennes et bisexuelles et ont mentionné des prévalences variant de 15,43 % (46) et 22,9 % (47) à 50,4 % de TSPT (45). Cependant, cette dernière étude se distingue en raison de son échantillon recruté dans l'Ouest du Kenya.

Enfin, une étude, utilisant une base de données similaire à celle d'Evans-Polce et al. (43), a rapporté des prévalences chez des personnes se questionnant sur leur orientation sexuelle ou ayant des pratiques non hétérosexuelles, même si elles s'identifiaient comme hétérosexuelles. Les prévalences de TSPT rapportées étaient de 4,2 % et 8,9 % pour les hommes et les femmes hétérosexuels discordants, et de 11,5 % et 15,3 % pour les hommes et femmes se questionnant sur leur orientation sexuelle (48).

Cinq études ont rapporté des prévalences chez les personnes lesbiennes, gays et bisexuelles, indépendamment du genre. La majorité s'est concentrée sur des échantillons de personnes bisexuelles. Les prévalences de TSPT

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

rapportées variaient entre 15,5 % (population âgée de plus de 25 ans ; 49), 35,7 % (50), et 47,62 % (incluant des personnes transgenres ; 51). Une étude, basée sur les critères de la CIM-11, a rapporté une prévalence de 3,4 % de TSPT et 23,9 % de TSPT-C (27,3 % prévalence cumulée ; 44). Cette même étude a également rapporté des prévalences dans un groupe d'individus pansexuels, asexuels et autres orientations sexuelles de 7,1 % pour le TSPT et 30,8 % pour le TSPT-C (37,9 % prévalences cumulées ; 44). Enfin, une étude portant sur des individus LGB+ d'origine sud-asiatique vivants aux Etats-Unis a rapporté une prévalence significativement plus élevée de TSPT (61,3 % ; 52). Ce résultat sera discuté plus en détail.

La Figure 2 synthétise les prévalences rapportées dans chaque étude en fonction de l'orientation sexuelle.

3.2.2. Prévalences selon l'identité de genre.

Parmi les 14 études incluses, 9 ont rapporté des prévalences de TSPT au sein des minorités de genre, avec une seule évaluant le TSPT/C-TSPT (CIM-11; (44)). La plupart des études regroupaient les minorités de genre sans distinguer leur identité de genre dans les analyses (n=8) (44, 45, 53-58), tandis qu'une étude se concentrait sur une population de personnes transgenres ou non binaires assignées hommes à la naissance (59). Les prévalences rapportées allaient de 36,8 % à 64,3 % de TSPT, la majorité se situant entre 36,8 % et 46,6 % de TSPT (6/9) (44, 54-58). Une étude utilisant les critères de diagnostic de la CIM-11 a rapporté une prévalence de 9,6 % de TSPT et de 31,9 % de TSPT-C (41,5 % prévalence cumulée) (44). L'étude rapportant la prévalence la plus élevée portait sur un échantillon recruté dans l'ouest du Kenya (64 % TSPT) (45), tandis que la deuxième portait sur un échantillon de 155 personnes transgenres, principalement assignées femmes à la naissance (62,6 % TSPT) (53).

La Figure 3 résume les prévalences rapportées dans chaque étude selon l'identité de genre.

3.3. Comparaisons de la symptomatologie traumatique en fonction de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre.

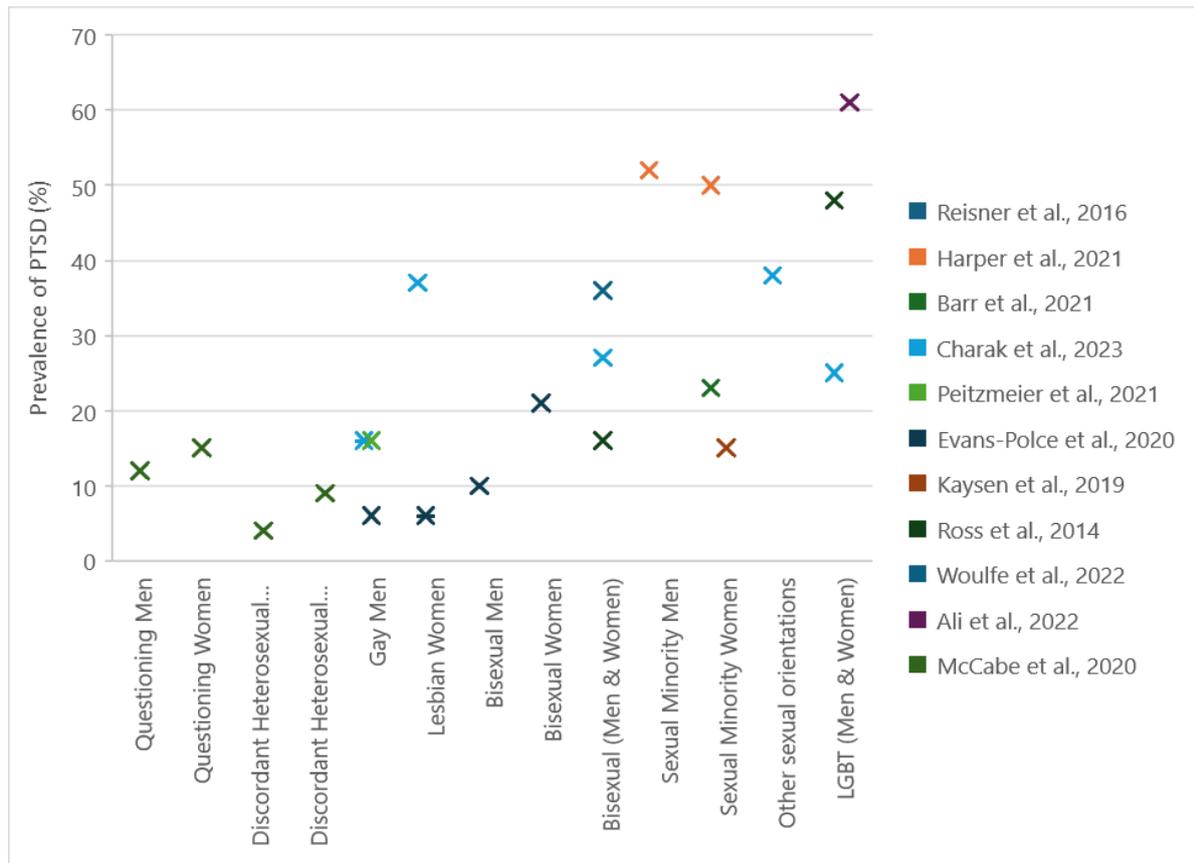
Vingt-six études ont exploré si la symptomatologie traumatique varie selon l'orientation sexuelle ou l'identité de genre déclarée au sein d'échantillons exposés à des événements potentiellement traumatiques (43, 45, 46, 52, 56, 57, 59-78).

3.3.1. Comparaisons entre les minorités sexuelles et les personnes hétérosexuelles.

Quatorze études ont comparé un échantillon de minorités sexuelles à des personnes hétérosexuelles. Huit d'entre elles ont montré que les personnes lesbiennes, gays et bisexuelles rapportaient plus de symptômes de TSPT que les personnes hétérosexuelles (52, 62, 64, 72, 74, 76, 77, 79). Une étude a révélé une symptomatologie plus forte chez les personnes lesbiennes, gays et bisexuelles dans l'échantillon, mais sans observer de différence en termes de prévalence (70). Trois études ont montré des résultats variables en fonction de l'orientation sexuelle ou du genre. Par exemple, l'étude d'Evans-Polce et al. (43) a montré que les minorités sexuelles (hommes gays et bisexuels, femmes bisexuelles) présentaient plus de symptômes de TSPT que les hétérosexuels, à l'exception des femmes lesbiennes. En revanche, Kammer-Kerwick et al. (66) ont observé que les personnes gays et lesbiennes rapportaient plus de symptômes de TSPT que les personnes hétérosexuelles, mais ces résultats n'étaient pas présents chez les personnes bisexuelles, pansexuelles, asexuelles et d'autres orientations sexuelles dans l'échantillon. Dans l'étude de Warren et al. (78), la différence de symptomatologie était significative uniquement chez les femmes lesbiennes et bisexuelles, mais pas chez les

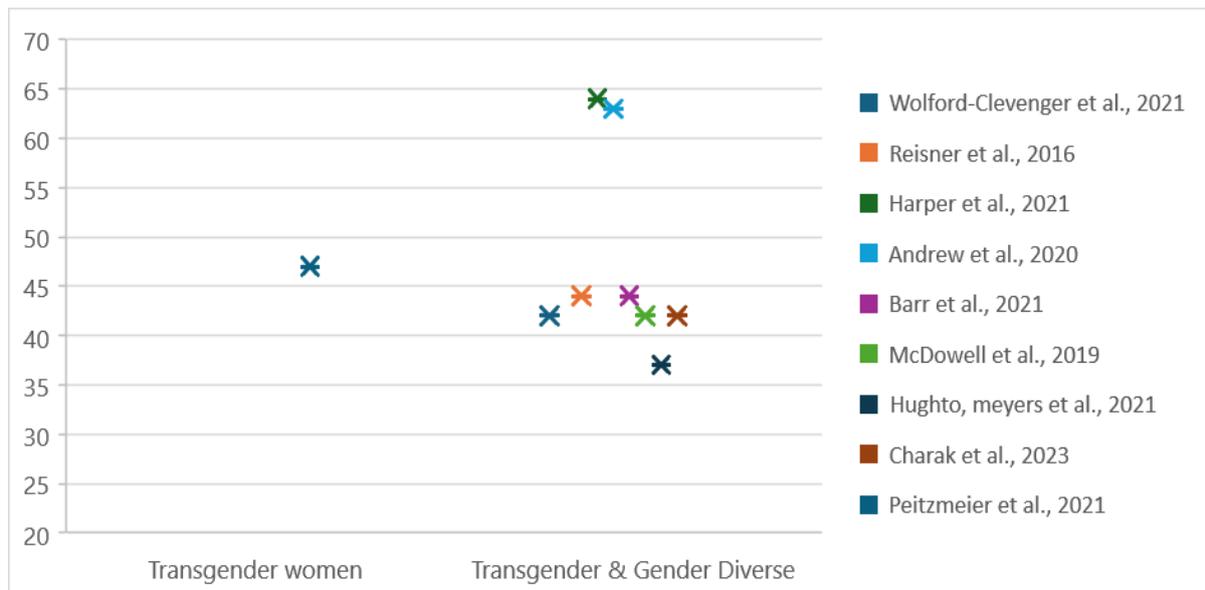
Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Figure 2. Prévalences de TSPT rapportées dans chaque études selon l'orientation sexuelle.



Note. L'étude de Charak et collaborateurs (2023) inclut les prévalences de TSPT et TSPT-C cumulée.

Figure 3. Prévalences de TSPT rapportées dans les études selon l'identité de genre.



Note. L'étude de Charak et collaborateurs (2023) inclut les prévalences de TSPT et TSPT-C cumulée.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

hommes gays et bisexuels. Enfin, deux études n'ont montré aucune différence entre les personnes LGBTQ+ et les personnes hétérosexuelles (60, 67).

3.2.2. Comparaison entre les minorités de genre et les personnes cisgenres

Quatre études ont comparé un échantillon de minorités de genre avec des personnes cisgenres. Trois d'entre elles ont montré que les minorités de genre rapportaient plus de symptômes de TSPT que les personnes cisgenres (61, 71, 73). Deux études se sont concentrées sur un échantillon non différencié de personnes transgenres et non binaires (71, 73), tandis que la troisième a distingué entre les personnes non binaires, les femmes transgenres, les hommes transgenres et de la diversité de genre, tous rapportant plus de symptômes de TSPT que les hommes cisgenres (61). Une seule étude n'a pas montré de différences en termes de symptômes de TSPT chez les personnes transgenres et de la diversité de genre en comparaison à un groupe d'hommes cisgenres et hétérosexuels (66).

3.4. Facteurs associés aux symptômes de TSPT.

La figure 4 synthétise l'ensemble des facteurs identifiés dans la littérature.

3.4.1. Niveau individuel.

3.4.1.1. Variables sociodémographiques.

Age.

Quinze études ont examiné le rôle de l'âge en relation avec la symptomatologie traumatique chez les personnes LGBTQI+. La plupart de ces études (n=10) n'ont trouvé aucune association significative entre l'âge des participants et les symptômes de TSPT (46, 50, 56, 59, 63, 80–84). Cependant, cinq études ont indiqué que les jeunes adultes LGBTQI+ pourraient être plus vulnérables aux

symptômes traumatiques (49, 57, 61, 65, 85). Une étude axée sur les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) a rapporté la tendance inverse : les jeunes adultes étaient moins susceptibles de rapporter un TSPT que leurs pairs plus âgés, bien que cette différence ne s'observait pas en prévalence vie entière (86).

Education.

Neuf études ont examiné les niveaux d'éducation des participants, avec cinq d'entre elles, principalement centrées sur des populations transgenres, ne montrant aucune association significative entre le niveau d'éducation et les symptômes de TSPT (56, 57, 59, 61, 66). Les quatre autres études, portant sur les minorités sexuelles et de genre, ont révélé une association négative : un niveau d'éducation plus élevé était lié à moins de symptômes de TSPT (46, 50, 65, 87).

Race et ethnie.

Dix études ont pris en compte la race et l'ethnie dans leurs analyses. La majorité d'entre elles (n=6) n'ont trouvé aucune association significative entre la race ou l'ethnie et les symptômes de TSPT (50, 56, 57, 65, 82, 88). Cependant, quatre études axées sur les minorités sexuelles ont montré des résultats différents selon les races ou les ethnies. Une étude portant sur un échantillon de HSH a révélé que les personnes hispaniques ou latino-américaines signalaient davantage de symptômes de TSPT que les personnes noires non hispaniques (89). Une autre étude, portant sur les femmes bisexuelles, a révélé que les femmes bisexuelles noires signalaient plus de symptômes que les autres femmes bisexuelles (74). Une troisième étude a montré que les individus blancs signalaient moins de symptômes dans le domaine de l'intrusion, mais cela ne se reflétait pas dans la symptomatologie globale par rapport aux individus non blancs (68).

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Figure 4. Facteurs identifiés dans la littérature.



Notes : + = association positive; - = association négative; * = résultats mixtes; ns = non significatif. Au centre de la figure se trouvent les principales catégories de variables identifiées, qui sont détaillées en allant vers l'extérieur de la figure.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Enfin, une étude portant sur les femmes LGB+ a montré que les femmes asio-américaines rapportaient moins de symptômes de TSPT que les femmes blanches, mais aucune différence n'a été trouvée entre les femmes blanches, afro-américaines et latino-américaines (90)

Stabilité financière.

L'insécurité financière est une préoccupation importante dans la population LGBTQI+, et dix études ont exploré son association avec les symptômes de TSPT. Les mesures de précarité financière variaient (seuil de pauvreté, revenu annuel, accès aux aides sociales, perception de la situation financière, insécurité alimentaire, etc.). Sept études ont montré une association positive entre la précarité et les symptômes de TSPT (50, 56, 59, 65, 82, 85, 91). Trois études ont analysé la stabilité du logement. Deux études chez des personnes transgenres ont montré que l'instabilité du logement était associée à une augmentation des symptômes de TSPT (56, 57). Toutefois, une étude portant sur les HSH⁹⁵ n'a trouvé aucun lien entre l'instabilité du logement et les symptômes de TSPT (82).

Emploi.

Seules deux études ont exploré le lien entre l'emploi et les symptômes de TSPT chez les personnes LGBTQI+. Une étude chez des personnes transgenres a révélé que les personnes au chômage présentaient plus de symptômes de TSPT que celles qui étaient en emploi (56). En revanche, une étude longitudinale menée par Landes et al. (46) chez des femmes lesbiennes et bisexuelles n'a montré aucune association entre l'emploi au cours des 24 derniers mois et les symptômes de TSPT.

Transition.

Trois études se sont spécifiquement penchées sur le parcours de transition chez les personnes transgenres, avec des résultats contrastés. Une étude a montré que les personnes transgenres ayant réalisé une transition médicale (hormones ou chirurgie) signalaient moins de symptômes de TSPT que celles qui ne l'avaient pas faite (57). Cependant, Peitzmeier et al. (59) n'ont observé aucune différence en termes de symptômes de TSPT entre les femmes transgenres ayant accès à un traitement hormonal et celles n'y ayant pas accès. Une autre étude a révélé que les personnes dont l'identité de genre n'était pas respectée en raison de leur expression de genre ressentaient plus de symptômes de TSPT (54). Ces résultats concordent avec ceux observés par Reisner et al. (57), qui ont constaté que les personnes transgenres dont l'identité trans était visible aux yeux des autres rapportaient également plus de symptômes. Étonnamment, les mêmes auteurs ont constaté que la transition sociale (i.e., vivre à plein temps selon son identité de genre) était associée à une augmentation des symptômes de TSPT. Ces résultats seront discutés plus en détail.

3.4.1.2. Adversités.

Caractéristiques de la violence.

Trois études ont examiné les caractéristiques des événements traumatiques. Une étude menée auprès de personnes LGBTQ a révélé que, chez les femmes lesbiennes et bisexuelles de l'échantillon, le fait d'avoir été agressées sexuellement par une ou plusieurs femmes était associé à une augmentation des symptômes par rapport à celles qui avaient été agressées par des hommes. Ce résultat n'a pas été observé chez les femmes hétérosexuelles de l'échantillon (69). Une autre étude menée auprès de personnes LGBTQ a montré que le temps écoulé depuis la dernière expérience de violence interpersonnelle était associé à une réduction des symptômes de TSPT (87). Enfin, une étude portant sur des HSH racisés ayant subi des abus sexuels pendant l'enfance n'a pas

⁹⁵ Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

démontré de lien entre l'âge de la première agression et les symptômes de TSPT (89).

Préjugés, stigmatisation et discriminations.

Neuf études ont exploré les conséquences des expériences de préjugés, de stigmatisation et de discrimination en termes de symptomatologie traumatique. Ces expériences variaient en fonction des outils de mesure utilisés, allant de remarques stigmatisantes à des comportements violents, mais elles étaient toutes liées à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre des victimes. Toutes les études (n=9) ont montré un lien entre les comportements anti-LGBTQI+ vécus et une augmentation de la symptomatologie traumatique (50, 51, 56, 57, 92, 93, 95–97). Certaines études ont montré des nuances intéressantes. Par exemple, pour les personnes bisexuelles recrutées dans l'étude d'Arnett et al. (92), le fait de subir des attitudes anti-bisexuelles avait un impact sur les symptômes de TSPT uniquement si ces attitudes provenaient de personnes hétérosexuelles, et non de personnes lesbiennes ou gays.

3.4.1.3. Perceptions et cognitions.

Stigmatisation internalisée.

L'intériorisation des remarques et comportements stigmatisants concernant l'orientation sexuelle ou l'identité de genre chez les personnes LGBTQI+ est bien documentée dans la littérature. Plusieurs études ont exploré le lien entre cette stigmatisation intériorisée et la symptomatologie traumatique (n=9). Ces études sont hétérogènes, tant au niveau des populations étudiées que des outils de mesure utilisés (homophobie/biphobie/transphobie intériorisée, hétérosexisme intériorisé, non-acceptation de son orientation sexuelle ou de son identité de genre, peur d'être perçu négativement). Cinq études ont montré que les signes de stigmatisation intériorisée étaient associés à une augmentation des symptômes de TSPT. Cette observation a été retrouvée auprès

de personnes bisexuelles (92), de femmes issues des minorités sexuelles (85, 95), de personnes transgenres (54) et de personnes LGBTQI+ en général (71).

L'étude de Stenersen et al. (87) a montré des résultats plus nuancés. Les auteurs ont souligné que le fait de s'attendre à ne pas être accepté en raison de son orientation sexuelle ou de son identité de genre était associé à une augmentation des symptômes de TSPT. Parallèlement, bien que les auteurs n'aient pas observé de lien entre les symptômes de TSPT et le désir de ne pas être LGBTQI+, vivre un processus d'acceptation difficile de son orientation sexuelle ou de son identité de genre pouvait être associé à plus de symptômes de TSPT.

Une autre étude a montré un lien entre l'homophobie intériorisée et le TSPT dans un échantillon de minorités sexuelles et de genre ayant subi des abus sexuels, mais pas dans un autre échantillon de victimes de violence conjugale (75).

Deux autres études n'ont pas démontré de lien entre l'acceptation de soi et le TSPT (56, 96). Enfin, certaines études ont exploré le rôle médiateur que peut jouer la stigmatisation intériorisée dans certaines associations avec le TSPT. Dans l'étude de Barr et al. (54), par exemple, la transphobie intériorisée expliquait la relation entre la discrimination ou la transmisogynie et une augmentation des symptômes de TSPT. Cependant, ce rôle médiateur n'a pas été retrouvé dans l'étude longitudinale de Dworkin et al. (95), où l'hétérosexisme intériorisé n'a pas joué un rôle médiateur entre les comportements hétérosexistes vécus et les symptômes de TSPT.

Honte.

Une étude a investigué le lien entre les sentiments de honte et la symptomatologie traumatique. Il est à noter que dans cette étude portant sur des femmes issues des minorités

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

sexuelles, les auteurs ont examiné le sentiment général de honte plutôt que spécifiquement en lien avec un événement. Bien que les auteurs n'aient pas observé de lien entre les cognitions liées à la honte (e.g., penser qu'on est mauvais ou sans valeur) et le TSPT, ils ont trouvé que les comportements en réponse aux sentiments de honte (e.g., éviter des personnes ou des situations) expliquaient la relation entre l'hétérosexisme intériorisé et les symptômes de TSPT (85).

Perceptions et cognitions post-traumatiques.

Quelques études ont examiné les perceptions des personnes quant à l'événement qu'elles ont vécu (n=2). Une étude, portant sur un échantillon de 245 personnes bisexuelles rapportant des événements constitutifs de viol, a montré que les personnes conscientes qu'il s'agissait d'un viol rapportaient plus de symptômes de TSPT que ceux qui ne qualifiaient pas leur vécu comme étant un viol (98). La deuxième étude a révélé que les personnes qui reliaient leur traumatisme à de la discrimination rapportaient plus de symptômes de TSPT que celles qui ne reliaient pas cet événement à leur orientation sexuelle ou identité de genre (96).

D'autres études ont examiné les cognitions post-traumatiques (n=2), à savoir certaines croyances ou sentiments négatifs que peuvent rapporter les personnes exposées à la violence. Les deux études se sont concentrées uniquement sur des minorités sexuelles. Une étude menée par Newins et al. (67) a montré une relation positive entre le sentiment de détresse lorsque d'autres ont le contrôle et les symptômes de TSPT, cette relation étant plus forte chez les minorités sexuelles que chez les personnes hétérosexuelles. La deuxième étude longitudinale a trouvé un lien significatif entre les cognitions post-traumatiques et les symptômes de TSPT rapportés un an plus tard. De plus, les auteurs ont souligné que vivre des événements hétérosexistes semblait être lié dans le temps à la gravité des symptômes de

TSPT via les croyances négatives sur soi que cela engendre (95).

3.4.1.4. Comportements.

3.4.1.4.1. Stratégies d'adaptation.

Stratégies de coping.

Plusieurs études ont examiné le lien entre les stratégies de coping et les symptômes de TSPT (n=6). Les résultats varient selon les stratégies évaluées. Deux études, centrées sur les minorités sexuelles, ont montré que les individus qui consommaient des substances pour faire face à leurs pensées ou émotions rapportaient plus de symptômes de TSPT (81,93). L'une de ces études a approfondi cette association en montrant que les événements hétérosexistes menaient à l'adoption de stratégies de coping basées sur la consommation de substances, ce qui exacerbait les symptômes de TSPT (93). Les auteurs ont observé le même effet avec d'autres stratégies face aux discriminations hétérosexistes, telles que l'intériorisation (e.g., se demander si c'est de sa faute) ou le détachement (e.g., éviter d'en parler aux autres).

Stenersen et al. (87) ont constaté que les comportements de recherche d'aide chez les personnes LGBTQI+ étaient associés à une symptomatologie traumatique plus faible, constituant ainsi un facteur protecteur. Ils ont également observé une association positive entre les comportements de dissimulation de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre et la présence de symptômes de TSPT.

D'autres auteurs ont étudié les stratégies d'adaptation axées sur la gestion de la colère et ont observé des résultats nuancés (99). Alors que la répression de la colère était positivement associée aux symptômes de TSPT chez les hommes homosexuels et les femmes lesbiennes, l'expression de la colère était uniquement associée à une augmentation des symptômes de TSPT chez les hommes homosexuels. Le fait de devoir dissimuler son

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

orientation sexuelle conduisait les hommes homosexuels et les femmes lesbiennes à réprimer leur colère, aggravant ainsi leurs symptômes de TSPT.

Enfin, trois études n'ont pas démontré de lien entre les stratégies d'adaptation et la symptomatologie traumatique. Les stratégies de coping impliquées étaient des stratégies de résolution de problèmes (82), axées sur la religion (99), ou sur la vigilance envers les personnes hétérosexuelles (44).

Hypervigilance.

Une étude a investigué les comportements d'hypervigilance. Bien que l'hypervigilance soit un symptôme du TSPT, les auteurs se sont concentrés ici sur les contextes dans lesquels cette hypervigilance pouvait se développer, ainsi que sur les comportements d'hypervigilance adoptés. Ils ont observé que seule l'hypervigilance envers les étrangers prédisait une augmentation des symptômes de TSPT, ce qui n'était pas le cas pour l'hypervigilance envers les personnes religieuses ou dans le cadre du contexte de travail. Parmi les comportements d'hypervigilance mesurés, le retrait social et la surveillance constante prédisaient une augmentation des symptômes de TSPT, mais pas le fait de dissimuler son identité LGBTQ+ (71).

3.4.1.4.2. Comportements de santé.

Activité physique.

Une seule étude a exploré le lien entre l'activité sportive et les symptômes de TSPT chez les minorités sexuelles, avec des résultats contrastés. Alors que la pratique sportive était positivement associée aux symptômes de TSPT chez les femmes lesbiennes, aucun lien n'a été démontré chez les hommes homosexuels (99).

Usage de substances.

L'usage de substances est un comportement fréquemment rapporté chez les personnes exposées à la violence. Bien qu'il puisse parfois être une stratégie d'adaptation, nous avons choisi de distinguer les études suivantes en raison de leur méthodologie, qui n'évaluait pas si ce comportement était perçu par les individus comme une stratégie face aux difficultés rencontrées. Les méthodologies des études varient, certaines couvrant une gamme de drogues, d'autres étant plus spécifiques (alcool, tabac, méthamphétamines).

Pour les études ne spécifiant pas le type de drogue, les résultats sont mitigés. Deux études ont montré une association positive entre l'usage de drogues multiples et les symptômes de TSPT, que ce soit chez un échantillon de jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (88) ou chez des personnes transgenres (57). En revanche, deux autres études n'ont pas montré d'associations avec la symptomatologie traumatique (89,100).

Concernant les études ciblant des substances spécifiques, la majorité se concentrait sur la consommation d'alcool (n=9). Les mesures variaient, allant du nombre de boissons rapportées aux signes d'un trouble de l'usage d'alcool. La plupart des études (n=5) ont montré un lien entre une consommation élevée d'alcool et les symptômes de TSPT (43,63,80,97,101). Une d'entre elles a souligné que les minorités sexuelles rapportaient plus de troubles de l'usage d'alcool comorbides avec des symptômes de TSPT au cours de l'année écoulée que les personnes hétérosexuelles (43). Enfin, quatre études n'ont pas démontré de lien entre la consommation d'alcool et la symptomatologie traumatique (47,81,89,99).

Deux études ont exploré l'usage du tabac en relation avec les symptômes de TSPT. L'une d'elles n'a pas montré de lien entre la consommation de tabac et la symptomatologie traumatique chez les personnes homosexuelles

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

(99). L'autre, portant sur un échantillon de personnes lesbiennes, bisexuelles et homosexuelles, a montré qu'en comparaison avec les personnes hétérosexuelles, seules les personnes bisexuelles rapportaient plus fréquemment un trouble de l'usage de tabac comorbide à un TSPT (43).

Enfin, une seule étude a exploré l'usage de méthamphétamines en relation avec la symptomatologie traumatique et n'a pas démontré de corrélation dans un échantillon d'HSH ayant subi des abus sexuels durant l'enfance (82).

Pratiques sexuelles.

Certaines études se sont concentrées sur les comportements sexuels à risque en relation avec les symptômes de TSPT (n=5). La plupart n'ont pas montré d'association avec la symptomatologie traumatique, que ce soit en termes de rapports sexuels non protégés chez des HSH racisés (89) et des personnes transgenres (82), ou en termes de sexe tarifé chez des femmes transgenres (59). Une étude a montré des résultats plus nuancés dans une population transgenre, avec aucun lien entre les comportements séro-adaptatifs (i.e., discuter de comportements sexuels moins à risques avec un partenaire) mais une association négative entre l'utilisation de la PrEP⁹⁶ et les symptômes de TSPT au cours de la semaine précédente (82).

Enfin, une étude portant sur des hommes gays et bisexuels a montré, dans une analyse en réseau, que des symptômes spécifiques de TSPT (i.e., évitement des pensées et des sentiments) étaient associés à des comportements sexuels à risque. Les auteurs ont noté que le groupe le moins enclin à des comportements sexuels à risque montrait la plus grande association avec les symptômes

d'hypervigilance. Ils ont émis l'hypothèse que, en l'absence de symptômes d'évitement, cette hypervigilance pourrait être protectrice vis-à-vis des comportements à risque (103).

3.4.1.5. Etat de santé.

Santé somatique.

Trois études ont pris en compte des indicateurs de santé somatique dans leurs analyses. L'une a examiné la relation entre l'indice de masse corporelle (IMC) et les symptômes de TSPT chez des jeunes femmes lesbiennes et bisexuelles, sans trouver d'association (80). Une autre étude s'est intéressée à la durée de sommeil autodéclarée au cours de la semaine précédente, et a démontré une association négative avec les symptômes de TSPT uniquement chez les femmes lesbiennes, mais pas chez les hommes homosexuels (99). Enfin, une étude portant sur la santé physique des personnes bisexuelles a trouvé une association négative entre l'état de santé physique et les symptômes de TSPT. Un mauvais état de santé (i.e., fonctionnement physique, limitations relationnelles liées à la santé, douleurs) était associé à une symptomatologie traumatique plus élevée (92).

Santé mentale.

Quinze études ont exploré l'association entre des variables de santé mentale et la présence de symptômes de TSPT. La majorité de ces études se sont concentrées sur la relation entre la dépression et le TSPT (n=15). Presque toutes (n=14) ont montré un lien positif entre la dépression et le TSPT (46,47,57,63,71,82–84,88,89,92,97,100,103). Une seule étude, portant sur un échantillon de 19 femmes transgenres noires, n'a pas trouvé de lien significatif entre le TSPT au cours de la vie et la dépression (94). La méthodologie d'une étude portant sur des HSH ayant subi des abus sexuels durant l'enfance se distingue par l'utilisation d'analyses de réseaux pour explorer le lien entre la dépression et le TSPT. Les auteurs ont souligné que les symptômes de

⁹⁶ Acronyme anglais pour Pre-Exposure Prophylaxis. S'adresse aux personnes qui n'ont pas le VIH et consiste à prendre un médicament afin de prévenir la contamination.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

dépression et de TSPT se regroupaient bien dans leurs diagnostics respectifs, mais que leurs symptômes étaient connectés par des nœuds clés impliquant des troubles du sommeil, des difficultés de concentration et une vision limitée de l'avenir (103).

Trois études ont pris en compte l'anxiété dans leurs analyses (47,89,100). Toutes portaient sur des échantillons de minorités sexuelles et ont montré une association positive entre l'anxiété et les symptômes de TSPT.

Une seule étude a abordé la tolérance à la détresse et a démontré que les HSH ayant subi des abus sexuels dans l'enfance et qui rapportaient une plus grande difficulté à tolérer la détresse avaient tendance à signaler plus de symptômes de TSPT au cours de la semaine précédente (82).

Certaines études ont exploré des variables supposées être protectrices vis-à-vis des symptômes de TSPT (n=3). Une étude, portant sur des HSH appartenant à une minorité raciale, a montré que le sentiment de contrôle sur sa santé mentale, le fait de rapporter des affects positifs, et la résilience étaient associés à une symptomatologie traumatique réduite (89). Ce résultat semble confirmé par une autre étude sur des personnes transgenres, qui a également trouvé que la résilience était associée à une réduction des symptômes de TSPT (56). Enfin, une étude a examiné la relation entre la satisfaction de vie et les symptômes de TSPT dans un échantillon LGBTQ+, observant qu'une plus grande satisfaction de vie était associée à une diminution de symptômes de TSPT (71).

3.4.2. Niveau interpersonnel.

Dans une perspective éco-systémique, le niveau interpersonnel inclut les interactions avec l'environnement immédiat, comme les parents, les amis, les relations amoureuses ou plus largement le monde qui nous entoure.

Partenaire de vie.

Une seule étude, axée sur des personnes transgenres, a pris en compte la présence d'un partenaire de vie dans ses analyses sur le TSPT. Les auteurs ont observé que les personnes ayant déclaré avoir un partenaire présentaient moins de symptômes de TSPT (56).

Parents souffrant de troubles mentaux.

Une étude portant sur de jeunes HSH a exploré leur perception de la santé mentale de leurs parents. Lorsque ces jeunes percevaient des troubles psychiatriques chez leurs parents (dépression, trouble bipolaire, schizophrénie), ces jeunes étaient également plus susceptibles de rapporter des symptômes de TSPT (88).

Ouverture sur son orientation sexuelle.

Peu d'études ont inclus le fait d'être ouvert sur son identité LGBTQI+ dans leurs analyses (n=2). L'une d'elles, impliquant des personnes LGBTQ+, a étudié deux échantillons : un exposé à la violence sexuelle et l'autre à la violence domestique. Les résultats suggèrent l'absence de lien entre l'ouverture sur l'orientation sexuelle et la symptomatologie traumatique, sauf dans l'échantillon exposé à la violence sexuelle (75). Une autre étude chez des personnes bisexuelles n'a pas trouvé d'association directe, mais a noté qu'être ouvert sur son orientation sexuelle augmentait le risque de discrimination, ce qui à son tour augmentait le risque de symptômes de TSPT (51).

Soutien social perçu.

Sept études ont pris en compte le soutien social perçu dans leurs analyses. Dans ces études, le soutien social perçu est conceptualisé différemment, se référant parfois à la famille, aux amis ou à un partenaire significatif, et parfois comme un concept global.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Quatre études ont évalué le soutien social global perçu. Trois d'entre elles ont montré une association négative entre le soutien global perçu et la symptomatologie traumatique chez les personnes transgenres (56, 101) et bisexuelles (50), tandis qu'une n'a trouvé aucun lien chez les étudiants LGBQA (63).

Quatre études ont considéré le soutien familial perçu. Pour trois d'entre elles, les personnes bisexuelles (50), LGB (76) et transgenres (83) qui percevaient un bon soutien de la part de leur famille rapportaient moins de symptômes de TSPT. Une seule étude, portant sur 89 femmes transgenres, n'a pas démontré de lien (101).

Quatre études ont pris en compte le soutien perçu des amis, la plupart d'entre elles montrant une association négative avec la symptomatologie traumatique (50, 83, 101), et une seule n'ayant pas démontré de lien (76).

Quatre études ont considéré le soutien perçu d'un partenaire significatif, dont deux ont observé une association négative avec la symptomatologie traumatique chez les personnes bisexuelles (50) et transgenres (83), et deux autres n'ayant pas trouvé de lien chez les personnes LGB (76) et transgenres (101).

Deux études supplémentaires n'ont pas spécifiquement évalué le soutien social, mais plutôt le rejet et l'acceptation. Une étude menée sur un échantillon LGBT a montré une augmentation des symptômes de TSPT et de TSPT-C chez les personnes ressentant un isolement ou ayant subi un rejet de la part de leur famille d'origine (44). Une autre étude, portant sur des personnes transgenres, a montré une diminution des symptômes de TSPT chez celles qui se sentaient acceptées par d'autres personnes transgenres (56).

Réponse sociale à l'événement potentiellement traumatique.

Deux études ont exploré la façon dont l'environnement social réagit après la

révélation d'un événement et son lien avec la symptomatologie traumatique. Les deux études ont montré des résultats nuancés.

L'étude de Salim et al. (97) note que les femmes bisexuelles qui ont vécu un rejet après avoir révélé leur agression sexuelle ont rapporté plus de symptômes de TSPT que celles qui n'ont pas subi de rejet. Cependant, des analyses plus approfondies ont montré que ces résultats n'ont été observés que lorsque la victime vivait dans un contexte négatif pour les personnes bisexuelles. Les auteurs ont également observé que la reconnaissance de l'événement accompagnée d'une réaction maladroite pouvait être associée à une augmentation des symptômes de TSPT, mais cette association n'a pas persisté dans les analyses de régression multiples.

Dans la deuxième étude (75), les auteurs ont également observé que les personnes qui se sentaient traitées différemment après avoir divulgué leur traumatisme rapportaient plus de symptômes de TSPT. La plupart des autres formes de réactions (i.e., égocentrisme, aide dans les démarches, distraction ou prise en charge) étaient également associées à une augmentation des symptômes de TSPT, mais cette association n'a pas persisté dans les analyses de régressions multiples. Les auteurs ont aussi noté que le fait d'être cru était associé à plus de symptômes de TSPT, principalement chez les victimes de violences domestiques. D'autres formes de réactions, telles que l'écoute ou le blâme, ne semblaient pas avoir d'impact sur la symptomatologie.

3.4.3. Niveau organisationnel

Le niveau organisationnel reflète l'environnement plus large dans lequel un individu évolue. Cela peut inclure à la fois l'environnement de travail, les institutions éducatives, les structures de soins de santé, ainsi que les centres LGBTQIA+.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Barrières dans l'accès aux soins.

Seules deux études ont pris en compte des aspects liés au niveau organisationnel en lien avec les symptômes de TSPT, toutes deux se concentrant sur les barrières dans l'accès aux soins pour les personnes transgenres. Sherman et al. (84) ont observé que le fait de rencontrer des barrières dans l'accès aux soins était associé à une augmentation de la symptomatologie traumatique. Dans leurs analyses, les auteurs ont souligné que l'expérience de barrières dans l'accès aux soins amplifiait également la relation entre l'exposition à de multiples formes de violence et les symptômes de TSPT. La deuxième étude était plus nuancée, notant que le fait d'éprouver des difficultés à accéder aux soins d'affirmation de genre au cours des mois précédents était associé à davantage de symptômes de TSPT, mais cette association n'a pas persisté après contrôle d'autres variables (56).

3.4.4. Niveau communautaire.

Le niveau communautaire reflète les interactions entre l'individu et le monde plus large. Il englobe des environnements dans lesquels l'individu n'est pas directement impliqué mais par lesquels il peut néanmoins être influencé au travers des normes et valeurs qu'ils peuvent véhiculer.

Quatre études ont pris en compte ces facteurs dans leurs analyses liées au TSPT. Par exemple, une étude a examiné les taux de criminalité dans les quartiers chez des HSH ayant subi des abus sexuels dans leur enfance, mais n'a pas montré d'association (82). Une autre étude, impliquant un petit échantillon de femmes transgenres noires, a exploré la relation entre leur sentiment de connexion avec la communauté transgenre et les symptômes de TSPT, et n'a également montré aucune association (84). Une troisième étude a investigué le lien avec l'exposition à l'information liée à la pandémie pendant la

crise sanitaire COVID-19 et a constaté que les minorités sexuelles et de genre les plus exposées aux nouvelles liées à la pandémie rapportaient plus de symptômes de TSPT (61). Enfin, une étude qui a considéré l'exposition aux discours anti-trans dans les médias a trouvé que plus les personnes transgenres étaient exposées à ce type de discours, plus elles rapportaient de symptômes de TSPT (65).

3.4.5. Niveau politique.

Le niveau politique inclut des éléments culturels et politiques qui peuvent affecter les individus, tels que les attitudes sociétales envers les personnes LGBTQIA+ ou le système juridique.

Une étude menée auprès de personnes transgenres vivant aux États-Unis a spécifiquement considéré le contexte politique dans ses analyses. Les auteurs ont observé que les personnes vivant dans des états où les politiciens cherchaient à faire passer des lois réduisant les droits des personnes trans rapportaient plus de symptômes de TSPT que celles qui vivaient dans des états épargnés par ces projets (55).

4. Discussion.

Les principaux objectifs de cette revue systématique de la littérature étaient de (a) explorer les prévalences du TSPT et du TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+ rapportées dans la littérature scientifique depuis 2010 ; et (b) identifier les facteurs associés aux symptômes de TSPT et de TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+. Parmi les 7 446 articles identifiés dans la littérature, 60 ont été sélectionnés pour analyse : 18 pour les analyses de prévalence et 57 pour les analyses des facteurs associés.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

4.1. Éléments cliniques.

4.1.1. Prévalences de TSPT et TSPT-C.

Les résultats de cette revue systématique de la littérature soulignent que les prévalences de TSPT rapportées dans les études sont particulièrement plus élevées que celles observées dans la population générale : à savoir environ 4,7 % pour le TSPT au cours de la dernière année (DSM-5) (104) et 7,3 % pour le TSPT/TSPT-C (CIM-11 ; prévalence cumulée) au cours de la vie (105).

L'observation d'une prévalence plus élevée est valable pour l'ensemble de la population LGBTQI+, mais certaines populations semblent particulièrement plus à risque. C'est notamment le cas des personnes bisexuelles, déjà identifiées comme plus à risque que d'autres pour d'autres problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression ou les idées suicidaires (12,106). Cette disparité s'explique en partie par l'exposition chronique à différents stéréotypes spécifiques à la bisexualité (e.g., remise en question de leur sexualité, infidélité potentielle, etc.), y compris au sein de la communauté LGBTQI+ (107).

Les prévalences de TSPT recueillies dans cette revue systématique sont encore plus élevées chez les personnes transgenres, où plusieurs facteurs (e.g., précarité, barrières à l'accès aux soins de santé, surexposition à la violence interpersonnelle) se combinent à certains stress spécifiques aux personnes LGBTQI+. Les personnes transgenres sont confrontés à diverses formes de stigmatisation (108) et semblent moins acceptés par la population générale que les personnes homosexuelles (109). La méta-analyse réalisée par Marchi et al. (24) sur les prévalences de TSPT chez les personnes LGBTQI+ soutient également nos résultats. L'étude de Marchi (24) est basée sur 27 études, en grande majorité différentes de celles incluses dans cette revue systématique (seulement deux études sont communes : (43,45)).

Certaines études incluses dans cette revue systématique ont montré des prévalences de TSPT particulièrement élevées. C'est notamment le cas de l'étude d'Ali et al. (52), qui a rapporté une prévalence de TSPT de 61,3 % chez les personnes LGB+ d'origine asiatique, et de l'étude de Harper et al. (45) réalisée dans l'ouest du Kenya, qui a rapporté une prévalence de TSPT de 52,3 % au sein de l'ensemble de l'échantillon LGBTQI+ et de 64,3 % spécifiquement au sein de l'échantillon de personnes transgenres. L'hétérogénéité des prévalences rapportées dans ces deux dernières études provient probablement des caractéristiques spécifiques de leurs échantillons. Les personnes recrutées par Ali et al. (52) vivent à l'intersection d'identités stigmatisées, impliquant l'orientation sexuelle et l'origine raciale. Cette intersection de différents stigmates peut rendre les individus particulièrement vulnérables à l'expérience de la violence (110) ou à la rencontre de barrières dans l'accès aux soins (111).

Harper et al. (45) soulignent également que les contextes culturels et politiques peuvent influencer l'exposition à la violence parmi les personnes LGBTQI+, tandis que les résultats de notre revue systématique peuvent avoir été influencés par une grande majorité d'études réalisées en Amérique du Nord. Plusieurs études internationales ont montré l'impact du contexte culturel et politique sur les expériences de cette population. En Europe, par exemple, dans un échantillon de 86 000 adultes LGB+ recrutés dans 28 pays différents, Bränström et al. (112) soulignent un lien direct entre la stigmatisation structurelle dans le pays et la victimisation. D'autres études soulignent que le contexte politique amène parfois les personnes LGBTQI+ à fuir leur pays en raison de la violence qu'ils subissent, les exposant à d'autres formes de violence tout au long de leur parcours migratoire (113).

4.1.2. Facteurs associés à la symptomatologie traumatique.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

4.1.2.1. Exposition à la violence.

L'expérience de la violence, en particulier la violence anti-LGBTQI+, a été systématiquement identifiée comme un facteur associé à l'augmentation des symptômes de TSPT. Cette observation est en accord avec la littérature scientifique sur le TSPT et le TSPT-C selon la CIM-11, soulignant que les facteurs principaux identifiés dans le développement du TSPT-C comprennent une exposition répétée à de la violence interpersonnelle dès le plus jeune âge, dont il est difficile de l'éviter ou de s'échapper (114).

Au-delà de la surexposition à la violence interpersonnelle, les caractéristiques de ces événements semblent également influencer le développement des symptômes de TSPT. Cela est suggéré par certaines études, comme celle de Keating et Muller (96), qui ont noté une augmentation des symptômes de TSPT lorsque le traumatisme rapporté était identifié comme lié à l'identité LGBTQI+. Une autre étude de Paquette et al. (69) a noté une augmentation de la symptomatologie lorsque des femmes lesbiennes et bisexuelles ont rapporté avoir été agressées sexuellement par d'autres femmes, par rapport à celles agressées par des hommes. Ces caractéristiques spécifiques de la violence impliquent probablement plusieurs facteurs, tels que le risque de révéler son orientation sexuelle ou son identité de genre en parlant de l'agression, le risque de renforcer les stéréotypes négatifs envers la communauté LGBTQI+ lorsque l'agresseur en fait partie, ou la construction d'une perception globale d'un monde insécure où la violence peut provenir à la fois de l'extérieur et de l'intérieur de la communauté LGBTQI+.

4.1.2.2. Comorbidités psychiatriques.

La présence de troubles comorbides, généralement psychiatriques (troubles anxieux (47,115,116), troubles dépressifs (71,82,94)), et parfois somatiques (92), a souvent été

associée à la présence de symptomatologie traumatique. Ce constat est cohérent avec la littérature existante sur les défis en matière de santé mentale auxquels sont confrontés les personnes LGBTQI+, qui sont surexposées à diverses issues négatives en matière de santé mentale par rapport à la population générale (117). Cette observation n'est pas surprenante étant donné que la surexposition à la violence, commençant dès l'enfance, est un facteur majeur dans le développement de psychopathologies (3,118,119). Étonnamment, aucune étude incluse n'a exploré le lien entre le TSPT et d'autres variables importantes telles que les symptômes dissociatifs ou les idées suicidaires.

Encore une fois, cette revue n'a pas pu clarifier si la présence d'autres troubles rend les personnes LGBTQI+ plus vulnérables à la symptomatologie traumatique ou si ces troubles surviennent après une symptomatologie traumatique non traitée, ce qui est fréquemment observé chez les patients signalant un TSPT-C chronique (120). Il est très probable que les deux scénarios soient vrais, soulignant l'importance d'identifier les symptômes rapportés par les personnes LGBTQI+ dans la pratique clinique, tant pour prévenir le développement d'autres troubles que pour des fins thérapeutiques dans le traitement des troubles identifiés.

4.1.2.3. Stratégies d'adaptation.

Dans un contexte d'exposition à de la violence, les personnes LGBTQI+ peuvent adopter diverses stratégies ou comportements d'adaptation. Cependant, la conception des études incluses et, par conséquent, les résultats de notre revue systématique ne permettent pas de déterminer si l'utilisation de ces stratégies explique l'apparition de symptômes de TSPT ou si la symptomatologie traumatique est responsable de l'utilisation de ces stratégies. Par exemple, plusieurs études ont montré un lien entre l'usage de substances et le TSPT (63,97), et une méta-analyse montre une

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

comorbidité plus élevée chez les femmes LGB+ que chez les femmes hétérosexuelles (121). L'hypothèse selon laquelle la consommation d'alcool pourrait être une stratégie d'automédication dans le cas du TSPT est soutenue par la littérature (122). D'autres auteurs soulignent qu'au-delà d'être une stratégie d'adaptation, les troubles liés à l'utilisation de substances et le TSPT pourraient partager des mécanismes neurobiologiques communs (123).

De plus, une étude a exploré l'adoption de comportements d'hypervigilance en relation avec la symptomatologie traumatique (71). Il est à noter que l'hypervigilance était conceptualisée comme une stratégie d'adaptation, même si elle semble être plutôt un facteur de risque. L'hypothèse d'un comportement d'hypervigilance adaptatif dans le contexte de violence chronique a également trouvé un soutien dans d'autres études, comme chez de jeunes hommes racialisés aux États-Unis (124).

Bien que l'hypervigilance soit souvent décrite comme une stratégie particulièrement coûteuse, elle est fréquemment rapportée par les personnes LGBTQIA+ pour faire face à divers contextes de leur vie (125). Il semble difficile de considérer l'hypervigilance uniquement en terme de stratégie adaptative ou, inversement, uniquement en terme de symptomatologie traumatique, bien qu'elle en constitue une dimension centrale (126). Ces symptômes jouent probablement un rôle dans un système complexe d'exposition chronique à la violence et d'absence de stratégies d'adaptation efficaces.

4.1.2.4. Enjeux relatifs à la transition de genre.

Des enjeux spécifiques liés à la transition de genre ont été identifiés chez les minorités de genre, bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour les préciser. L'aspect protecteur de l'accès à la transition médicale

sur les symptômes de TSPT semble flou, une étude ayant observé une diminution des symptômes de TSPT chez les personnes ayant réalisé une transition médicale (57), tandis qu'une autre n'a pas trouvé de lien (59). Plusieurs problèmes méthodologiques s'entrecroisent et limitent certainement les interprétations. Par exemple, les deux études citées ont comparé des individus qui avaient ou non effectué une transition médicale et manquaient de clarté dans la conceptualisation de la transition médicale, certaines personnes transgenres pouvant ne pas ressentir le besoin de transitionner médicalement. Par conséquent, les vécus sont nécessairement différents entre une personne souhaitant effectuer une transition médicale mais n'ayant pas la possibilité, et une personne ayant la possibilité mais n'en ressentant pas le besoin. De plus, d'autres variables influencent probablement la relation entre la transition et les symptômes de TSPT. Cela est particulièrement évident dans les articles inclus, qui, contrairement à ce que nous pourrions attendre (127), montrent une augmentation des symptômes de TSPT chez les personnes ayant effectué une transition sociale (57). Plusieurs études suggèrent que la transition sociale en elle-même n'est pas responsable de cette majoration des symptômes. En effet, l'expérience de la transition sociale, surtout lorsque le *passing*⁹⁷ ne permet pas de dissimuler son identité transgenre, augmente le risque d'exposition à des adversités allant des micro-agressions aux crimes de haine (54,57,128), augmentant ainsi le risque de symptomatologie traumatique. Ce constat est plus généralement applicable à la population LGBTQIA+, où le fait d'être ouvert sur son orientation sexuelle ou son identité de genre semble être associé à un risque accru d'exposition à la violence (129).

4.2. Éléments méthodologiques.

⁹⁷ Fait d'être reconnu et identifié comme appartenant à un genre social, une classe sociale, une race sociale, etc., par la société, les individus et/ou soi-même.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

4.2.1. Défis conceptuels de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre.

Certains défis conceptuels et méthodologiques doivent être soulignés dans le cadre de cette revue systématique. Tout d'abord, il convient de noter que la définition même de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre varie d'une étude à l'autre. Par exemple, certaines études conceptualisent l'orientation sexuelle en fonction de comportements (e.g., « Avez-vous eu des rapports sexuels ou participé à une activité sexuelle avec quelqu'un du même sexe que vous ? ») (103), tandis que d'autres la conceptualisent en fonction de l'identité auto-déclarée (e.g., « Vous vous identifiez comme... ») (49). Certaines études incluent les deux options dans leurs questionnaires sociodémographiques, complétées par la possibilité d'avoir une attirance pour des personnes du même sexe sans avoir nécessairement eu de rapports sexuels (e.g., « Au cours de l'année écoulée, vous êtes-vous senti physiquement attiré par des personnes du même sexe que vous ? ») (75).

En ce qui concerne l'identité de genre, diverses opérationnalisations du genre sont également observées, allant de l'auto-déclaration (e.g., « Quelle est votre identité de genre actuelle ? ») (66) à une méthodologie en deux étapes demandant d'abord le sexe assigné à la naissance (e.g., « Quel était le sexe qui vous a été assigné à la naissance ? ») et ensuite l'identité de genre actuelle (e.g., « Je m'identifie comme... ») (49).

Cette variabilité dans l'opérationnalisation de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre conduit nécessairement à une variabilité dans les profils recrutés. Par exemple, certaines personnes ayant des comportements homosexuels pourraient s'identifier comme hétérosexuelles si l'orientation sexuelle est opérationnalisée uniquement en termes d'identité. Cette variabilité dans les profils conduit probablement à une variabilité dans les

résultats ; les personnes recrutées en fonction de comportements homosexuels peuvent être plus à risque d'exposition à diverses formes de violence par rapport aux personnes s'identifiant comme homosexuels sans avoir eu de rapports homosexuels.

4.2.2. Défis statistiques et méthodologiques dans la recherche sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

Un autre défi méthodologique dans la recherche impliquant des personnes LGBTQIA+ concerne le traitement méthodologique et statistique des résultats. La grande majorité des études incluses étaient rétrospectives, certaines choisissant de regrouper différents profils d'orientations sexuelles ou d'identités de genre, diluant ainsi les spécificités existantes de chaque groupe. Cette pratique est plus largement reflétée dans la littérature scientifique concernant les personnes LGBTQIA+ (130) et peut indiquer des difficultés de recrutement ou d'obtention de moyens financiers pour déployer des méthodologies plus robustes. Cela se fait souvent au détriment des populations les plus vulnérables et les plus difficiles à atteindre.

À cet égard, il convient de mentionner les profils qui n'apparaissent pas dans les résultats de cette revue systématique : aucune étude incluse n'a fourni de résultats concernant les personnes intersexes. Cette observation s'explique probablement par la conception des études incluses, nécessairement quantitatives, qui est un format de recherche minoritaire auprès des personnes intersexes (131), probablement en raison des défis liés à l'obtention d'un échantillon robuste. Il convient de noter qu'une étude, non incluse en raison de nos critères d'inclusion, a montré que dans un échantillon de 198 adultes intersexes, 40,9 % avaient déclaré avoir été diagnostiqués avec un PTSD (132). Ces résultats suggèrent que les personnes intersexes constituent une population particulièrement vulnérable qui doit être reconnue et soutenue.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

4.2.3. Défis conceptuels et méthodologiques du TSPT.

Au-delà des défis spécifiques liés aux méthodologies de recherche impliquant des personnes LGBTQI+, il est également important de souligner les limitations rencontrées dans cette revue systématique concernant la conceptualisation du TSPT. Bien que les études incluses aient dû évaluer la symptomatologie traumatique en se référant à une classification reconnue (DSM, CIM) et utiliser des outils validés, il existe une hétérogénéité dans la qualité des outils utilisés, certaines études optant pour des versions courtes de questionnaires auto-administrés. De plus, les études pouvaient s'appuyer sur différentes classifications (i.e., DSM-IV, DSM 5, CIM-11), conduisant à différentes conceptualisations du TSPT en termes de dimensions, et même en termes de diagnostics avec l'introduction du diagnostic de TSPT-C dans la CIM-11. Bien que les personnes LGBTQI+ soient massivement exposés aux facteurs de risque identifiés dans le développement du TSPT-C et que certains auteurs plaident pour une prise en compte plus spécifique de cette symptomatologie dans la population LGBTQI+ (133,134), seule une étude incluse a évalué le TSPT-C (44).

4.3. Forces et limites de l'étude.

À ce jour et à notre connaissance, cette étude est la première à mener une revue systématique de la littérature sur les facteurs associés aux symptômes de TSPT chez les personnes LGBTQI+. Ce travail complet, d'un point de vue différent, la récente méta-analyse sur la prévalence du TSPT chez les personnes LGBTQI+ (135). La principale force de notre travail réside dans la rigueur inhérente aux revues systématiques, fournissant un résumé condensé de la littérature sur le TSPT chez les personnes LGBTQI+ publiée ces dernières années. Les contributions de cette étude sont nombreuses tant pour la pratique clinique que pour la recherche, soulignant que le TSPT

constitue un enjeu de santé publique chez les personnes LGBTQI+.

Nous espérons que cette revue systématique trouvera sa place à différents niveaux :

Pour les cliniciens, ce travail constitue une ressource majeure pour mettre à jour leurs connaissances en soulignant l'importance d'une évaluation systématique de l'exposition à la violence et des symptômes de TSPT chez les patients LGBTQI+. Identifier les facteurs influençant la symptomatologie traumatique apparaît comme un aspect important à considérer dans le travail thérapeutique.

Pour les chercheurs, cette revue systématique fournit un aperçu condensé des facteurs évalués dans la littérature sur le TSPT chez les personnes LGBTQI+ jusqu'à présent. Elle sert de fondation pour explorer des associations avec le TSPT qui n'ont pas été étudiées de manière exhaustive au sein de la communauté LGBTQI+ (e.g., dissociation) ou qui nécessitent des investigations supplémentaires (e.g., la race et l'ethnicité, la transition, les barrières dans l'accès aux soins).

Nous espérons également que ce travail pourra être utilisé par des personnes LGBTQI+ et des associations dans leurs interactions avec les autorités publiques afin de plaider en faveur d'un soutien institutionnel pour les personnes LGBTQI+ exposées à la violence.

Certaines limitations doivent être reconnues. L'une des principales limitations est que, à travers ce travail, nous avons cherché à offrir une synthèse complète des facteurs associés au TSPT chez les personnes LGBTQI+. Dans cette démarche, nous avons dû naviguer entre la synthèse et la précision. Pour rester accessible, nous avons choisi de regrouper des profils avec plusieurs caractéristiques, ce qui pourrait lisser certaines spécificités. Cela est particulièrement vrai pour les minorités de genre, où des enjeux spécifiques liés à la transition peuvent avoir été observés et qui ne sont pas présents chez les minorités sexuelles.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Il est certain que des revues systématiques se concentrant spécifiquement sur le TSPT dans certains groupes de la population LGBTQI+ sont nécessaires. Cela est mis en évidence dans les propositions faites par Lépine et al. (136) dans une revue systématique sur les facteurs post-agression impliqués dans le TSPT chez les hommes gays, ou Scheer et al. (121) dans une méta-analyse sur le TSPT et la consommation d'alcool chez les femmes LGB+. Nous espérons que de futures recherches viendront compléter ces travaux.

De plus, en raison des méthodologies principalement exploratoires et rétrospectives des études incluses, cette revue systématique ne permet pas d'inférer une causalité pour la majorité des variables identifiées. L'hétérogénéité des méthodes d'évaluation de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre dans la littérature scientifique rend particulièrement difficile la réalisation de méta-analyses et de revues systématiques dans ce domaine. Malgré notre vigilance, il est probable que certaines études présentées comme portant uniquement sur des minorités sexuelles puissent également inclure des minorités de genre qui n'ont pas été identifiées dans les questions sociodémographiques.

Enfin, l'évaluation systématique de l'exposition à un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants n'a pas été un critère dans la sélection des études. Ce choix reflète un biais dans les études existantes, qui n'évaluent pas toujours la présence du critère A du PTSD. Cela a pu influencer les résultats rapportés dans cette revue systématique et souligne la nécessité de futures études plus rigoureuses.

4.4. Perspectives.

Il est important pour les chercheurs travaillant dans le domaine du TSPT de prendre davantage en compte les minorités sexuelles et de genre dans leurs protocoles, d'autant plus que cela impliquerait seulement d'ajouter quelques éléments à leur protocole de

recherche. Des recommandations existent déjà pour la collecte inclusive d'informations sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre dans les études (137,138).

Nos résultats soulignent également l'importance d'aller au-delà de l'évaluation du TSPT et d'explorer les symptômes de TSPT-C. Certains outils, comme l'ITQ (42), rendent son évaluation possible à un coût relativement faible en termes de temps d'administration.

Bien que certains facteurs aient déjà été largement étudiés, d'autres méritent encore une exploration pour identifier leur rôle dans la symptomatologie traumatique des personnes LGBTQI+ (e.g., la dissociation). De plus, nous encourageons l'utilisation de conceptions méthodologiques plus robustes pour traiter les nombreux biais identifiés dans les articles inclus. À un coût réduit, il s'agirait par exemple de considérer les minorités sexuelles et de genre dans les questions sociodémographiques des études épidémiologiques existantes.

Sur le plan thérapeutique, il semble nécessaire que les professionnels soutenant les personnes LGBTQI+ soient formés à l'identification et à la prise en charge du psycho-trauma. De même, les professionnels formés à la prise en charge du psycho-trauma doivent être sensibilisés aux enjeux LGBTQI+ afin de se sentir compétents pour accueillir cette population, étant donné qu'un nombre significatif de personnes LGBTQI+ est susceptible de rechercher une thérapie (139).

L'accès à des soins adaptés aux besoins spécifiques des personnes LGBTQI+ est une question d'accès au droit et de santé publique. Certaines options de soins qui répondent aux besoins spécifiques des personnes LGBTQI+ existent aujourd'hui et se sont révélées pertinentes (e.g., groupes de soutien pour les personnes concernées, soutien parent-enfant). Cependant, il est certain que les techniques existantes pour traiter le TSPT/TSPT-C

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

conviennent également aux personnes LGBTQI+, bien que des facteurs de stress spécifiques à cette population doivent être pris en compte (140). Il est donc nécessaire de faciliter l'accès de ces populations à ces options de soins à différents niveaux (e.g., accessibilité financière, offres de soins dans les structures publiques, formation professionnelle, etc.).

Déclarations.

Accord éthique et consentement de participation. Non applicable.

Financement. Non applicable.

Mise à disposition des données et du matériel. Toutes les données générées ou analysées au cours de cette étude sont incluses dans l'article et dans les informations complémentaires.

Consentement à la publication. Non applicable.

Déclaration de conflits d'intérêts. Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs. WP, HF et BQ ont contribué à la conception ou la réalisation du travail. WP et HF ont contribué au recueil de données. WP, HF, MH et BQ ont contribué à l'interprétation des données. HF, MH et BQ ont contribué à la révision de l'article. WP, HF, MH et BQ ont approuvé la version soumise et ont convenu d'être personnellement responsables de leurs propres contributions et de veiller à ce que les questions liées à l'exactitude ou à l'intégrité de toute partie du travail soient correctement examinées et résolues.

Remerciements. Merci à Louis Hébrard (Doctorant en Psychologie, INSERM U1219 Bordeaux Population Health) pour son aide sur les aspects méthodologiques.

Références bibliographiques.

1. Pride month 2023: 9 % of adults identify as LGBT+ | Ipsos [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 19]. Available from: <https://www.ipsos.com/en/pride-month-2023-9-of-adults-identify-as-lgbt>
2. D'Amico E, Julien D. Disclosure of Sexual Orientation and Gay, Lesbian, and Bisexual Youths' Adjustment: Associations with Past and Current Parental Acceptance and Rejection. *J GLBT Fam Stud.* 2012 May 1;8(3):215–42.
3. Jonas L, Salazar de Pablo G, Shum M, Nosarti C, Abbott C, Vaquerizo-Serrano J. A systematic review and meta-analysis investigating the impact of childhood adversities on the mental health of LGBT+ youth. *JCPP Adv.* 2022;2(2):e12079.
4. Mara LC, Ginieis M, Brunet-Icart I. Strategies for Coping with LGBT Discrimination at Work: a Systematic Literature Review. *Sex Res Soc Policy.* 2021 Jun 1;18(2):339–54.
5. Katz-Wise SL, Hyde JS. Victimization Experiences of Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals: A Meta-Analysis. *J Sex Res.* 2012 Mar 1;49(2–3):142–67.
6. Kasproski D, Fischer M, Chen X, de Vries L, Kroh M, Kühne S, et al. LGBTQI* People in Germany Face Staggering Health Disparities. *DIW Wkly Rep.* 2021;11(5/6):42–50.
7. Kia H, Robinson M, MacKay J, Ross LE. Poverty in lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and two-spirit (LGBTQ2S+) populations in Canada: an intersectional review of the literature. *J Poverty Soc Justice.* 2020 Feb 1;28(1):21–54.
8. Zeeman L, Sherriff N, Browne K, McGlynn N, Mirandola M, Gios L, et al. A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

inequalities. *Eur J Public Health*. 2019 Oct 1;29(5):974–80.

9. Aylagas-Crespillo M, García-Barbero Ó, Rodríguez-Martín B. Barriers in the social and healthcare assistance for transgender persons: A systematic review of qualitative studies. *Enferm Clínica Engl Ed*. 2018 Jul 1;28(4):247–59.

10. Keating L, Muller RT. LGBTQ+ based discrimination is associated with ptsd symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among LGBTQ+ adults who have experienced Trauma. *J Trauma Dissociation*. 2020 Jan 1;21(1):124–41.

11. Liu RT, Sheehan AE, Walsh RFL, Sanzari CM, Cheek SM, Hernandez EM. Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2019 Dec 1;74:101783.

12. Ross LE, Salway T, Tarasoff LA, MacKay JM, Hawkins BW, Fehr CP. Prevalence of Depression and Anxiety Among Bisexual People Compared to Gay, Lesbian, and Heterosexual Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Res*. 2018 Jun 13;55(4–5):435–56.

13. 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.

14. Su D, Irwin JA, Fisher C, Ramos A, Kelley M, Mendoza DAR, et al. Mental Health Disparities Within the LGBT Population: A Comparison Between Transgender and Nontransgender Individuals. *Transgender Health*. 2016 Dec;1(1):12–20.

15. Shipherd JC, Maguen S, Skidmore WC, Abramovitz SM. Potentially Traumatic Events in a Transgender Sample: Frequency and Associated Symptoms. *Traumatology*. 2011 Jun 1;17(2):56–67.

16. Schnarrs PW, Stone AL, Salcido R, Baldwin A, Georgiou C, Nemeroff CB. Differences in adverse childhood experiences (ACEs) and quality of physical and mental health between transgender and cisgender sexual minorities. *J Psychiatr Res*. 2019 Dec 1;119:1–6.

17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.

18. ICD-11 [Internet]. [cited 2024 Mar 19]. Available from: <https://icd.who.int/en/>

19. Hyland P, Murphy J, Shevlin M, Vallières F, McElroy E, Elklit A, et al. Variation in post-traumatic response: The role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52:727–36.

20. Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL, Pynoos RS, Spiegel D, Lewis-Fernandez R, et al. A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *PloS One*. 2013;8(4):e59236.

21. Roberts AL, Austin SB, Corliss HL, Vandermorris AK, Koenen KC. Pervasive trauma exposure among US sexual orientation minority adults and risk of posttraumatic stress disorder. *Am J Public Health*. 2010;100(12):2433–41.

22. Hyland P, Karatzias T, Shevlin M, McElroy E, Ben-Ezra M, Cloitre M, et al. Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for DSM-5. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2021;13(2):133.

23. Briere J, Runtz M, Rodd K. Social maltreatment as trauma: Posttraumatic correlates of a new measure of exposure to sexism, racism, and cisheterosexism. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2024;

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

24. Marchi M, Travascio A, Uberti D, Micheli ED, Grenzi P, Arcolin E, et al. Post-traumatic stress disorder among LGBTQ people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2023 Jan;32:e44.
25. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021 Mar 29;372:n71.
26. Martin V, Renaud J, Dagenais P. Les normes de production des revues systématiques : Guide méthodologique [Internet]. Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux; 2013 Apr. Available from: <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550675525.pdf>
27. Lee JGL, Ylioja T, Lackey M. Identifying Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Search Terminology: A Systematic Review of Health Systematic Reviews. *PLOS ONE.* 2016 May 24;11(5):e0156210.
28. Corporation for Digital Scholarship. Zotero (6.0.36) [Internet]. 2024. Available from: <https://www.zotero.org/>
29. Infection prevention and control guidelines critical appraisal tool kit. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2014.
30. Forkus SR, Raudales AM, Rafiuddin HS, Weiss NH, Messman BA, Contractor AA. The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist for DSM-5: A systematic review of existing psychometric evidence. *Clin Psychol Sci Pract.* 2023;30(1):110.
31. Wilkins KC, Lang AJ, Norman SB. Synthesis of the psychometric properties of the PTSD checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depress Anxiety.* 2011;28(7):596–606.
32. Williamson ML, Stickley MM, Armstrong TW, Jackson K, Console K. Diagnostic accuracy of the Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) within a civilian primary care sample. *J Clin Psychol.* 2022;78(11):2299–308.
33. Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, et al. The primary care PTSD screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): development and evaluation within a veteran primary care sample. *J Gen Intern Med.* 2016;31(10):1206–11.
34. Hasin DS, Shmulewitz D, Stohl M, Greenstein E, Aivadyan C, Morita K, et al. Procedural validity of the AUDADIS-5 depression, anxiety and post-traumatic stress disorder modules: Substance abusers and others in the general population. *Drug Alcohol Depend.* 2015;152:246–56.
35. Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Smith SM, Saha TD, Pickering RP, et al. The alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of new psychiatric diagnostic modules and risk factors in a general population sample. *Drug Alcohol Depend.* 2008;92(1–3):27–36.
36. Zlotnick C, Davidson J, Shea MT, Pearlstein T. Validation of the Davidson Trauma Scale in a sample of survivors of childhood sexual abuse. *J Nerv Ment Dis.* 1996;
37. Sundin EC, Horowitz MJ. Impact of Event Scale: psychometric properties. *Br J Psychiatry.* 2002;180(3):205–9.
38. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychol Assess.* 1997;9(4):445.
39. First MB, Gibbon M. The structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I) and the structured clinical interview for DSM-IV axis II disorders (SCID-II). 2004;

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

40. Elliott DM, Briere J. Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse Negl.* 1992;16(3):391–8.
41. Breslau N, Peterson EL, Kessler RC, Schultz LR. Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 1999;156(6):908–11.
42. Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, Bisson JI, Roberts NP, Maercker A, et al. The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand.* 2018;138(6):536–46.
43. Evans-Polce RJ, Kcomt L, Veliz PT, Boyd CJ, McCabe SE. Alcohol, Tobacco, and Comorbid Psychiatric Disorders and Associations With Sexual Identity and Stress-Related Correlates. *Am J Psychiatry.* 2020 Nov;177(11):1073–81.
44. Charak R, Cano-Gonzalez I, Ronzón-Tirado R, Ford JD, Byllesby BM, Shevlin M, et al. Factor structure of the international trauma questionnaire in trauma exposed LGBTQ+ adults: Role of cumulative traumatic events and minority stress heterosexist experiences. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* 2023;15(4):628–36.
45. Harper GW, Crawford J, Lewis K, Mwochi CR, Johnson G, Okoth C, et al. Mental Health Challenges and Needs among Sexual and Gender Minority People in Western Kenya. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Feb 1;18(3).
46. Landes SJ, Jaffe AE, McBain SA, Feinstein BA, Rhew IC, Kaysen DL. Prospective predictors of work limitations in young adult lesbian and bisexual women: An examination of minority stress, trauma exposure, and mental health. *Stigma Health* [Internet]. 2021 Feb 4; Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=2021-13608-001&lang=fr&site=ehost-live>
47. Kaysen D, Rhew IC, Bittinger J, Bedard-Gilligan M, Garberson LA, Hodge KA, et al. Prevalence and Factor Structure of PTSD in DSM-5 Versus DSM-IV in a National Sample of Sexual Minority Women. *J Interpers Violence.* 2019 Dec 13;886260519892960.
48. McCabe SE, Hughes TL, West BT, Evans-Polce RJ, Veliz PT, Dickinson K, et al. Sexual Orientation, Adverse Childhood Experiences, and Comorbid DSM-5 Substance Use and Mental Health Disorders. *J Clin Psychiatry.* 2020 Dec 1;81(6).
49. Ross LE, Bauer GR, MacLeod MA, Robinson M, MacKay J, Dobinson C. Mental health and substance use among bisexual youth and non-youth in Ontario, Canada. *PloS One.* 2014;9(8):e101604.
50. Woulfe JM, Mereish EH, Katz-Wise SL. Social Support as a Mediator of Anti-Bisexual Prejudice and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *J Trauma Dissociation.* 2022 Feb 1;23(1):124–39.
51. Watson LB, Velez B, Craney RS, Greenwalt SK. The cost of visibility: Minority stress, sexual assault, and traumatic stress among bisexual women and gender expansive people. *J Bisexuality.* 2022 Oct;22(4):513–38.
52. Ali SH, Mohaimin S, Dhar R, Dhar M, Rahman F, Roychowdhury L, et al. Sexual violence among LGB+ South Asian Americans: Findings from a community survey. *PLoS ONE* [Internet]. 2022 Feb 24;17(2). Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2022-40018-001&lang=fr&site=ehost-live>
53. Andrew SJ, Cogan CM, Scholl JA, Davis JL. Nightmares as a unique predictor of suicide risk in a transgender and gender diverse sample. *Dreaming.* 2020 Dec;30(4):329–37.
54. Barr SM, Snyder KE, Adelson JL, Budge SL. Posttraumatic stress in the trans community: The roles of anti-transgender bias,

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

non-affirmation, and internalized transphobia. *Psychol Sex Orientat Gend Divers* [Internet]. 2021 Sep 2; Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=2021-80260-001&lang=fr&site=ehost-live>

55. Hughto JMW, Meyers DJ, Mimiaga MJ, Reisner SL, Cahill S. Uncertainty and confusion regarding transgender non-discrimination policies: Implications for the mental health of transgender americans. *Sex Res Soc Policy J NSRC* [Internet]. 2021 Jun 11; Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2021-56411-001&lang=fr&site=ehost-live>

56. McDowell MJ, Hughto JMW, Reisner SL. “Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults”: Correction. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2019 Jan 28;19. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2019-05304-001&lang=fr&site=ehost-live>

57. Reisner SL, White Hughto JM, Gamarel KE, Keuroghlian AS, Mizock L, Pachankis JE. Discriminatory experiences associated with posttraumatic stress disorder symptoms among transgender adults. *J Couns Psychol*. 2016 Oct;63(5):509–19.

58. Wolford-Clevenger C. A daily diary study of intrusive PTSD symptoms and suicidal ideation among transgender and gender diverse adults. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2021 Oct;13(7):768–71.

59. Peitzmeier SM, Wirtz AL, Humes E, Hughto JMW, Cooney E, Reisner SL. The transgender-specific intimate partner violence scale for research and practice: Validation in a sample of transgender women. *Soc Sci Med* [Internet]. 2021 Dec;291. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2022-14360-001&lang=fr&site=ehost-live>

60. Anderson RE, Wandrey RL, Klossner SC, Cahill SP, Delahanty DL. Sexual minority status and interpersonal victimization in college men. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2017 Mar;4(1):130–6.

61. Clark KD, Lunn MR, Sherman ADF, Bosley HG, Lubensky ME, Obedin-Maliver J, et al. COVID-19 News and Its Association With the Mental Health of Sexual and Gender Minority Adults: Cross-sectional Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2022 May 30;8(5):e34710.

62. Day NE, Meglich P, Porter TH. Comparing the relationship of workplace bullying and PTSD in bisexual versus monosexual workers. *Psychol Sex Orientat Gend Divers* [Internet]. 2022 Jun 6; Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=2022-66874-001&lang=fr&site=ehost-live>

63. DeLaney EN, Williams CD, Mosley DV, Hawn SE, Dick DM. The Associations Between Sexual Victimization and Health Outcomes Among LGBQA College Students: Examining the Moderating Role of Social Support. *J Interpers Violence*. 2022 Jun;37(11/12):NP10393–417.

64. Dunbar MS, Siconolfi D, Rodriguez A, Seelam R, Davis JP, Tucker JS, et al. Alcohol use and cannabis use trajectories and sexual/gender minority disparities in young adulthood. *Psychol Addict Behav*. 2022 Aug;36(5):477–90.

65. Hughto JMW, Pletta D, Gordon L, Cahill S, Mimiaga MJ, Reisner SL. Negative transgender-related media messages are associated with adverse mental health outcomes in a multistate study of transgender adults. *LGBT Health*. 2021 Jan;8(1):32–41.

66. Kammer-Kerwick M, Wang A, McClain T, Hoefler S, Swartout KM, Backes B, et al. Sexual Violence Among Gender and Sexual Minority College Students: The Risk

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

and Extent of Victimization and Related Health and Educational Outcomes. *J Interpers Violence*. 2019 Nov 5;886260519883866.

67. Newins AR, Wilson LC, Kanefsky R. Does sexual orientation moderate the relationship between posttraumatic cognitions and mental health outcomes following sexual assault? *Psychol Sex*. 2021 Mar;12(1/2):115–28.

68. Ovrebo E, Brown EL, Emery HE, Stenersen M, Schimmel-Bristow A, Steinruck RE. Bisexual invisibility in trauma: PTSD symptomology, and mentalhealthcare experiences among bisexual women and men versus lesbians and gay men. *J Bisexuality*. 2018 Apr;18(2):168–85.

69. Paquette G, Martin-Storey A, Bergeron M, Dion J, Daigneault I, Hébert M, et al. Trauma Symptoms Resulting From Sexual Violence Among Undergraduate Students: Differences Across Gender and Sexual Minority Status. *J Interpers Violence*. 2021 Sep;36(17/18):NP9226–51.

70. Pinciotti CM, Orcutt HK. Obsessive-compulsive symptoms in sexual minorities. *Psychol Sex Orientat Gend Divers* [Internet]. 2020 Aug 6; Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=2020-56534-001&lang=fr&site=ehost-live>

71. Riggle EDB, Folberg AM, Richardson MT, Rostosky SS. A measure of hypervigilance in LGBTQ-identified individuals. *Stigma Health* [Internet]. 2021 Apr 22; Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2021-38617-001&lang=fr&site=ehost-live>

72. Robinson JL, Rubin LJ. Homonegative microaggressions and posttraumatic stress symptoms. *J Gay Lesbian Ment Health*. 2016 Jan;20(1):57–69.

73. Sayyah MD, Merrick JS, Larson MD, Narayan AJ. Childhood adversity subtypes and young adulthood mental health problems:

Unpacking effects of maltreatment, family dysfunction, and peer victimization. *Child Youth Serv Rev*. 2022 Jun;137:1–14.

74. Sigurvinsdottir R, Ullman SE. Sexual orientation, race, and trauma as predictors of sexual assault recovery. *J Fam Violence*. 2016 Oct;31(7):913–21.

75. Solomon DT, Combs EM, Allen K, Roles S, DiCarlo S, Reed O, et al. The impact of minority stress and gender identity on PTSD outcomes in sexual minority survivors of interpersonal trauma. *Psychol Sex*. 2021 Mar;12(1/2):64–78.

76. Travers Á, Armour C, Hansen M, Cunningham T, Lagdon S, Hyland P, et al. Lesbian, gay or bisexual identity as a risk factor for trauma and mental health problems in Northern Irish students and the protective role of social support. *Identidad Lésbica Gay O Bisexual Como Factor Riesgo Trauma Probl Salud Ment En Estud Irl Norte El Pap Prot Apoyo Soc*. 2020 Jan;11(1):1–11.

77. Tyler KA, Ray CM. Risk and protective factors for mental health outcomes among sexual minority and heterosexual college women and men. *J Am Coll Health J ACH*. 2021 Nov 17;1–10.

78. Warren AS, Goldsmith KA, Rimes KA. Childhood gender-typed behaviour, sexual orientation, childhood abuse and post-traumatic stress disorder: a prospective birth-cohort study. *Int Rev Psychiatry*. 2022 Jun 5;34(3/4):360–75.

79. Cepeda A, Nowotny KM, Frankeberger J, Ramirez E, Rodriguez VE, Perdue T, et al. Examination of multilevel domains of minority stress: Implications for drug use and mental and physical health among Latina women who have sex with women and men. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 Mar 26;15(3). Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2021-18958-001&lang=fr&site=ehost-live>

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

80. Cronce JM, Bedard-Gilligan MA, Zimmerman L, Hodge KA, Kaysen D. Alcohol and binge eating as mediators between posttraumatic stress disorder symptom severity and body mass index. *Obesity*. 2017 Apr;25(4):801–6.
81. Dworkin ER, Jaffe AE, Fitzpatrick S, Rhew IC, Kaysen D. Daily relationships between posttraumatic stress symptoms, drinking motives, and alcohol consumption in trauma-exposed sexual minority women. *Psychol Addict Behav*. 2021 Feb;35(1):3–15.
82. Fitch C, Shepard C, Foley J, Ironson G, Safren S, Carrico A, et al. Association of positive psychobehavioral factors and structural disadvantage with condomless sex in men who have sex with men with childhood sexual abuse histories. *J Behav Med*. 2022 Feb;45(1):90–102.
83. Grocott LR, Schlechter TE, Wilder SMJ, O’Hair CM, Gidycz CA, Shorey RC. Social Support as a Buffer of the Association between Sexual Assault and Trauma Symptoms Among Transgender and Gender Diverse Individuals. *J Interpers Violence*. 2023 Jan;38(1/2):NP1738–61.
84. Sherman ADF, Balthazar MS, Daniel G, Bonds Johnson K, Klepper M, Clark KD, et al. Barriers to accessing and engaging in healthcare as potential modifiers in the association between polyvictimization and mental health among Black transgender women. *PloS One*. 2022;17(6):e0269776.
85. Straub KT, McConnell AA, Messman-Moore TL. Internalized heterosexism and posttraumatic stress disorder symptoms: The mediating role of shame proneness among trauma-exposed sexual minority women. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2018 Mar;5(1):99–108.
86. Boroughs MS, Ehlinger PP, Batchelder AW, Safren SA, O’Cleirigh C. Posttraumatic stress symptoms and emerging adult sexual minority men: Implications for assessment and treatment of childhood sexual abuse. *J Trauma Stress*. 2018 Oct;31(5):665–75.
87. Stenersen M, Ovrebo E, Emery H, Brown E, New C, Brasfield C, et al. Interpersonal trauma, and PTSD symptomology among lesbian, gay, and bisexual individuals: A closer look at gender, minority stress, and help-seeking behaviors. *J LGBT Issues Couns*. 2019 Jul;13(3):216–31.
88. Halkitis PN, Griffin-Tomas M, Levy MD, Greene RE, Kapadia F. Associations of perceived parental psychopathology with mental health burden and lifetime drug use in gay, bisexual, and other YMSM: The P18 cohort study. *J Homosex*. 2017 Sep;64(11):1596–616.
89. Downing MJ, Benoit E, Brown D, Coe L, Hirshfield S, Pansulla L, et al. Early sexual experiences, mental health, and risk behavior among black non-hispanic and hispanic / latino men who have sex with men (msm). *J Child Sex Abuse Res Treat Program Innov Vict Surviv Offenders* [Internet]. 2019 Nov 8; Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2019-68282-001&lang=fr&site=ehost-live>
90. Balsam KF, Molina Y, Blayney JA, Dillworth T, Zimmerman L, Kaysen D. Racial/ethnic differences in identity and mental health outcomes among young sexual minority women. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2015 Jul;21(3):380–90.
91. Ross LE, O’Gorman L, MacLeod MA, Bauer GR, MacKay J, Robinson M. Bisexuality, poverty and mental health: A mixed methods analysis. *Soc Sci Med*. 2016 May;156:64–72.
92. Arnett JEI, Frantell KA, Miles JR, Fry KM. Anti-bisexual discrimination as insidious trauma and impacts on mental and physical health. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2019 Dec;6(4):475–85.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

93. Bandermann KM, Szymanski DM. Exploring coping mediators between heterosexist oppression and posttraumatic stress symptoms among lesbian, gay, and bisexual persons. *Psychol Sex Orientat Gen Divers*. 2014 Sep;1(3):213–24.
94. Sherman ADF, Poteat TC, Budhathoki C, Kelly U, Clark KD, Campbell JC. Association of depression and post-traumatic stress with polyvictimization and emotional transgender and gender diverse community connection among Black and Latinx transgender women. *LGBT Health*. 2020 Oct;7(7):358–66.
95. Dworkin ER, Gilmore AK, Bedard-Gilligan M, Lehavot K, Guttmanova K, Kaysen D. Predicting PTSD severity from experiences of trauma and heterosexism in lesbian and bisexual women: A longitudinal study of cognitive mediators. *J Couns Psychol*. 2018 Apr;65(3):324–33.
96. Keating L, Muller RT. Lgbtq+ based discrimination is associated with ptsd symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among lgbtq+ adults who have experienced trauma. *J Trauma Dissociation* [Internet]. 2019 Oct 3; Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2019-60641-001&lang=fr&site=ehost-live>
97. Salim SR, Eshelman LR, Messman TL. Binegativity Exacerbates the Effects of Sexual Victimization Disclosure on Posttraumatic Stress and Drinking Among Bisexual Women. *J Interpers Violence*. 2022 Nov;37(21/22):NP19939–60.
98. Anderson RE, Tarasoff LA, VanKim N, Flanders C. Differences in Rape Acknowledgment and Mental Health Outcomes Across Transgender, Nonbinary, and Cisgender Bisexual Youth. *J Interpers Violence*. 2021 Jul;36(13/14):NP7717–39.
99. Hendy HM, Joseph LJ, Can SH. Repressed anger mediates associations between sexual minority stressors and negative psychological outcomes in gay men and lesbian women. *J Gay Lesbian Ment Health*. 2016 Jul;20(3):280–96.
100. Batchelder AW, Choi K, Dale SK, Pierre-Louis C, Sweek EW, Ironson G, et al. Effects of syndemic psychiatric diagnoses on health indicators in men who have sex with men. *Health Psychol*. 2019 Jun;38(6):509–17.
101. Johnson EEH, Wilder SMJ, Andersen CVS, Horvath SA, Kolp HM, Gidycz CA, et al. Trauma and alcohol use among transgender and gender diverse women: An examination of the stress-buffering hypothesis of social support. *J Prim Prev* [Internet]. 2021 Sep 21; Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2021-88238-001&lang=fr&site=ehost-live>
102. World Health Organization. Policy brief: pre-exposure prophylaxis (PrEP): WHO expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection (PrEP). World Health Organization; 2015.
103. Choi KW, Batchelder AW, Ehlinger PP, Safren SA, O’Cleirigh C. Applying network analysis to psychological comorbidity and health behavior: Depression, PTSD, and sexual risk in sexual minority men with trauma histories. *J Consult Clin Psychol*. 2017 Dec;85(12):1158–70.
104. Goldstein RB, Smith SM, Chou SP, Saha TD, Jung J, Zhang H, et al. The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51:1137–48.
105. Karatzias T, Shevlin M, Fyvie C, Hyland P, Efthymiadou E, Wilson D, et al. Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *J Affect Disord.* 2017;207:181–7.

106. Hottes TS, Gesink D, Ferlatte O, Brennan DJ, Rhodes AE, Marchand R, et al. Concealment of sexual minority identities in interviewer-administered government surveys and its impact on estimates of suicide ideation among bisexual and gay men. *J Bisexuality.* 2016;16(4):427–53.

107. Chan RCH, Operario D, Mak WWS. Bisexual individuals are at greater risk of poor mental health than lesbians and gay men: The mediating role of sexual identity stress at multiple levels. *J Affect Disord.* 2020 Jan 1;260:292–301.

108. White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med.* 2015 Dec 1;147:222–31.

109. Lewis DC, Flores AR, Haider-Markel DP, Miller PR, Tadlock BL, Taylor JK. Degrees of Acceptance: Variation in Public Attitudes toward Segments of the LGBT Community. *Polit Res Q.* 2017 Dec 1;70(4):861–75.

110. Reuter TR, Newcomb ME, Whitton SW, Mustanski B. Intimate Partner Violence Victimization in LGBT Young Adults: Demographic Differences and Associations with Health Behaviors. *Psychol Violence.* 2017 Jan 1;7(1):101–9.

111. Lund EM, Burgess CM. Sexual and gender minority health care disparities: barriers to care and strategies to bridge the gap. *Prim Care Clin Off Pract.* 2021;48(2):179–89.

112. Bränström R, Fellman D, Pachankis J. Structural stigma and sexual minority victimization across 28 countries: the moderating role of gender, gender nonconformity, and socioeconomic status. *J Interpers Violence.* 2023;38(3–4):3563–85.

113. Nematy A, Namer Y, Razum O. LGBTQI+ Refugees' and Asylum Seekers' Mental Health: A Qualitative Systematic Review. *Sex Res Soc Policy.* 2023 Jun 1;20(2):636–63.

114. Brewin CR. Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Adv.* 2020;26(3):145–52.

115. Batchelder AW, Choi K, Dale SK, Pierre-Louis C, Sweek EW, Ironson G, et al. Effects of syndemic psychiatric diagnoses on health indicators in men who have sex with men. *Health Psychol.* 2019 Jun;38(6):509–17.

116. Downing MJ, Benoit E, Brown D, Coe L, Hirshfield S, Pansulla L, et al. Early sexual experiences, mental health, and risk behavior among black non-hispanic and hispanic / latino men who have sex with men (msm). *J Child Sex Abuse Res Treat Program Innov Vict Surviv Offenders* [Internet]. 2019 Nov 8; Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2019-68282-001&lang=fr&site=ehost-live>

117. Wittgens C, Fischer MM, Buspavanich P, Theobald S, Schweizer K, Trautmann S. Mental health in people with minority sexual orientations: A meta-analysis of population-based studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2022;145(4):357–72.

118. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* 2017;2(8):e356–66.

119. Sahle BW, Reavley NJ, Li W, Morgan AJ, Yap MBH, Reupert A, et al. The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021;1–11.

120. Karatzias T, Hyland P, Bradley A, Cloitre M, Roberts NP, Bisson JI, et al. Risk

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depress Anxiety*. 2019;36(9):887–94.

121. Scheer JR, Helminen EC, Cascalheira CJ, Jaipurar V, Shaw TJ, Zabelski S, et al. Probable PTSD, PTSD symptom severity, and comorbid PTSD and hazardous drinking among sexual minority women compared to heterosexual women: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2023;102283.

122. Hawn SE, Cusack SE, Amstadter AB. A systematic review of the self-medication hypothesis in the context of posttraumatic stress disorder and comorbid problematic alcohol use. *J Trauma Stress*. 2020;33(5):699–708.

123. María-Ríos CE, Morrow JD. Mechanisms of shared vulnerability to post-traumatic stress disorder and substance use disorders. *Front Behav Neurosci*. 2020;14:6.

124. Phan J, So S, Thomas A, Gaylord-Harden N. Hyperarousal and hypervigilance in African American male adolescents exposed to community violence. *J Appl Dev Psychol*. 2020;70:101168.

125. Rostosky SS, Richardson MT, McCurry SK, Riggle EDB. LGBTQ individuals' lived experiences of hypervigilance. *Psychol Sex Orientat Gen Divers*. 2022;9(3):358–69.

126. Yang L, Wei C, Liang Y. Symptom structure of complex posttraumatic stress disorder among Chinese young adults with childhood trauma: a network analysis. *BMC Psychiatry*. 2023 Dec 5;23(1):911.

127. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*. 2016 Mar 1;137(3):e20153223.

128. Winiker AK, White S, Candelario J, Takahashi LM, Tobin KE. “Through the Things That Have Happened to Me, They’ve Made Me Stronger”: Individual and Interpersonal Sources of Violence and Resilience Among a Diverse Sample of Transgender Women in Los Angeles. *J Interpers Violence*. 2023 Mar 1;38(5–6):5019–43.

129. 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. *Am J Community Psychol*. 2015 Mar 1;55(1):167–78.

130. Walch SE, Bernal DR, Gibson L, Murray L, Thien S, Steinnecker K. Systematic review of the content and methods of empirical psychological research on LGBTQ and SGM populations in the new millennium. *Psychol Sex Orientat Gen Divers*. 2020;7(4):433.

131. Jones T. *Intersex Studies: A Systematic Review of International Health Literature*. Sage Open. 2018 Apr 1;8(2):2158244017745577.

132. Rosenwohl-Mack A, Tamar-Mattis S, Baratz AB, Dalke KB, Ittelson A, Zieselman K, et al. A national study on the physical and mental health of intersex adults in the US. *PLoS One*. 2020;15(10):e0240088.

133. Barr SM, Snyder KE, Adelson JL, Budge SL. Posttraumatic stress in the trans community: The roles of anti-transgender bias, non-affirmation, and internalized transphobia. *Psychol Sex Orientat Gen Divers*. 2022;9(4):410.

134. Richmond K, Burnes TR, Singh AA, Ferrara M. Assessment and treatment of trauma with TGNC clients: A feminist approach. 2017;

135. Marchi M, Travascio A, Uberti D, De Micheli E, Grenzi P, Arcolin E, et al. Post-traumatic stress disorder among LGBTQ

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2023;32:e44.

136. Lépine O, Brillon P, Lebel S. Interpersonal trauma in gay men: A systematic review of post-aggression risk and protective factors for PTSD. *J Gay Lesbian Ment Health.* 2023;1–27.

137. Reisner SL, Conron KJ, Scout, Baker K, Herman JL, Lombardi E, et al. “Counting” transgender and gender-nonconforming adults in health research: Recommendations from the gender identity in US surveillance group. *Transgender Stud Q.* 2015;2(1):34–57.

138. Suen LW, Lunn MR, Katuzny K, Finn S, Duncan L, Sevelius J, et al. What sexual and gender minority people want researchers to know about sexual orientation and gender identity questions: A qualitative study. *Arch Sex Behav.* 2020;49:2301–18.

139. Artime TM, Rosenfeld EA, Ong L, Lisha NE, Dilley JW, Shumway M, et al. Mental health treatment experiences among sexual and gender minority individuals: Trauma exposure, barriers, microaggressions, and treatment satisfaction. *J Gay Lesbian Ment Health.* 2024;1–27.

140. Livingston NA, Berke D, Scholl J, Ruben M, Shipherd JC. Addressing diversity in PTSD treatment: Clinical considerations and guidance for the treatment of PTSD in LGBTQ populations. *Curr Treat Options Psychiatry.* 2020;7:53–69.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Matériel supplémentaire.

Table 1. Search algorithm

Search terms for PTSD/C-PTSD

[ptsd OR "post-traumatic stress disorder" OR "complex ptsd" OR cptsd OR "complex post-traumatic stress disorder" OR trauma OR "complex trauma" OR "stress disorder" OR "psychological trauma" OR "desnos"]

AND

Search terms for LGBTQI+

[bicurious OR bisexual OR bisexuality OR bisexuals OR "cross sex" OR crossgender OR F2M OR "female-to-male" OR gay OR gays OR "gender change" OR "gender dysphoria" OR "gender identity" OR "gender queer" OR "gender reassign" OR "gender transform" OR "gender transition" OR "gender queer" OR GLB OR GLBQ OR GLBS OR GLBT OR GLBTQ OR heteroflexible OR homosexual OR homosexualities OR homosexuality OR homosexuals OR intersex OR lesbian OR lesbianism OR lesbians OR lesbigay OR LGB OR LGBQ OR LGBS OR LGBT OR M2F OR "male-to-female" OR "men who have sex with men" OR MSM or queer OR "same gender loving" OR "same sex attracted" OR "same sex couple" OR "same sex couples" OR "same sex relations" OR "sex change" OR "sex reassign" OR "sex reversal" OR "sex transform" OR "sex transition" OR "sexual and gender minorities" OR "sexual and gender minority" OR "sexual identity" OR "sexual minorities" OR "sexual minority" OR "sexual orientation" OR "sexual preference" OR "trans female" OR "trans male" OR "trans man" OR "trans men" OR "trans people" OR "trans person" OR "trans woman" OR "trans-sexuality" OR "transexual" OR transgender OR transgendered OR transgenders OR transexual OR transsexualism OR transsexuality OR transsexuals OR transvestite OR "women loving women" OR "women who have sex with women" OR WSW]

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Table 2. Details of reviewed studies, according to location, sample, method design, significant outcomes and study quality.

Setting						Method				Results		Study quality
Ref.	Year	Location	Population	Sexual Orientation	Gender identity	N	Age (sd)	Design	Tools	Significant outcomes	Prevalence	
Wolford-Clevenger, 2021	2021	USA	TDG	NA	36.8 % Transfeminine spectrum, 47.4 % transmasculine spectrum, 39.5 % gender diverse)	38	28.63 (na)	Cross sectional	PCL 5	NA	42.1%	Low
Riggle et al., 2021	2021	USA	LGBTQ	31.7 % Gay, 28.8 % Lesbian, 30.1 % Queer, 22.7 % Bisexual, 13.5 % Pansexual	50.3 % female/woman, 29 % male/man, 18.5 % non binary, 7.9 % transgender, 6 % transgender man, 3.2 % transgender woman, 7.1 % other	378	33.49 (10.97)	Cross sectional	PCL 5	Positive correlations : Hypervigilance with strangers***, conservatives/religious***, work***, identity concealment***, social withdrawal***, scanning***, fear of negative evaluation***, depression***. Negative correlations : satisfaction with life***. Comparison PTSD Symptoms : Bisexual & Pansexual > Gay & Lesbian ; Transgender & Non Binary > Cisgender. Regression : Hypervigilance with strangers predicted higher PTSD score, but not hypervigilance with conservatives/religious or at work ; Hypervigilance (social withdrawal & Scanning) predicted higher PTSD score but not identity concealment.	NA	Moderate
Cronce et al., 2017	2017	USA	SMW	48 % Bisexual, 37.2 % Lesbian, 8.7 % Queer, 2.3 % Pansexual, 2.1 % Questioning, .2 % Two spirit, .2 % asexual	NA	425	NA, range : 18-25 yo	Longitudinal	PCL 5	Positive correlations : Weekly alcohol consumption*, binge eating over the following 12 months**. NS Correlations : Body Mass Index, Age.	NA	Moderate
Dunbar et al., 2022	2022	USA	SGM	NA	68 % female, 32 % male, 4 % transgender	445	22.5 (.8)	Longitudinal	PCL 5	Compared to non SGM peers, SGM individuals reported more PTSD (p<.001), controlling for the risk of developing SUD Alcohol (OR 0.337, 0.158-0.516) & Cannabis (OR 0.380, 0.178-0.582) as well as the variability of consumption over time.	NA	High

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = p<.05 ; ** = p<.01 ; *** = p<.001 ; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Evans-Polce et al., 2020	2020	USA	SM	NA	NA	3203	NA, range 18-24	Cross sectional	AUDADIS	Past Year PTSD : Bisexuals men & Gay Men > Heterosexual Men. Bisexuals Women > Heterosexuals Women. Lesbian Women = Heterosexuals Women. *PTSDxAlcohol Use Disorder is higher in bisexual and gay men than heterosexual *PTSDxTobacco Use Disorder is only higher in bisexual men than heterosexual. *PTSDxAlcohol use disorder is higher in bisexual and lesbian women than heterosexual women. *PTSDxTobacco use disorder only higher in bisexual vs heterosexual women *Discriminations within 12 months increases 1.10 PTSDxAlcohol; Stressful life events within 12 months increases 1.43 PTSDxAlcohol & 1.25 PTSDxTobacco; ACES increases 1.10 PTSDxAlcohol & 1.18 PTSDxTobacco; No effect of social support.	Past Year PTSD : Heterosexual Men (3%), Heterosexual Women (5.7%), Gay Men (6.2%), Lesbian Women (7.4%), Bisexual Men (10.3%), Bisexual Women (21%)	High
Arnett et al., 2019	2019	USA	Bisexuals	NA	55.3 % Woman, 6.2 % transgender, 39.3 % man, 6.5 % other	387	29.48 (12.45)	Cross sectional	PCL C	Positive correlations: trauma exposure ($r=.295^{***}$), antibisexual experiences from straight people (.384 ^{***}), antibisexual experiences from lesbian and gay people (.307 ^{***}), internalised biphobia (.225 ^{***}), depressive symptoms (.826 ^{***}); Negative correlations: overall health (-.359 ^{***}), physical functioning (-.173 ^{**}), role limitations due to physical health (-.292 ^{***}) and physical pain (-.323 ^{***}); Regressions: exposure to trauma ($\beta=.19^{**}$), antibisexual experiences from straight people ($\beta=.31^{***}$) and internalised biphobia ($\beta=.19^{***}$) explain PTSD symptoms. Only discrimination by heterosexuals (and not by lesbians/gays) predicted trauma symptoms.	NA	Moderate
Choi et al., 2017	2017	USA	SMM	69 % gay, 22 % bisexual, 7 % not sure, 2 %	NA	296	37.95 (11.68)	Cross sectional	DTS	While depression and PTSD symptoms mainly clustered	NA	Moderate

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

				heterosexual							within their respective disorders, they were connected at symptom nodes related to sleep disruption, concentration difficulties, and limited life outlook. Specific symptoms of depression (e.g. feeling fearful) and PTSD (e.g. avoiding thoughts and feelings) were linked to sexual risk behavior, while other symptoms were not. In qualitative comparisons of symptom networks across risk groups, avoidance symptoms showed stronger connectivity in the higher risk group, suggesting that avoidant processes may be more readily activated in high risk individuals. The lower risk group showed stronger connectivity among PTSD symptoms related to hyperarousal, which could protect against (or at least not lead to) sexual risk behavior in the absence of avoidance.		
Fitch et al., 2022	2022	USA	MSM	NA	NA	108	37.52 (11.65)	Cross sectional	DTS	Positive correlations: Depression ($r=.503^{**}$), government benefits ($r=.399^{**}$). Negative correlations: distress tolerance ($r=-.276^{**}$). Non-significant correlations: sex without a condom ($r=.165$, ns), age ($r=.086$, ns), race ($r=-.046$, ns), ethnicity ($r=-.036$, ns), crystal methamphetamine ($r=-.019$, ns), unstable housing ($r=.163$, ns), neighbourhood crime ($r=.167$, ns), problem-focused coping ($r=-.167$, ns) and seroadaptive behaviour ($r=.030$, ns); in bivariate regression analyses, PTSD symptoms were not associated with frequency of sex without a condom ($\beta=.010$, $p=.095$). Preliminary analyses indicated that people who took and adhered to PrEP had fewer PTSD symptoms ($M=5.33$, $SD=4.61$) than those who did not ($M=33.11$, $SD=24.48^{***}$).	NA	Low	

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = $p<.05$; ** = $p<.01$; *** = $p<.001$; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Halkitis et al., 2017	2017	USA	MSM	NA	NA	598	NA, range : 18-19 yo	Cross sectional	TATC	Comparison: No difference in PTSD according to ethnic origin (Black non-Hispanic vs white non-Hispanic vs Hispanic vs other). Young MSM who perceived their parents as depressive reported more PTSD (M=18.25, SD=7.42**) than those who did not perceive their parents as depressive (M=15.96, SD=6.75). Those who perceived their parents as manic-depressive (M=20.95, SD=9.83***) reported more PTSD than the others (M=16.51, SD=6.78***). Those who perceived their parents as schizophrenic reported more PTSD (M=24.75, SD=9.21) than others (M=16.62, SD=6.92**). Those who perceived their parents as antisocial behaviour reported more PTSD (M=19.19, SD=8.57) than the others (M=16.58,SD=6.84*). Positive correlations: Depression (r=.69, p<.001), number of different drugs used (r=.14, p.01) and illicit drug use (r=.13, p.01).	NA	High
Sherman et al., 2022	2022	USA	Trans Women	NA	NA	151	40 (12.7)	Cross sectional	PC PTSD	Positive correlations: PTSD correlated with polyvictimization (r=.4**), depression (r=.46**), healthcare barriers (r=.44**). Negative correlations : location (r=-.17*; 0= washington DC, 1= Baltimore). Non significant with age (r=-.13, ns); Comparisons : Those with barriers access to health reported significantly more PTSD (m=2, sd=1.5) than those with no barriers (m=.6, sd=1.1) (p<.01); Moderation : The association between polyvictimization scores and PTSD symptom severity is moderated by the number of barriers experienced. The overall regression model including PVI, BHI, an interaction between PVI and BHI, age, and location, explained 29 % of the variance in	NA	Moderate

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = p<.05 ; ** = p< .01 ; *** = p<.001 ; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

											PTSD symptom severity (F(5,150) = 13.13, p < .01). A one unit increase in polyvictimization (exposure to an additional type of violence) and a one unit increase in barriers health (exposure to an additional barrier) were associated with increased PTSD symptom severity ($\beta = .46$, p < .001), after controlling for age, location, and the interaction between PVI and BHI. REGRESSION : Polyvictimization inventory ($\beta = .2622^{***}$, SE $\beta^{\wedge} : .0242$) and Barriers to Healthcare Inventory ($\beta = .3357^{***}$, SE $\beta^{\wedge} : .0532$) predicted PTSD symptom severity. Age and location did not predict PTSD symptom severity. PVI has a direct and indirect effect through Barriers to healthcare (Effect = .0338, 95% CI : .0156-.0548) on PTSD symptoms severity when accounting for BHI, age and location.		
Salim et al., 2022	2022	USA	Bisexual Women	NA	NA	161	25.7 (4.29); Range : 18-35	Cross sectional	PCL 5	Positive correlation: Depression ($r = .50^{**}$), hazardous drinking ($r = .19^{*}$), turning against reactions ($r = .35^{**}$), unsupportive acknowledgment ($r = .35^{**}$), and binegativity ($r = .30^{**}$); Moderation: The interaction between turning against reactions and binegativity significantly predicted increased PTSD symptoms ($\beta = 2.95^{*}$). Turning against was associated with PTSD symptoms at mean ($\beta = 4.02^{*}$) and high ($\beta = 7.6^{***}$) levels of binegativity but not at low ($\beta = -.14$, ns) levels. Main effects of binegativity and unsupportive acknowledgment reactions were not significant with PTSD. Conclusion: the turning against - PTSD relationship is significant only in the context of binegativity.	NA	Moderate	

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = p<.05 ; ** = p< .01 ; *** = p<.001 ; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Ovrebo et al., 2018	2018	USA	SM	41.6 % Gay, 19.6 % Lesbian, 39.8 % Bisexual	44.6 % Female, 55.4 % Male	404	NA; 41.8 % 18-25yo, 33.9 % 26-35yo	Cross sectional	PCL 5	Comparisons: PCL-5 scores differed by race for PTSD cluster B ($U=8969^*$) but did not differ significantly for the PCL 5 total score or other cluster scores. Non white participants scored higher for cluster B ($M=11.91$, $SD=5.05$) compared to white participants ($M=10.43$, $SD=4.67$). Women scored significantly higher on the PCL-5 ($M=48.35$, $SD=17.8$) compared to men ($M=45.17$, $SD=18.72$). No significant difference between Lesbian/gay and bisexual women on PTSD scores or clusters.	NA	Moderate
Ross et al., 2016	2016	Canada	Bisexual	NA	67.6 % Female at birth, 32.4 % Male at birth; 63.8 % woman, 31.8 % man, 5.2 % genderqueer, 3.5 % two spirited, 1.6 % transgender man, .5 % transgender woman, 5.1 % other.	302	NA; Range : 25-55+ yo	Cross sectional	PCL C	Comparison : In both adjusted and unadjusted analyses, those below the LICO (poverty line) had higher mean scores on the PCL-C ($p=.004$). Regression : Poverty (below LICO) predicted PTSD even after adjusted for age, gender, ethnoracial group and current student status ($\beta=6.471$, $SE=2.251^{**}$).	NA	Moderate
Sayyah et al., 2022	2022	USA	SGM	NA	53.27 % female, 44.55 % male, 2.18 % Gender non conforming.	550	NA	Cross sectional	PCL 5	Correlations : PTSD symptoms correlated with gender non conforming ($r=.11^{**}$). Identifying as gender non conforming ($\beta^{\wedge}=.12^{**}$, $SE=4.97$) significantly higher levels of PTSD symptoms.	NA	Low
Warren et al., 2022	2022	USA	SGM	NA	NA	1635	NA	Longitudinal	PCL 5	Sexual minority identification at 15.5y was associated with higher PTSD scores at 23y ($\beta=3.72$, $CI 1.78-5.66^{***}$). The addition of a sex by sexual orientation interaction term demonstrated that the association of the sexual minority identification with higher PTSD scores was significant for females only ($\beta=4.25$, $CI 1.73-6.78^{**}$), but were not significant for males ($\beta=2.46$, $CI -.18/5.11ns$). More non conforming parent-rated gender-typed behaviour at 30 months (but not at 42 or 57	NA	High

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = $p<.05$; ** = $p<.01$; *** = $p<.001$; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

											months) and female sex were significantly associated with more PTSD symptoms at 23 years. The relationship between parent-rated gender-typed behaviour at 30 months and PTSD symptoms were significant for females only. Self ratings of gender-typed behaviour at 8 years were not associated with PTSD symptoms. The association in females between C-GNC at 30 months and PTSD was significantly mediated separately by mother-reported abuse, self reported physical/psychological abuse, and by self-reported sexual abuse. After sexual orientation adjustment, indirect effects remained significant for mother-reported abuse and self reported physical/psychological abuse, but not for self reported sexual abuse.		
Day et al., 2022	2022	USA	SM	18 % Gay, 12 % Lesbian, 11 % heterosexual men, 39 % heterosexual female, 7 % bisexual males, 13 % bisexual females	NA	422	NA	Cross sectional	PCL	Regression : Bisexuals were higher in PTSD than both monosexual groups (heterosexuals and homosexuals), although effect size was small ($F = 7.67, p=.00$, observed) *Hypothesis 3 predicts that workplace bullying will moderate the relationship SO-PTSD. The overall interaction was significant, although the effect size was small ($F=2.63, p=.01$). Observed power is 74%. Although PTSD is similar across sexual orientations at low and moderate levels of workplace bullying, bisexuals reports higher PTSD when workplace bullying is frequent.	NA	Moderate	
Clark et al., 2022	2022	USA	SGM	51.4 % Gay/Lesbian, 28 % Bisexual/Pansexual, 11.2 % queer, 8.5 % asexual/demisexual/Gray/Ace, .7 % straight/heterosexual, .2 % other	27.8 % cisgender men, 34.3 % cisgender women, 4.9 % transgender women, 3.2 % other.	3079	36.7 (14.3)	Cross sectional	IES R	Each unit increase in COVID-19-related news exposure was associated with 1.93 greater odds (95 % CI 1.74-2.14; $P<.001$) of PTSD. Each unit increase in age was associated with .98 fewer odds (95 % CI 0.98-0.99;	NA	Moderate	

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = $p<.05$; ** = $p<.01$; *** = $p<.001$; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

											P<.001) of PTSD. Education did not predict PTSD. Sexual orientation did not predict PTSD. Comparing cisgender men, being cisgender women (OR 2.61, CI 2.15-3.17***), non binary (OR 3.23, CI 2.54-4.11***), transgender man (OR 2.5, CI 1.91-3.27***), transgender woman (OR 2.42, CI 1.72-3.40***) and another gender identity (OR 2.65, CI 1.75-4***) predicted PTSD symptoms. *White people or people of a skin color not listed in the study reported more PTSD symptoms.		
Dworkin et al., 2021	2021	USA	SMW	54.4 % bisexual.	NA	81	23.8(2.2) ; Range : 18-25yo	Daily Diary Assessments	PCL	Positive correlation: alcohol oriented coping (r=.42**). No correlation: drinks per drinking day (.16ns), enhancement drinking motive (-.03ns), social drinking motive (.09ns), conformity drinking motives (.13ns), age (-.1ns)	NA	Moderate	
Anderson et al., 2021	2021	USA	Bisexual	85.3 % bisexual, the remainder of participants identifying with another plurisexual identity.	65.2 % non binary, 11.1 % transgender men, 1.6 % cisgender men, 2.9 % transgender women, 19.3 % cisgender women.	245	22.23 (2.21)	Cross sectional	PCL	Rape acknowledgment was significantly associated with 14.48-unit increase in PTSD symptom scores (SE=1.805 ***). The model's adjusted R ² indicated that 27.7 % of the variance in reported PTSD symptoms can be explained by rape acknowledgment.	NA	Moderate	
Reisner et al., 2016	2016	USA	TGD	87.9 % were sexual minority (lesbian, gay, bisexual, queer, other).	62.6 % Female to Male spectrum, 59.7 % identified their gender as binary	412	32.7 (12.8)	Cross sectional	PC PTSD	Higher everyday discrimination scores (β=.25, CI .21-.30***), greater number of attributed reasons for discrimination (β=.05, CI .01-.1*), childhood abuse age <15y (β=.29, CI .21-.37***), intimate partner violence (β=.18, CI .10-.26***), depression last 7 days (β=.23, CI .14-.32), polydrug use last 12 months (β=.13, CI .03-.23**), age (β=-.17, CI -.21/-.12***), FTM spectrum vs MtF spectrum (β=-.21; CI -.30/-.11***), social gender affirmation (live full time) vs not (β=.13, CI .03-.23*), Medical gender affirmation	44.4%	High	

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = p<.05 ; ** = p< .01 ; *** = p<.001 ; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

										(hormones/surgery vs not; $\beta=-.10$, CI $-.19/-.01^*$), high visual gender non conformity (vs low/moderate; $\beta=.17$, CI $.08-.27^{***}$), unstably housed (vs stably housed; $\beta=.24$, CI $.15-.33^{***}$), online vs in person survey ($\beta=-.47$, CI $-.60/-.34^{***}$) predicts PTSD. Non binary gender identity (vs binary; $\beta=-.03$, CI $-.13/.06ns$), people of colour vs non white (non hispanic; $\beta=-.05$, CI $-.15/.05ns$), Income ($\beta=-.03$, CI $-.07/.01ns$), Educational attainment ($\beta=-.02$, CI $-.07/.02ns$), sexual minority vs heterosexual/straight ($\beta=.04$, CI $-.08/.15ns$) did not predict PTSD. The magnitude of of the association between discrimination and PTSD ($\beta=.25$) was comparable with magnitude of association between childhood abuse and PTSD ($\beta=.29$), and exceed the magnitude of association between PTSD and partner violence.		
Newins et al., 2021	2021	USA	SM	77.1 % heterosexual, 12.5 % bisexual, 5.6 % homosexual, 2 % other, 1.8 % questioning, 1 % asexual	86.3 % female, 11.7 % male, 2 % transgender	393	NA	Cross sectional	PCL 5	Comparison : Sexual orientation (heterosexual vs LGBQ) did not differ on severity of PTSD. Regression : The interaction between sexual orientation (moderator) and post traumatic cognitions (predictor) was only significant in the model examining the relationship between other-control posttraumatic cognitions and PTSD ($\beta=.32$, CI $.01-.63^*$). There was no interaction effect of sexual orientation on the relationship post traumatic cognitions -- PTSD for the other dimensions of post traumatic cognitions (self/other safety, self/other trust, self/other esteem, self/other intimacy, self control). *There was a positive relationship between other-control posttraumatic cognitions and PTSD in both groups, but	NA	Moderate

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = $p<.05$; ** = $p<.01$; *** = $p<.001$; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

											this effect was stronger among individuals who identified as LGBTQ.		
Downing et al., 2019	2019	USA	MSM	NA	NA	61	36.7 (11.1)	Cross sectional	PCL C	Comparison : Hispanic/latino (M=15.3, SD6.1*) report higher PTSD score than black non Hispanic (M=11.7, SD=4.6). Hispanic/latino men had increased odds of scoring at or above the diagnostic cutoff for PTSD (OR = 4.2, CI = 1.4-12.6). Positive correlation: depression (r=-.53, p<.01), Anxiety (r=-.69, p<.01), positive affect (r=-.51, P<.01), behavior control (r=-.57, P<.01), resilience (r=-.27, p<.05). Non-significant correlation: sexual rapport with first male age (-.17ns), sexual rapport with first female age (-.11ns), drug use (.20ns), alcohol use (.13ns), male condomless anal sex partners (-.03).	NA	Moderate	
Batchelder et al., 2019	2019	USA	MSM	NA	NA	290	37.95 (11.68)	Cross sectional	SCID-IV	PTSD Associated with diagnosis of Major Depressive Disorder ($\chi^2 = 35.38$ p=0.028, p<.001); any anxiety disorder ($\chi^2 = 20.51$, p<.001). No significant relationship between SUD and PTSD ($\chi^2 = 3.64$ p=0.056)	NA	Moderate	
Cepeda et al., 2020	2020	USA	SMW	NA	NA	206	32.87 (NA)	Cross sectional	PCL C	Women who have sex with women & men (m27.9) report more ptsd than WSM (m15.2)*.	NA	Moderate	
Banderman & Szymanski, 2014	2014	USA	SM	70 % Lesbian/Gay, 27 % Bisexual, 3 % Unsure	52 % Female, 48 % Male; 6 % transgender	423	33.31 (14.66)	Cross sectional	PCL C	Correlation positive : sexual orientation-based hate crime victimization (.29*), heterosexist discrimination (.48*), coping via internalization (.43*), coping via detachment (.51*), coping via drug and alcohol use (.25*). Regression : Sexual orientation-based crime victimization ($\beta=.13$, $t=2.81^{**}$) and heterosexist discrimination ($\beta=.43$, $t=9.44^{**}$) predicts PTSD symptoms. Mediation : Coping via internalization ($\beta=.03$, CI .0020-.0829*), coping via detachment ($\beta=.10$, CI .0661-.1699*), and coping via alcohol and drug use	NA	Moderate	

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = p<.05 ; ** = p< .01 ; *** = p<.001 ; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

											(β = .03, CI .0126-.0688*) did mediate the heterosexual discrimination - PTSD link. Coping via internalization + alcohol/drugs mediate heterosexual discrimination predict 42 % variance of PTSD. Coping did not mediate the SO-based hate crime victimization-PTSD relation.		
Robinson & Rubin, 2016	2016	USA	SM	47 % Heterosexual, 26.5 % Bisexual, 9.4 % Lesbian, 8.8 % Gay, 1.8 % Asexual, 6.5 % Other	48.2 % Man, 50 % Woman, 1.8 % other	90	NA	Cross sectional	PCL C	LGB participants report more PTSD symptoms than heterosexual participants ($t = -1.755^*$, mean difference : -4.58).	NA	Moderate	
Straub et al., 2018	2018	USA	SMW	72.4 % bisexual, 27.6 % lesbian	NA	326	30.33 (9.02)	Cross sectional	PCL 5	Positive correlation : internalized heterosexism (.15**) and shame-withdrawal (.16**). Negative correlation : age and annual income. Non significant correlation : shame-negative self evaluation (.05ns). Regression : internalized heterosexism significantly and positively predicted PTSD symptomatology ($b = 3.45, F(1, 323) = 7.04, p = .008, R^2 = .02$). When Shame-NSE and Shame-Withdrawal were entered as mediators of the relation between internalized heterosexism and PTSD symptomatology, Shame-NSE was not significantly related to PTSD symptomatology above and beyond internalized heterosexism; however, Shame-Withdrawal was a significant predictor of PTSD symptomatology in the full model, above and beyond internalized heterosexism ($b = 2.07, F(3, 321) = 4.60, p = .004, R^2 = .04$). Significant indirect effect of internalized heterosexism on PTSD symptomatology through Shame-Withdrawal ($b = 0.55, SE = 0.31$).	NA	Moderate	
Stenersen et al., 2019	2019	USA	LGBT	37.9 % Bisexual, 25.7 % Gay, 22 % Lesbian, 13.3 % Non Heterosexual other,	32 % Cisgender female, 50.6 % cisgender male,	338	NA; 47.3 % 18-25yo,	Cross sectional	PCL 5	Positive correlation : current gender (.182**), number of traumatic events (.386**),	NA	Moderate	

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

				.3 % MSM, .3 % WSW	3.8 % transgender, 4.7 % transgender female, 3.6 % transgender male, 5.3 GNC		42.1 % 26-45yo				acceptance concerns (.214**), concealment motivation (.126*), difficult process (.143*). Negative correlation : Education (-.196**), time from last IPT event (-.192**) and help seeking total (-.325**). Non significant correlation : internalized homonegativity (.101ns). Regression : When controlling for other variables Education (-.096*), current gender (.104*), number of IPT events (.338**), help seeking behaviour (-.227**), LGBIS acceptance concern (.123*) predicted PTSD scores. Time since last IPT event (-.067ns), LGBIS concealment motivation (.02ns), LGBIS internalized homonegativity (-.011ns), LGBIS difficult process (.049) did not predict PTSD.		
Travers et al., 2020	2020	Northern Ireland	LGB	NA	NA	123	24.38 (7.46)	Cross sectional	PCL 5	LGB (m=25.01, SD = 21.62) reported a higher mean PTSD score than heterosexual (m=16.02, SD = 18.2; t(107.51)=3.83***). Regression: association between LGB status and PTSD symptoms ($\beta=0.13$; $p < 0.001$). The mediation model indicated indirect effects through which family social support partially explained the associations between LGB status and PTSD ($\beta=0.04***$), but there were no significant indirect effects social support from friends ($\beta=0.00$ ns) or a significant other ($\beta=.00$ ns).	NA	High	
Keating & Muller, 2019	2019	Canada	SGM	56 % Bisexual, 29 % Lesbian, 11 % Gay, .01 % Heterosexual	38 % Transgender men, 6 % transgender women, 36 % non binary, 47 % cisgender	157	31.13 (9.91)	Cross sectional	PCL C	Compared to those who did not associate their trauma with discrimination (M41.58, SD 16.73), those who attributed it to discrimination (m = 49.01, SD = 15.13*) had higher scores low and higher at PCL. Regression: Appearance congruence ($\beta= -0.29*$), biphobia ($\beta= 0.38*$), biphobia/homophobia ($\beta= 0.35*$), and transphobia ($\beta= 0.29 *$)	NA	Moderate	

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Ross et al., 2014	2014	Canada	Bisexual	NA	70 % female at birth, 30 % male at birth; 64 % woman, 30 % men, 7 % genderqueer, 3 % two spirited, 2 % transgender men, .5 % transgender women, 9 % other.	302	NA; 25+ yo	Cross sectional	PCL C	predicted PTSD scores, but not trans acceptance ($\beta = -0.03ns$). Young people (16-24 years old; $M=35.6$, $CI\ 32.246-39$) report higher PTSD scores than older people (± 25 years old, $m=31.135$, $CI\ 28.98-33.29^*$). No significant difference in prevalence of PTSD according to cutoff (44 or 50).	Cutoff > 44 : 15.5 % (95 % CI : 9.7 - 23.2); Cutoff > 50 : 10.8 % (95%CI : 4.9-17.7)	Moderate
Harper et al., 2021	2021	Kenya	SGM	NA	25 % Cisgender women, 64 % cisgender men, 11 % Gender minority	527	NA	Cross sectional	PC PTSD	Those who experienced minority-based violence reported more PTSD (67.3%***) compared to those who reported not having experienced it (41.4%). No differences in PTSD score between cisgender men, cisgender women and TDG.	53.2%	Moderate
Hughto, Pletta et al., 2021	2021	USA	TDG	NA	42 % non binary, 32.5 % transgender man, 25.3 % transgender woman	600	31.2 (11.2)	Cross sectional	PC PTSD	In separate multivariable models adjusted for age, gender identity, race, education, income, and childhood and adult sexual/physical abuse, greater frequency of exposure to negative depictions of transgender people in the media was significantly associated with clinically significant symptoms of PTSD (aOR = 1.25; 95 % CI = 1.16-1.34***). Other covariates like age (aOR = .969; 95 % CI = .96 - .99; **); Financially insecure (aOR = 2.02; CI = 1.28-3.18;***); Childhood abuse (aOR = 1.92; CI = 1.23-2.99; **) and Abuse in adulthood (aOR = 2.28; CI = 1.48-3.51;***) were significantly associated with PTSD. Other covariates like gender identity : trans woman vs nb (aOR 0.92, 0.54–1.55ns) or trans man vs NB (aOR 0.74, 0.47–1.18ns); race : white vs PoC (aOR : 1.091 0.64–1.85ns) did not predict PTSD. College graduate predicted PTSD in bivariate model (OR 1.48, 1.04–2.10*) but not multivariate model (aOR 1.21, 0.80–1.84ns)	36.15%	High

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Andrew et al., 2020	2020	USA	TDG	NA	75.5 % Female at Birth	155	NA	Cross sectional	PCL 5	NA	62.6%	Moderate
Pinciotti & Orcutt, 2020	2020	USA	SGM	89.8 % Heterosexual, 7.6 % bisexual, 2 % Gay/Lesbian, .4 % pansexual, .2 % undecided.	56.1 % Female, 42.9 % Male, 1 % Other	515	19.2 (1.8)	Cross sectional	PCL 5	Sexual minorities reported more severe PTSD (M=19.69, sd = 17.13) than heterosexuals (M=14.74, sd=16.39*), but were statistically equally as likely to exceed the PCL 5 Cutoff of 37 (19.6%) as heterosexuals (13%). Negative correlation : sexual orientation (1= hetero, 0= SM; -.10*).	NA	Moderate
Barr et al., 2021	2021	USA	TDG	NA	46 % Non binary, 36 % man, 22 % woman; 72 % female at birth, 27 % male at birth, 1 % intersex	575	31.51 (11.84)	Cross sectional	PCL 5	Regression : Bias experiences ($\beta=.17***$), non affirmation of gender identity ($\beta=.26***$), internalized transphobia ($\beta=.21***$), anti-transgender bias-unrelated PTEs ($\beta=.38***$) predicted PTSD symptoms. Mediation : the total relationship between Bias Experiences and PTSD Symptoms was small, statistically significant ($\beta=.21, p,.001$), and partially mediated by Internalized Transphobia (proportion of total effect mediated = 15.24%). The total relationship between Non-Affirmation Experiences and PTSD Symptoms was also statistically significant but moderate in size ($\beta=.30, p,.001$) and also partially mediated by Internalized Transphobia (proportion of total effect mediated = 15.13%)	44.2%	Moderate
Boroughs et al., 2018	2018	USA	MSM	NA	NA	296	37.95 (11.68)	Cross sectional	SCID-IV	Emerging adults were 43.3 % less likely to have current PTSD (OR =.57, CI 0.33-0.96), with 33.3 % of emerging adults vs 46.3 % of older adults meeting criteria for PTSD. *No difference between young and old prevalence of PTSD throughout life (OR .96, CI 0.43-1.34)	NA	Low
Dworkin et al., 2018	2018	USA	SMW	60 % Bisexual, 40 % lesbian	100 % Female at birth; 96.6 % female, .9 % transgender, 2.3 % other, .3 % NA	259	20.82 (2.21)	Longitudinal	PCL C	Positive correlation: PTSD Year 3 correlated with Daily Heterosexism (Y1) ($r=.21, p <.01$), Criterion A events (Y1) ($r=.18, p<.01$), Internalized	NA	Moderate

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

										<p>heterosexism (Y2) ($r = .20$, $P < .01$), all PTCI dimensions (Y2): PTCI self (.37***), PTCI World (.18*), PTCI Blame (.18*)</p> <p>Regression: In the model, internalized heterosexism Y2 ($\beta = 0.15^*$), PTCI Self Y2 ($\beta = 0.34^{**}$) predict PTSD Y3. PTCI World Y2 (b-0.09ns), PTCI Blame Y2 (b -0.03ns), Life Criterion A Y1 (b 0.14ns), Daily Heterosexism Y1 (b 0.13ns) did not predict PTSD Y3. Mediation: Only the PTCI Self Y2 mediates the relationship between daily heterosexism and PTSD ($\beta = 0.10$, $SE = 0.05$, $CI 0.02-0.20^*$), but not the PTCI World Y2 (b-0.02, $SE 0.02$, $CI -.07/.06ns$), PTCI Blame Y2 (b -.01, $SE .03$, $CI -.07/.06ns$) and internalized heterosexism (b .01, $SE .01$, $CI -.02/.03ns$). There was no mediation effect between number of Criterion A Y1 - PTSD Y3 events: PTCI Self ($\beta = 0.07$, $SE 0.04$, $CI 0.01-0.17ns$), PTCI World (b -0.02, $SE 0.02$, $CI -0.07/0.03ns$), PTCI blame (b 0.00, $SE 0.01$, $CI -0.02/0.02ns$), internalized heterosexism ($\beta = 0.01$, $SE 0.01$, $CI -0.04/0.02ns$). Experiences of heterosexism appear to be longitudinally associated with PTSD symptom severity via their impact on the non-minority-specific cognitive process of self-thinking (PTCI Self Y2 mediates between daily heterosexism Y1 and PTSD Y3).</p>		
Kaysen et al., 2019	2019	USA	SMW	41.8 % lesbian, 58.2 % bisexual	Female at birth.	767	20.66 (2.11)	Cross sectional	PCL C	<p>Comparison : A statistically significant higher prevalence (22.9%) was observed when DSM-5 criteria were used vs DSM IV (18.6%) $X^2(1) = 11.97^{***}$. Significant association between depressive symptoms and DSM IV PTSD (prevalence ratio : 1.58 $CI 1.43-1.74$) and DSM 5 PTSD</p>	22.9%	High

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

											(prevalence ratio : 1.71 CI 1.55-1.88). Association with depression was stronger for DSM 5 compared with DSM IV. Significant association between anxiety symptom and DSM IV PTSD (PR 1.44 CI 1.33-1.56) and DSM 5 PTSD (PR 1.44 CI 1.33-1.56). The association were equally stronger between DSM IV and DSM 5 PTSD. No association between high risk drinking and DSM IV PTSD (PR 1.25 CI .99-1.58ns) or DSM 5 PTSD (PR 1.00, CI 0.79-1.28ns).		
Landes et al., 2021	2021	USA	SMW	61.5 % bisexual, 38.5 % lesbian	Female at birth.	304	20.9 (2.11)	Longitudinal	PCL S	Positive correlation: PTSD Y2 correlated with Trauma exposure (BL + Y1 +Y2) (r=.45, p.05) education level Y2 (r=-.13, p=.05), depression Y2 (r=.60, p.05), work limitations Y3 (r=0.36, p.05). Non-significant correlation: Y2 PTSD not correlated with racial/ethnic minority (r .00ns), bisexual baseline (vs. lesbian; .00ns), Y2 age (r -.08ns), Y2 income (-.05ns), the proportion of time employed (BL+T1+T2, 0=unemployed at each assessment completed, 1=employed at each assessment completed; -0.04ns)	15.43%	Moderate	
Balsam et al., 2015	2015	USA	SMW	42 % lesbian, 58 % bisexual, 1 % other	NA	967	20.88 (2.11)	Cross sectional	PCL C	Comparison : Asian American (n=38; m=28.91, SD 12.76**) report fewer PTSD than white american (n=730; m=37.41, SD = 17.22). No differences between African American (n= 108; m=37.86, SD = 17.2 ns) & Latina American (n= 91; m=41.18, SD 18.43 ns) vs white american.	NA	Moderate	
Hendy et al., 2016	2016	USA	Gay & Lesbian	NA	58 % men, 42 % women	344	Gay men : 35.48 (13.58); Lesbian women : 35.24 (13.5)	Cross sectional	PDS	Regression : Exercise predict PTSD among lesbian (b.19*) but not gay men (β=-.03ns). Sleep predict PTSD among lesbian (β=-.18*) but not gay men (β=-.03ns). Alcohol use did not predict PTSD among lesbian women (β=-.02ns) and gay men	NA	Moderate	

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = p<.05 ; ** = p< .01 ; *** = p<.001 ; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

										($\beta = -.04ns$). Tobacco use did not predict PTSD among lesbian women ($\beta = .04ns$) and gay men ($\beta = .03ns$). Religiosity did not predict PTSD among lesbian ($\beta = .10ns$) and gay men ($\beta = -.08ns$). Expressed anger predict PTSD among gay men ($\beta = .22^*$) but not lesbian women ($\beta = -.03ns$). Repressed anger predict PTSD among gay men ($\beta = .33^{***}$) and lesbian women ($\beta = .55^{***}$). Mediation : For Gay men, repressed anger was a significant mediator between the stressor of harassment and PTSD symptoms ($\beta = 1.36^*$, SE .49, CI .56 - 2.47), and a significant mediator between the stressor of concealment and PTSD symptoms ($\beta = 1.37^*$, SE .51, CI 52 - 2.58). For Lesbian Women, Repressed anger was a significant mediator between the stressor of concealment and PTSD symptoms ($\beta = 2.09^*$, SE .68, CI .82-3.5).		
McDowell et al., 2019	2019	USA	Trans men & NB	NA	76.7 % Gender binary, 23. % Gender non binary	150	27.5 (5.7)	Cross sectional	PC PTSD	Risk factors for PTSD: being unemployed (vs employed, aOR: 2.76; p=.04), lifetime IPV (aOR = 3.08; p=.01), higher levels of past 12 month everyday discrimination (aOR = 1.07; p=.01). Significant only in bivariate, but not when entered into the model: annual household income (OR 2.58** CI 1.27-5.25), unstably housed - past 12 months (OR 4.24** CI 1.43 - 12.63), problems accessing gender affirming care - past 12 months (OR 2.39* CI 1.11 - 5.15). Protective factors: having a partner (vs no, aOR = .38; CI .17 - .88 p=.02). Significant only in bivariate, but not when entered into the model: resilience (OR .90* CI .81-.99), social support (OR .91* CI .83-.99), acceptance - from other trans people (OR	42.2%	Moderate

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = p<.05 ; ** = p< .01 ; *** = p<.001 ; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

											.80, CI .67-.95). Non significant association: Age (OR 1.00, CI .95 - 1.06 ns), Race (PoC vs white, OR .97, CI .45 - 2.08 ns), Gender identity (NB vs Binary; OR 1.76, CI .82 - 3.82 ns), Educational attainment (college or more vs high school or equivalent; OR .38, CI .10 - 1.45ns), self acceptance (OR .77, CI .59 - 1.00ns).		
Tyler & Ray, 2021	2021	USA	SM	NA	NA	625	NA	Cross sectional	PCL 5	SM students (m= 35.14, SD 12.96) reported more PTSD symptoms (p<.01) compared to heterosexual students (m=26.31, SD 11.52). Regression : In the model, being heterosexual ($\beta=-.164^{**}$) were significantly associated with fewer PTSD symptoms. For SM students, SM males had significantly more symptoms of PTSD compared to SM females (no data).	NA	High	
Anderson et al., 2017	2017	USA	SMM	53 % Gay, 36 % bisexual, 11 % Other.	NA	53	22 (NA)	Cross sectional	IES R	No difference in terms of PTSD symptoms (no data) between heterosexuals and SMM who have experienced sexual violence.	NA	Low	
McCabe et al., 2020	2020	USA	SM	NA	NA	3427	NA	Cross sectional	AUDADIS 5	NA	Hetero discordant men : 4.2%; Hetero discordant women : 8.9%; Gay : 6.2%; Lesbian : 7.4%; Bisexual Men : 10.3%; Bisexual Women : 21%	High	
Sigurvinsdottir & Ullman, 2016	2016	USA	Bisexual Women	NA	NA	95	35.05 (NA)	Longitudinal	PDS	Bisexual (vs heterosexual) predict PTSD score ($\beta=1.56$). Black Bisexual > Non black bisexual > Black hetero = Non black hetero.	NA	Moderate	
Kammer-Kerwick et al., 2019	2019	USA	SGM	25 % Gay, 38 % Bisexual, 10 % Asexuality spectrum, 11 % additional sexual orientations	NA	2166	22.2 (7.7)	Cross sectional	PC PTSD	SGM students were significantly more likely to experience PTSD than Cis Hetero Men students (AOR = 1.97, p<.001). No interaction effect of number of years spent at university (AOR .98, ns), or victimization score on PTSD symptoms among SGM	NA	Moderate	

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = p<.05 ; ** = p< .01 ; *** = p<.001 ; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

										(AOR 1.24, ns), TGGN do not report more PTSD than Cis Hetero Men (aOR 1.35, ns). Concerning sexual orientation, only gay/lesbian people report more PTSD than straight people (AOR 1.94, p <.001). not significant for bisexual/pansexual (1.21, ns), asexual (1.69, ns), or other OS (.83, ns). No interaction effect between sexual orientation and victimization score on PTSD symptoms (Gay/Lesbian: aOR 1.12ns; Bi/pan: aOR 1.12ns, Asexual: 1.83ns, other: 1.39ns), or gender x victimization interaction (TGGN: aOR .99ns).		
Ali et al., 2022	2022	USA	SGM	NA	NA	93	22.7 (3.5)	Cross sectional	PCL 5	LGB+ participants reported a higher prevalence of PTSD (61.3%, uOR 1.73** CI 1.05-2.86) than hétérosexuel (43.5%), however odds of PTSD were not significant when adjusted for the model.	61.3%	Low
Woulfe et al., 2022	2022	USA	Bisexual	75.4 % Bisexual, 16.4 % Queer, 3.6 % pansexual, .6 % gay, .4 % lesbian, .2 % heterosexual, 3.4 % other	76.6 % cisgender women, 12.1 % transgender/gender non binary, 11.3 % cisgender men	488	28.64 (9.7)	Cross sectional	Short Screening Scale for DSM IV PTSD	PTSD symptoms (lifetime) were positively correlated with anti-bisexual prejudice (.25**). Negative correlations : Global social support (-.36**), family social support (-.29**), friends social support (-.30**) and significant other social support (-.26**). Regression : Anti-bisexual prejudice was directly associated with higher PTSD symptoms ($\beta=.16^{**}$) while accounting for sociodemographics and sexual identity based victimization. Social support overall ($\beta=-.25^{**}$), family social support ($\beta=-.19^{***}$), friends social support ($\beta=-.19^{***}$) and significant other social support ($\beta=-.17^{***}$) were directly associated with lower PTSD symptoms while accounting for sociodemographics, sexual identity based victimizations and anti bisexual prejudice. Control	35.7 % (lifetime)	Moderate

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = p<.05 ; ** = p< .01 ; *** = p<.001 ; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

										variable : Income ($\beta=-.12^*$) and sexual identity based victimization ($\beta=.16^{**}$) were associated with PTSD. Age ($\beta=.00ns$), Gender ($\beta=-.02ns$), Race ($\beta=.01ns$) were not associated with PTSD. Education were predictor of PTSD ($\beta=-.11^*$) in the model including anti bisexual prejudice, but were no longer predictor ($\beta=-.09ns$) when social support were added to the model. Anti-bisexual prejudice was indirectly associated with higher PTSD symptoms through lower social support overall ($\beta = .08$, SE = .03; 95 % CI: 0.024, 0.153), social support from family ($\beta = .09$, SE = .03; 95 % CI: 0.037,0.153), and social support from friends ($\beta = .05$, SE = .03; 95 % CI: 0.002,0.102), while accounting for sociodemographics and sexual identity-based victimization. Anti-bisexual prejudice was not indirectly associated with higher PTSD symptoms through social support from significant others ($\beta = .01$, SE = .02; 95 % CI: -0.026 , 0.056). Anti-bisexual prejudice was linked to lower social support from friends and family members, but not to significant others. Greater anti bisexual prejudice may lead to lower social support, wich may in turn lead to increased ptsd symptoms.		
DeLaney et al., 2022	2022	USA	SM	44 % Bisexual, 24 % Gay/Lesbian, 20 % queer, 12 % asexual	74 % identified as female.	234	18.46 (.41)	Cross sectional	PC PTSD	Positive correlations : Sexual victimization ($r^*.45$, $p=.01$), depressive symptoms ($r=.32$, $p=.01$), Alcohol use disorder ($r=.17$, $p=.01$). Non significant correlations : perceived social support ($r -.05ns$), age ($r = -.12ns$), sex (1 male, 2 female; $r = -.02ns$) and ethnicity ($r = .12ns$). Sexual victimization is related to greater PTSD symptoms ($\beta = .45^{***}$). Sexual victimization	NA	High

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = $p<.05$; ** = $p<.01$; *** = $p<.001$; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

										explain 23.3 % of variance in PTSD, but no moderation of perceived social support on the relation between sexual victimization & PTSD.		
Solomon et al., 2021	2021	USA	SGM	42.6 % Gay/Lesbian, 39.1 % Bisexual, 24.9 % Pansexual, 17.3 % Asexual, 29.6 % Queer, 7.6 % Questioning, 5.1 % open option	22.3 % cisgender man, 24.9 % cisgender woman, 38.1 % transgender, 9.6 % genderqueer, 10.7 % gender non conforming, 5.6 % gender fluid, 16.8 % gender non binary, 1.5 % gender expansive, 3 % open option.	197	27.27 (8.31)	Cross sectional	PCL 5	<p>Comparison : No differences between cismen (M= 19.62, SD= 19.91) and ciswomen (M= 22.95, SD= 19.21) in PTSD symptoms, $t(91) = -.82$ $p > .05$. Participants who identified cisgender (M= 21.37, SD= 19.51) reported less PTSD symptomology than those identified as a gender minority on the trans-gender or genderqueer spectrums (M= 30.44, SD= 21.00), $t(195) = -3.13$, $p < .01$. There were no significant differences in reported PTSD symptoms in participants who identified as bisexual or pansexual (M= 25.43, SD= 19.16) compared to those who did not (M= 26.91, SD= 22.37), $t(195) = -.50$, $p > .05$.</p> <p>Correlations : In the sexual trauma group : PTSD correlated with Outness (.19*), total non IPV traumas (.30**), Social Reaction Questionnaire Treat differently (.52**), SQR emotional support (.17*), SQR egocentric (.44**), SQR belief (.21**), SQR information/aid (.25**), SQR distraction (.49**), SQR control (.47**). PTSD was not correlated with internalized homonegativity (.14ns) and SQR blame (.04ns). In the relationship abuse group : PTSD correlated with total non ipv traumas (.27**), SQR treat differently (.48**), SQR egocentric (.40**), SQR belief (.20*), SQR information/aid (.22**), SQR distraction (.44**), SQR control (.45**). PTSD not correlated with : internalized homonegativity (.15ns), outness (.10ns), SQR emotional support</p>	NA	Moderate

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

											(.14ns), SQR blame (.08ns). Differences : Outness, SQR emotional support uniquement dans sexual abuse. Regression : Sexual trauma group : Multiple IPTs (b .15*) but not when controled for other variables (internalised homonegativity, outness, gender minority status; b.13ns), SQR treat differently (b.38**), internalised homonegativity (b.17*) and gender minority status (b.17**) predicted PTSD score. Total non-IPV traumas (b.07ns), SQR emotional support (β = -.08ns), SQR blame (b -.06ns), SQR egocentric (β = -.10ns), SQR belief (b .10ns), SQR information/aid (b .09ns), SQR distraction (b .11ns), SQR control (b -.01ns) and outness (b .05ns) were not predictive of PTSD symptoms. Among relationship trauma : SQR Belief (b .36*) and gender minority status (b .17*) were predictive of PTSD symptoms. Multiple IPTs (b -.02ns), total non IPT traumas (b .07ns), SQR treat differently (.25ns), SQR emotional support (b -.29ns), SQR blame (b .06ns), SQR egocentric (b -.10ns), SQR information/aid (b .12ns), SQR distraction (b -.02ns), SQR control (b .21ns), internalized homonegativity (b .11ns), outness (b .02ns) were not predictive of PTSD symptoms.		
Peitzemeier et al., 2021	2021	USA	Trans Women	NA	28 % female/Woman, 51.9 % transwomen, 5.5 % non binary, 14.6 % another gender identity.	1137	NA; 18-24yo : 31.8%, 25-29yo : 24.8%	Cross sectional	PC PTSD	After adjusting for potential demographic and other confounders, lifetime T-IPV was significantly associated with 50 % increased risk of PTSD (aPR 1.5; 95%CI 1.31-1.72). Covariabls : race (black vs white : aPR .78, CI .63 - .96; latinx vs white aPR .81 CI .67 - .98; but not asian or hawaiian native/pacific islander vs white ;	46.6%	Moderate	

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = p<.05 ; ** = p< .01 ; *** = p<.001 ; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

										not multiracial ; and not other or unknown), age (no difference among groups), educational attainment (any post secondary education vs high school diploma or less (ref) : aPR 1.02ns CI .88 - 1.18)), food insecurity (sometimes/most of the time VS do not/seldom/rarely (Ref) : aPR 1.47 CI 1.29 - 1.68); Gender identity (transwoman vs female : aPR .91ns CI .79 - 1.05; NB vs female : aPR .87ns CI .64 - 1.18; another GI vs female : 1.08ns CI .90-1.28), hormone use (Yes vs No (Ref) : aPR .97ns CI .84-1.13), Sex work lifetime (Yes vs No (Ref) : aPR 1.15ns CI .96-1.39).		
Sherman et al., 2020	2020	USA	Trans Women	52.8 % Heterosexual, 4.1 % lesbian, 15.2 % Gay, 10.2 % Bisexual, 2.5 % queer, 7.1 % same gender loving, 1 % asexual, 6.6 % other.	100 % male assigned at birth; 100 % female/woman, transgender female, or transgender woman.	197	38.4 (12.2)	Cross sectional	PC PTSD	Positive correlations : Polyvictimization (.38**) and Depression (.46**). Non significant correlations : city (0= Washington, 1 = baltimore; -.14ns), age (-.11ns), Emotional transgender community connect (-.01ns). Regression : Only polyvictimization scores ($\beta = .13$, SE .02***) predict higher PTSD symptoms, controlling for Emotion transgender community connection, age and city. ETCC (b.01ns), Age (b -.02ns), city (b -.025ns) did not predict PTSD symptoms.	NA	Moderate
Paquette et al., 2021	2021	Canada	SGM	21 % Homosexual/Gay/Lesbian, 36 % Bisexual, 1 % Two spirited, 21 % Queer/pansexual/Allosexual, 5 % Asexual, 12.5 % Uncertain/Questioning, 3 % Other.	11 % TDG.	280	NA; Range : 18-25yo	Cross sectional	PC PTSD	Comparison : No significant differences across sexual minority identity subtypes with regard to symptoms of trauma among cisgender women (F(3, 202)=1.33ns), and cisgender men (F(4,45)=1.00, ns)). Compared to Cisgender women (referent), Trans/NB report more PTSD symptoms ($\beta = .11^{**}$), but not cisgender men (b -.04ns). Transgender/NB reported significantly higher levels of PTSD than cisgender men ($\beta = .13^{**}$). No interactions	NA	Moderate

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = p<.05 ; ** = p< .01 ; *** = p<.001 ; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

										between gender identity and characteristics of sexual violence (e.g. total sexual violence score, gender of the perpetrator; no data). Among cisgender women, sexual minority status was associated with higher PTSD score (b.06*); total sexual violence score moderated the relation SM women - PTSD ($\beta=.03^*$): while higher total sexual violence score were associated with more trauma symptoms among both sexual minority and heterosexual women, this association was stronger among sexual minority women. This difference was observed at higher total sexual violence scores, but not at low levels of total score; Reporting a female perpetrator (or not) moderate the relation SM Women - PTSD ($\beta=.09^*$): when participants report one or more female perpetrators, there was a significant difference in trauma symptoms across sexual minority status ($t = 2.58^*$), but when there were no female perpetrators, there was no significant difference in the level of trauma symptoms across sexual minority status ($t = .45ns$). Having one or more Female perpetrators was associated with higher PTSD among SM women, but not heterosexual women. Among SM men, sexual minority status did not predict PTSD (b.02ns). No moderations effect between the relation SM Men - PTSD.		
Watson et al., 2022	2022	USA	Bisexual Women & Gender expansive	28.83 % Queer, 22.49 % Pansexual, 4.5 % Demi sexual, 2.12 % Questioning, .79 % Grey/panromantic, 8.47 % other.	84.39 % Cisgender woman, 1.06 % transgender woman, 2.12 % Non binary, 5.29 % gender queer, 3.7 % gender fluid, 4.5 % questioning, .26 %	378	27.56 (7.77)	Cross sectional	IES R	Positive correlations: Anti bisexual discrimination ($r=.51^{***}$), sexual assault ($r=.44^{***}$). Non-significant correlations: outness ($r=-.08$, ns). Regressions: Anti bisexual discrimination mediates the outness->PTSD relationship	47.62%	Moderate

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

					bigender, 2.38 % agender, 5.56 % other.					(b.10, SE .04, CI .029 - 1.063*). Outness is not correlated with PTSD, but Outness predicts Anti bisexual discrimination, which predicts PTSD. Sexual assault does not mediate the Outness --> PTSD relationship (b -.04, SE .03, CI -.564 / .110ns). Sexual assault mediates the antibisexual discrimination relationship --> PTSD (b .15, SE .06, CI .124 - 1.180*): experiencing antibisexual discrimination exposes to sexual violence, which partly increases PTSD symptoms.		
Johnson et al., 2021	2021	USA / Canada	TGD Women	34 % bisexual, 32 % heterosexual, 19 % gay/Lesbian, 15 % asexual/Pansexual/another sexual orientation.	100 % women/transwomen, assigned male at birth. 13.5 % intersex.	89	29.9 (6.0)	Cross sectional	TSC-40	Positive correlations : alcohol use (r=.29**). Negative correlations: perceived social support (r=-.23*) and Perceived social support friends (r=-.26*). Non significant correlations : Perceived social support Significant Person (r=-.19, ns), Perceived social support family (r=-.17, ns) and age (r=-.19, ns).	NA	Low
Charak et al., 2023	2023	Spain	SGM	33.3 % Gay, 15.6 % Lesbian, 4.4 % Heterosexual, 40 % Bisexual, 3.1 % Pansexual, 1.3 % Asexual, 2.2 % other.	28.8 % cisgender woman, 37.8 % cisgender men, 8.5 % transgender man, 4.5 % transgender woman, 13.5 % non binary, 6.8 % other; 48.9 % assigned male at birth, 50.2 assigned female at birth; .4 % intersex.	225	32.35 (9.48)	Cross sectional	ITQ	Positive correlations with PTSD: minority stressors: violence based on gender expression r .377*), Discrimination/harassment (.334*), vicarious trauma (.148*), rejection by family of origin (.236*); Isolation (.231*); cumulative Daily Heterosexist experiences (.338*), DSO (.562*) and cumulative trauma (.277*). Non-significant correlations with PTSD: vigilance (/ex watching what you say and do around heterosexual people, .06ns). Positive correlations with DSO: violence based on gender expression (.356*), discrimination/harassment (.172*), vicarious trauma (.143*), rejection by family of origin (.161*), Isolation (.323*), Cumulative daily heterosexist experiences (.398*), PTSD (.562*). Non-significant correlations with DSO:	6 % met criteria for PTSD, and 19.1 % met criteria for CPTSD. Gay : 5.3 % PTSD, 10.7 % CPTSD. Lesbian : 11.4 % PTSD, 25.7 % CPTSD. Bisexual : 3.4 % PTSD, 23.9 % CPTSD. Pansexual/asexual/other : 7.1 % PTSD, 30.8 % CPTSD. TDG : 9.6 % PTSD, 31.9 % CPTSD.	Moderate

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = p<.05 ; ** = p< .01 ; *** = p<.001 ; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

										cumulative trauma (.088ns) and vigilance (.088ns). Regressions: Cumulative trauma predicts PTSD (b .154*) but not DSO (b .001ns). Cumulative minority stress predicts PTSD (b .322***) and DSO (.306***). When detailing minority stress, only DHE Gender expression (PTSD: b.269**, DSO: b .289**) and DHE Isolation (PTSD: .071ns, DSO: b.204*) were predictors of PTSD. DHE vigilance (PTSD: -.121ns, DSO -.059ns), DHE Discrimination/Harassment (PTSD .190ns, DSO -.058ns), DHE Vicarious Trauma (PTSD.037ns, DSO .100ns) and DHE Rejection by family (PTSD. 018ns, DSO .025ns) were not associated with PTSD in the regression model.		
Hughto, Meyer et al., 2021	2021	USA	TDG	NA	24.8 % transgender woman, 31.4 % transgender man, 43.8 % non binary.	580	31.3 (11.3)	Cross sectional	PC PTSD	Compared to individuals who were not concerned that politicians in their state would pass laws that would take away transgender rights, those who were concerned were at significantly greater odds of having clinically significant symptoms of PTSD (aOR = 2.47; p<.0001) even after controlling for physical or sexual abuse, but not those who were unsure (aOR 1.76ns, CI .93 - 3.35).	36.8%	Moderate
Grocott et al., 2023	2023	USA / Canada	TDG	6.8 % asexual, 23.6 % heterosexual/straight, 18.8 % gay/lesbian, 34 % bisexual, 10.5 % pansexual, 1.6 % other.	44.5 % transgender woman, 24.6 % transgender man, 11 % genderqueer, 9.9 % woman, 5.8 % man; 3.1 % other	191	30.28 (7.09)	Cross sectional	TSC-40	Positive correlations : depression (r=.85**) and sexual assault (.55**). Negative correlations : significant other support (r=-.15*), family support (r=-.14*), friends support (r=-.20**). Regression : Sexual assault victimization was positively associated with post-assault trauma symptomatology (β=.19***). Covariables : age (b -.02ns), income (b .06ns) ne prédisaient pas PTSD. Depression prédisait PTSD (b.04***). Modération : partielle	NA	Moderate

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = p<.05 ; ** = p< .01 ; *** = p<.001 ; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

										Interaction from perceived support from a significant other on sexual assault -->ptsd ($\beta = -.07$, $p = .057ns$). Sexual assault was associated with post assault trauma symptomatology at low levels of perceived support from a significant other ($\beta = .25^{***}$), but no high levels of perceived support from a significant other ($\beta = .10ns$). The interactions of perceived support from friends ($\beta = -.06ns$) and family ($\beta = -.00ns$) were not significant on the relation sexual assault --> PTSD.		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Notes : sd = Standard Deviation ; TGD = Transgender and Gender Diverse ; SMW = Sexual Minority Women ; SMM = Sexual Minority Men ; MSM = Men who have Sex with Men ; WSW = Women who have Sex with Women ; SM = Sexual Minority ; SGM = Sexual and Gender Minority ; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$; ns = Non Significant ; OR = Odds Ratio ; CI = Confidence Interval.

Chapitre 2 | Les personnes LGBTQIA+

Points à retenir

- Sous le sigle LGBTQIA+ se regroupent des profils et des parcours de vie divers, au regard de leur orientation sexuelle et/ou romantique, de leur identité de genre, de leur intersexuation, ou plus largement de leur rapport à la norme cisgenre et hétérosexuelle.
- L'histoire des personnes LGBTQIA+ s'inscrit dans une perspective de lutte contre les discriminations et pour un accès aux droits. De nombreux changements sont apparus dans le droit français lors de ces dernières décennies, d'autres sont encore à négocier.
- Les personnes LGBTQIA+ font face à de nombreuses adversités qui s'étendent sur un spectre large incluant microagressions, discriminations, violences et crimes de haine.
- Ces violences amènent les personnes LGBTQIA+ à développer des stratégies pour faire face et peuvent parfois s'internaliser. Cela a été théorisé sous le concept de stress des minorités.
- Les personnes LGBTQIA+ sont une population particulièrement à risque sur le plan de la santé, qu'elle soit physique ou mentale. Paradoxalement, le lien aux autres peut représenter tant un risque d'exposition aux violences qu'une source de résilience pour les personnes LGBTQIA+.
- Les résultats de la revue systématique de la littérature montrent que les prévalences de TSPT et TSPT-C observées chez les personnes LGBTQIA+ relèvent d'un enjeu majeur de santé publique. Plusieurs facteurs interviennent dans la symptomatologie et s'inscrivent dans une perspective systémique.
- Les études menées à ce jour manquent de rigueur méthodologique pour permettre d'affirmer des liens de causalité entre ces facteurs et les symptômes de TSPT et TSPT-C.

**Chapitre 3 | Recherche empirique : Prévalences de TSPT/TSPT-C
et facteurs associés dans un échantillon français de personnes
LGBTQIA+ et cisgenres hétérosexuelles**

Chapitre 3 | Recherche empirique

1. Construction du projet de recherche

1.1. Problématique

Nous avons souligné au cours de ce travail que la population LGBTQIA+ était particulièrement vulnérable au fait d'être exposée à de la violence sous des formes multiples. Nous avons également mentionné les conséquences que peut avoir une exposition aux violences sur la santé physique et mentale, notamment en termes de symptomatologie post-traumatique. A ce jour, nous disposons de nombreuses preuves qui démontrent que la sur-exposition aux violences chez les personnes LGBTQIA+ rapportée dans certains pays est également bien présente dans le contexte français (EUAFR, 2024; Observatoire des Inégalités, 2023; SOS Homophobie, 2024). Néanmoins, à notre connaissance et à ce jour, aucune étude n'a exploré en population générale française⁹⁸ les répercussions de ces violences en termes de TSPT ou de TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+.

Plus largement, ces données restent rares en dehors du contexte américain (Marchi et al., 2023b). Seules deux études réalisées sur le continent européen sont disponibles, en Irlande auprès de 123 étudiants universitaires LGB (Travers et al., 2020) et en Espagne chez 225 adultes LGBTQ+ (Charak et al., 2023). Qui plus est, les études empiriques qui explorent plus spécifiquement les symptômes de TSPT-C chez cette population sont particulièrement limitées. Elles étaient inexistantes lorsque nous avons débuté cette thèse en 2020 et seules trois sont disponibles à ce jour : deux d'entre elles sont issues d'un même échantillon américain, mis à disposition par le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

⁹⁸ Il convient de noter que certaines études existent auprès de populations spécifiques, par exemple chez des mineurs transgenres en consultation spécialisée (Lagrange et al., 2023).

Chapitre 3 | Recherche empirique

(NIAAA)⁹⁹ (Ellis et al., 2024a; Ellis & Gutierrez, 2024) et la troisième consiste en une validation psychométrique de l'ITQ en Espagne (Charak et al., 2023).

Fort de ce constat, il nous est apparu nécessaire de mener une investigation qui permette d'étayer nos connaissances sur la situation des personnes LGBTQIA+ en France. Nous détaillerons les objectifs de cette étude dans la partie qui suit.

1.2. Objectifs et hypothèses

L'objectif général de cette étude était de dresser un état des lieux de l'exposition aux violences et leurs répercussions traumatiques chez les personnes LGBTQIA+, en comparant nos données avec un échantillon de personnes cisgenres et hétérosexuelles. Plus précisément, les objectifs de cette étude étaient les suivants :

1. Quantifier et comparer les taux d'exposition aux événements potentiellement traumatiques (i.e., durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte) et aux discriminations chez les personnes LGBTQIA+ et les personnes cisgenres et hétérosexuelles.
2. Quantifier et comparer les prévalences de TSPT et TSPT-C entre personnes LGBTQIA+ et personnes cisgenres et hétérosexuelles.
3. Identifier les facteurs qui peuvent expliquer les symptômes de TSPT et TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+ et les personnes cisgenres et hétérosexuelles.

Au regard de ces objectifs et sur la base de la littérature existante, nous avons formulé plusieurs hypothèses :

- Premièrement, les personnes LGBTQIA+ rapportent un taux d'exposition aux discriminations et aux événements potentiellement traumatiques significativement supérieur à

⁹⁹ Institut National sur l'Abus d'Alcool et l'Alcoolisme.

Chapitre 3 | Recherche empirique

celui des personnes cisgenres et hétérosexuelles. En outre, les personnes TDG rapportent des taux d'exposition plus élevés que le reste de la population LGBTQIA+. Parallèlement, les personnes intersexes sont significativement plus exposées que les personnes dyadiques.

- Secondement, les personnes LGBTQIA+ rapportent des prévalences de TSPT/TSPT-C significativement supérieures aux personnes cisgenres et hétérosexuelles. En outre, les personnes bisexuelles et TDG rapportent des prévalences plus élevées que le reste de la population LGBTQIA+. Parallèlement, les personnes intersexes rapportent des prévalences plus élevées que les personnes dyadiques.

- Troisièmement, certaines variables sociodémographiques, psychosociales et/ou contextuelles constituent des facteurs de protection du TSPT et du TSPT-C (i.e., fonctionnement familial, stratégies de coping centrées sur le problème ou l'émotion), et d'autres des facteurs de risque (i.e., exposition fréquente à des événements potentiellement traumatiques, exposition à des discriminations, dissociation, stratégies de coping centrées sur l'évitement).

1.3. Accords éthiques et juridiques

La réalisation d'une étude auprès de personnes nécessite préalablement la mise en conformité du protocole de recherche et de la procédure envisagée avec certaines réglementations éthiques et juridiques. Nous prendrons ici le temps de rendre compte du processus traversé lors de notre recherche doctorale dans l'obtention des autorisations nécessaires à la réalisation de cette étude.

1.3.1. Contexte éthique et juridique

Depuis quelques années, plusieurs réglementations ont été adoptées en France afin d'assurer la protection des personnes participant aux études ainsi que la protection des

Chapitre 3 | Recherche empirique

données collectées. Elles sont désormais une condition *sine qua non* afin de pouvoir publier dans des revues internationales, mais également nationales, depuis peu. Sur le plan éthique, c'est la Loi Jardé, votée en 2012 et appliquée en 2016, qui règlemente les Recherches interventionnelles et non interventionnelles Impliquant la Personne Humaine (RIPH; Loi N° 2012-300 du 5 Mars 2012 relative aux Recherches Impliquant la Personne Humaine, 2012). Cette réglementation est avant tout pensée pour le domaine médical, mais englobe également les recherches en sciences humaines et sociales (SHS).

Selon le niveau de risque et le degré d'intervention pour les participants, les recherches sont classées sous différentes catégories. Les recherches de catégories 3 sont des recherches non interventionnelles (e.g., étude par questionnaire), n'impliquant aucun changement dans la prise en charge des participants. Les recherches de catégorie 2 sont des recherches interventionnelles ne soumettant les participants qu'à des risques et contraintes minimales (e.g., dans le champ de la psychologie : évaluation de l'efficacité d'une psychothérapie). Les recherches de catégorie 1 sont des recherches interventionnelles comportant des risques non justifiés par la prise en charge habituelle (e.g., essais d'un nouveau médicament). Les Comités de Protection des Personnes (CPP) sont chargés d'évaluer, pour chaque projet déposé, la catégorie qui lui correspond (RIPH 1, 2 ou 3). Chaque projet de recherche soumis se voit attribuer aléatoirement un CPP. Les CPP sont composés de bénévoles issus de champs disciplinaires différents (e.g., biomédical, éthique, sociologie, psychologie, juridique). En parallèle, les projets de recherche doivent également obtenir l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), dans notre cas via le Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Bordeaux, afin d'assurer la protection des données personnelles des participants. Enfin, les projets de recherche de catégorie 1 doivent obtenir l'accord de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) (Héron, 2020).

Chapitre 3 | Recherche empirique

En ce qui concerne les recherches en psychologie, une alternative aux CPP est parfois envisageable du côté des Comités d’Ethique de la Recherche (CER) pour les recherches qui ne relèvent pas de la Loi Jardé¹⁰⁰. Les CER présentent l’avantage d’être plus adaptés aux études en SHS qui ne relèvent pas du domaine biomédical, ce qui facilite les échanges tant dans la présentation des protocoles soumis à évaluation que dans la durée bien plus courte d’examen des dossiers déposés et donc des retours émis. Lors de cette recherche doctorale, le CER de l’Université de Bordeaux n’était pas encore mis en place¹⁰¹. Il existait néanmoins un Comité Local d’Ethique (CLE) propre à notre laboratoire de rattachement (Laboratoire de Psychologie, UR4139). Toutefois, le CLE se limitait aux recherches hors loi Jardé. En cas de doute sur la qualification du projet de recherche (RIPH ou hors loi Jardé), un avis de refus du CPP devait être présenté au CLE pour que ce dernier puisse émettre un avis¹⁰².

1.3.2. *Processus de l’obtention d’un avis favorable*

Alors que les démarches éthiques et juridiques ont été une simple formalité pour la première étude de cette recherche doctorale relative à l’adaptation française de l’ITQ (délai de 4 mois ; voir Chapitre 1.7.), obtenir l’avis favorable d’un CPP s’est avéré bien plus complexe pour la présente étude. Initialement, nous souhaitions mener une étude mixte, comportant une approche quantitative avec les objectifs mentionnés plus haut et une approche qualitative (sur la base d’entretiens semi-dirigés). Cette dernière avait pour objectif d’explorer les stratégies d’adaptation des personnes LGBTQIA+ face aux violences, afin de savoir si celles-ci variaient selon la présence ou non d’un TSPT chez les participants. C’est en ce sens que nous avons déposé un premier dossier au CPP en Mai 2023 (Annexe 9), qui s’est vu refuser le 05 Juin 2023 (Annexe 10). Nous avons fait appel de ce refus (Annexe 11) le 26

¹⁰⁰ Force est de constater qu’il n’est pas toujours évident de discerner si nos recherches relèvent ou non de cette loi, comme le rappelle la Fédération des CER (*Demander un avis éthique à un CER ou à un CPP ?*, s. d.) et comme nous avons pu l’expérimenter.

¹⁰¹ Ce qui est maintenant le cas depuis début 2024.

¹⁰² Conduisant finalement à une procédure au moins aussi chronophage.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Juin 2023, appel qui a son tour a été rejeté le 03 Août 2023 (Annexe 12). Nous prendrons le temps de tirer des conclusions relatives à ces refus et d'émettre des pistes de réflexion (voir partie 4.1.1.)

Conséquemment, une refonte de la structure de cette recherche doctorale a été envisagée. A défaut de pouvoir accéder directement à la population cible, nous avons fait le choix de construire une étude qualitative portant sur les freins et les leviers dans l'accompagnement des personnes LGBTQIA+ chez les psychologues. Ce projet de recherche a été soumis au CLE du laboratoire de psychologie UR4139 le 30 Septembre 2023 et a été approuvé le 16 Octobre 2023 (Annexe 13). En parallèle des entretiens menés auprès des psychologues (21 entretiens réalisés de mi-novembre à fin janvier 2023), nous avons soumis de nouveau notre projet de recherche initial au CPP, en réalisant deux procédures distinctes pour chaque volet : quantitatif (i.e., exposition aux violences et TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+) et qualitatif (i.e., stratégies d'adaptation face aux violences chez les personnes LGBTQIA+). Le volet quantitatif a été déposé à un CPP le 20 Octobre 2023 (Annexe 14) et approuvé sans demandes de modifications le 07 Décembre 2023 (Annexe 15). Le questionnaire dans son ensemble est disponible en Annexe 16. Le projet qualitatif a été déposé auprès du CLE le 29 Novembre 2023 et a été approuvé le 18 Décembre 2023 après modifications (Annexe 17).

L'année 2023 a ainsi été dédiée en grande partie au déploiement d'une énergie conséquente pour constituer cinq demandes d'avis éthiques. En fin d'année, un choix a dû être fait entre les trois projets de recherches envisageables, pour lesquels nous avons finalement obtenu tous les accords éthiques et juridiques préalables. Nous avons préféré maintenir la philosophie du projet doctoral initial, en conservant l'étude quantitative (i.e., exposition aux violences et TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+) tout en y retirant,

Chapitre 3 | Recherche empirique

faute de temps, le volet qualitatif (i.e., entretiens portant sur les stratégies d'adaptation face aux violences chez les personnes LGBTQIA+) et en mettant en pause l'analyse qualitative des 21 entretiens réalisés auprès des psychologues.

Les deux prochains chapitres rendent compte des résultats de l'étude quantitative. Dans un premier temps, les résultats descriptifs de cette étude seront présentés. Ils portent sur les fréquences d'exposition aux violences et les prévalences de TSPT et de TSPT-C en France chez les personnes LGBTQIA+ et les personnes cisgenres hétérosexuelles (Article 3). Puis, les résultats d'analyses portant sur les facteurs prédictifs du TSPT et du TSPT-C chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+ seront présentés.

2. Fréquence d'exposition aux discriminations, aux événements potentiellement traumatiques et prévalences de TSPT et TSPT-C chez les personnes cisgenres hétérosexuelles, cisgenres LGB+ et transgenres et de genres diverses (Article 3)

Dans un premier temps, il est apparu important de dresser un état des lieux descriptif de nos données. Cela était nécessaire à la fois pour contextualiser nos données et les analyses qui en découleront, mais également parce qu'il existe une demande importante de statistiques permettant de quantifier l'ampleur des violences et leurs répercussions dans la vie des personnes LGBTQIA+. Nous avons opté pour une description relativement générale de notre échantillon, en entrant peu dans la finesse des différentes orientations sexuelles ou identités de genres. Cela s'est construit dans l'objectif de répondre prioritairement au besoin de quantifier les phénomènes d'exposition aux violences et de TSPT/TSPT-C pour l'ensemble de la population LGBTQIA+. D'autres analyses, portant plus spécifiquement sur certaines populations, pourront être réalisées par la suite. Ce dernier volet de cette recherche doctorale fera prochainement l'objet d'une soumission dans une revue scientifique et de communications. Dans un objectif de cohérence et afin de faciliter la lecture, l'article, en voie de finalisation, a été intégralement traduit en français pour ce manuscrit.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Fréquence d'exposition aux discriminations, aux événements potentiellement traumatiques et prévalences de TSPT et de TSPT-C chez des personnes LGBTQIA+ et cisgenres hétérosexuelles françaises.

Revue pressentie : *LGBT Health* (SCIMAGO Q1)

William Peraud^{1*}, Louis Hébrard², Fanny Echegaray¹, Victor Alvarez³, Martin Fournier⁴, Bruno Quintard¹.

¹ Laboratoire de Psychologie EA 4139, Université de Bordeaux, Faculté de Psychologie, 3 ter Place de la Victoire, 33000 Bordeaux, France.

² Inserm Bordeaux Population Health Research Center, UMR 1219, Université de Bordeaux, France.

³ Psychologue, Dr. en Psychologie.

⁴ Master 1 Psychologie Clinique de la Santé, Université de Bordeaux, Faculté de Psychologie, 3 ter Place de la Victoire, 33000 Bordeaux, France.

*Correspondance : william.peraud@u-bordeaux.fr / william.peraud@gmail.com

Résumé.

Objectifs : Les personnes LGBTQIA+ sont une population particulièrement exposée aux violences et aux discriminations. Si de nombreuses études démontrent ce constat, elles sont encore rares en France. Peu d'études sont venues explorer au sein de cette population les prévalences de Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) et de Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C) selon les critères de la 11ème version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11). Les objectifs de cette étude étaient de comparer (a) les taux d'exposition aux violences (i.e., discriminations, événements potentiellement traumatiques) et (b) les taux de prévalence de TSPT et TSPT-C selon l'orientation sexuelle, l'identité de genre et le statut d'intersexuation.

Méthode : Un échantillon de 2175 personnes majeures a été recruté en population générale française. L'échantillon est composé de 432 personnes cisgenres hétérosexuelles, 964 personnes cisgenres lesbiennes, gays, bisexuelles et autres orientations sexuelles (LGB+), et de 779 personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG). Au sein de l'échantillon total, 29 sont des personnes intersexes. Ont été évaluées l'exposition aux discriminations, aux Événements Potentiellement Traumatiques (EPT) durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte; ITEM) ainsi que les symptômes de TSPT et de TSPT-C au cours du dernier mois (ITQ).

Résultats : Les analyses montrent des taux d'exposition aux violences (i.e., discriminations, EPT) significativement supérieurs chez les personnes TDG en comparaison des personnes cisgenres LGB+, elles même plus exposées que les personnes cisgenres hétérosexuelles. Dans le même sens, les personnes TDG rapportent significativement plus de symptômes de TSPT et TSPT-C que les personnes cisgenres LGB+, elles-mêmes ayant plus de symptômes que les personnes cisgenres hétérosexuelles. Les prévalences les plus élevées sont apparues chez les personnes TDG (10-14 %

Chapitre 3 | Recherche empirique

TSPT; 12-32 % TSPT-C; 25-46 % prévalence cumulée) et les personnes pansexuelles (11,6 % TSPT; 28,4 % TSPT-C; 40 % prévalence cumulée). La taille de l'échantillon de personnes intersexes n'a pas permis de réaliser d'analyses comparatives, mais montre des taux d'exposition aux violences et de prévalences de TSPT et TSPT-C particulièrement élevée (27,6 % TSPT; 20,7 % TSPT-C; 48,3 % prévalence cumulée).

Conclusion : L'étude montre la nécessité de considérer les personnes LGBTQIA+ dans les études considérant l'exposition aux violences et les répercussions post-traumatiques. Une politique effective de lutte contre les violences LGBT-phobes et de prise en compte de ce public dans les politiques de santé doit être mise en place. Cela doit se traduire sur le terrain par une levée des barrières dans l'accès aux soins psychothérapeutiques au sein de cette population. D'autres études sont appelées à être menées, notamment afin d'explorer certains facteurs de risques du TSPT et du TSPT-C spécifiques à la population LGBTQIA+.

Mots clés : LGBTQIA+, Exposition aux violences, Discriminations, TSPT, TSPT-C.

1. Introduction.

Les personnes LGBTQIA+¹⁰³ constituent une part importante de la population : 9 % selon une enquête menée en 2023 auprès de 22.500 personnes dans 30 pays (IPSOS, 2023b). Sous le sigle LGBTQIA+ se regroupent des personnes aux profils variés au regard de leur orientation sexuelle (e.g., lesbiennes¹⁰⁴, gays¹⁰⁵, bisexuels¹⁰⁶, asexuels¹⁰⁷, pansexuels¹⁰⁸), de leur identité de genre (e.g., transgenres¹⁰⁹, non binaires¹¹⁰), de leurs

caractéristiques anatomiques (i.e., intersexes¹¹¹), ou plus largement de leur rapport à la norme hétérosexuelle et cisgenre^{112,113} (e.g., queer¹¹⁴, +, en questionnement¹¹⁵).

¹⁰³ Personnes lesbiennes, Gay, Bisexuelles, Transgenres, Queer, Intersexes, Asexuelles.

¹⁰⁴ Femmes attirées exclusivement par d'autres femmes.

¹⁰⁵ Hommes attirés exclusivement par d'autres hommes.

¹⁰⁶ Personnes pouvant éprouver de l'attirance pour plus d'un genre, non nécessairement de la même manière, fréquence ou degré.

¹⁰⁷ Personnes qui n'éprouvent pas ou peu d'attirance sexuelle pour qui que ce soit.

¹⁰⁸ Personnes pouvant éprouver de l'attirance pour quelqu'un, indépendamment de son sexe, de son genre ou de son expression de genre.

¹⁰⁹ Personne qui ne se reconnaît pas dans le genre qu'on lui a assigné à la naissance.

¹¹⁰ Personne qui n'est ni exclusivement un homme, ni exclusivement une femme. Cela peut être une combinaison (simultanée ou alternée) de genres, une absence (agenre), ou un genre autre.

¹¹¹ Personnes nées avec des caractères sexuelles (génitaux, gonadiques ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps masculines ou féminins (Collectif Intersexe Activist, 2018).

¹¹² Norme amenant à considérer le fait d'être hétérosexuel et cisgenre comme « normal », allant de soi, comme la référence par défaut et amenant à marginaliser tout ce qui s'écarte de cette norme.

¹¹³ Cisgenre : Personne en adéquation avec le genre qui lui a été assigné à la naissance en fonction de ses organes génitaux. Antonyme de transgenre.

¹¹⁴ Ancienne insulte (signifiant en anglais : « bizarre, tordu ») réappropriée par des personnes qui se revendiquent de façon politique en dehors des normes hétéro-cis. Peut être utilisé par des personnes qui ne souhaitent pas se définir dans une catégorie plus restreinte.

¹¹⁵ Se dit d'une personne qui se questionne quant à son orientation sexuelle, son identité de genre, son expression de genre ou sa possible intersexuation.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Les personnes LGBTQIA+ sont particulièrement exposées aux discriminations. Une enquête d'ampleur menée en 2023 dans 23 pays européens montre que 36 % rapportaient avoir vécu des discriminations au cours des 12 derniers mois. Les personnes trans apparaissent comme les plus exposées, 70 % d'entre elles rapportent avoir vécu des discriminations au cours des 12 derniers mois. Ces discriminations apparaissent dans des lieux multiples : emploi (19 %), vie sociale (17 %), éducation (15 %), soin (14 %), hébergement (12 %) (EUAFR, 2024).

Au-delà des discriminations, les personnes LGBTQIA+ se voient surexposées aux violences interpersonnelles (Katz-Wise & Hyde, 2012b; Peitzmeier et al., 2020b; Roberts et al., 2010). Dans leur vie quotidienne, elles peuvent être exposées à un spectre large de comportements et d'attitudes hostiles allant de micro agressions (Nadal et al., 2016), jusqu'aux crimes de haine (Bayrakdar & King, 2023). Ces violences peuvent se manifester au sein de la famille (e.g., non acceptation, rejet) (Katz-Wise et al., 2016), dans l'emploi (e.g., discriminations à l'embauche, harcèlement) (Maji et al., 2024), ou encore dans l'accès aux soins (Romanelli & Hudson, 2017) y compris dans le soin en santé mentale (Rees et al., 2021). Cette exposition à de la violence interpersonnelle intervient également plus tôt que le reste de la population : les jeunes LGBTQIA+ rapportent être plus fréquemment exposés à des adversités durant l'enfance que les jeunes hétérosexuels et cisgenres (Craig et al., 2020b), notamment aux violences sexuelles, aux violences verbales, ou encore au harcèlement en ligne (Jonas et al., 2022).

L'exposition chronique à des violences interpersonnelles, parfois précoces et pouvant impliquer des figures d'attachement, constitue le principal facteur de risque de développement d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) ou d'un TSPT-Complexe (TSPT-C) (Brewin, 2020). Selon les critères de la CIM-11 (Brewin et al., 2017; WHO,

2022), le TSPT-C se caractérise par six dimensions de symptômes. Trois dimensions correspondent aux critères du TSPT : 1) symptômes envahissants (e.g., réviviscences dissociatives et cauchemars), 2) symptômes d'évitement (e.g., évitement de rappels externes et de pensées et émotions associées à l'événement traumatique) et 3) sentiment de menace persistant (e.g., hypervigilance, réactions de sursaut). Trois autres dimensions correspondent aux altérations dans l'organisation de soi (i.e., la facette Complexe du TSPT-C) : 4) altérations émotionnelles (e.g., hyper- et/ou hypo-activation émotionnelle), 5) altérations du sens de soi (e.g., tendance à se dévaloriser, sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec associé à l'événement traumatique), et 6) altérations interpersonnelles (e.g., difficultés à conserver ses relations et à se sentir proche des autres). Enfin, l'exposition à un événement potentiellement traumatique et la présence d'altérations du fonctionnement dans un ou plusieurs domaines de la vie (e.g., personnelle, familiale, professionnelle) sont nécessaires au diagnostic. Le diagnostic de TSPT est posé si les trois premières dimensions symptomatiques sont présentes ainsi qu'une altération du fonctionnement dans la vie quotidienne. Le diagnostic de TSPT-C est posé si les six dimensions sont présentes ainsi qu'une altération du fonctionnement dans la vie quotidienne.

Les personnes LGBTQIA+ constituent une population particulièrement à risque de présenter des problèmes de santé physique et mentale. En termes de santé physique, les études rapportent une fréquence accrue de maladies cardiaques (Caceres et al., 2020), de migraines (Haarmann et al., 2024b; Kasprowski et al., 2021), de douleurs de dos, de maladies longues, d'hospitalisations (Kasprowski et al., 2021), de maladies chroniques respiratoires (Haarmann et al., 2024b), ou encore d'usage de substances (Cotaina et al., 2022b; Marshal et al., 2008). Concernant la santé mentale, les personnes

Chapitre 3 | Recherche empirique

LGBTQIA+ présentent une fréquence accrue d'anxiété (Wittgens et al., 2022), de dépression (Kasprowski et al., 2021; Wittgens et al., 2022), de troubles du sommeil (Kasprowski et al., 2021), de troubles du comportement alimentaire (Hay et al., 2023), de burnout, de sentiment de solitude (Kasprowski et al., 2021), ou encore d'auto-mutilations et de comportements suicidaires (Erlangsen et al., 2023b; Liu et al., 2019b).

Au regard de la méta-analyse menée par Marchi et al., (2023), la présence d'un TSPT est deux fois plus fréquente chez les personnes LGBTQ que chez les personnes cisgenres et hétérosexuelles. Au sein de la population LGBTQIA+, les personnes transgenres et les personnes bisexuelles apparaissent comme les plus à risque. Dans une étude menée en Espagne auprès de 225 personnes LGBTQIA+, 6 % et 19.1 % des participants remplissaient respectivement les critères du TSPT et du TSPT-C selon les critères de la CIM-11 (Charak et al., 2023). A ce jour et à notre connaissance, il s'agit de la seule étude explorant la prévalence de TSPT et TSPT-C selon les critères de la CIM-11 chez les personnes LGBTQIA+. A titre de comparaison, une étude menée en population générale irlandaise auprès de 1020 personnes soulignait des prévalences de 5 % de TSPT et 7.7 % de TSPT-C selon les critères de la CIM-11 (12.7 % prévalence cumulée) (Hyland, Vallières, et al., 2021b).

En France, plusieurs rapports et études laissent supposer que les personnes LGBTQIA+ ne sont pas préservées de l'exposition aux violences. En 2019, une enquête menée auprès de 1229 personnes LGBT a montré que 35 % avaient déjà fait l'expérience d'au moins une forme de discrimination au cours de leur vie (IFOP, 2019b). Dans une autre étude menée en France en 2015, 47 % des femmes homosexuelles et bisexuelles, 30 % des hommes homosexuels et 36 % des hommes bisexuels rapportaient avoir vécu au moins une forme de violence (psychologique, physique

ou sexuelle). Ce pourcentage atteint 61 % chez les personnes trans de l'échantillon (Trachman & Lejbowicz, 2020). Selon le Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (SSMSI), en 2021, les personnes LGB étaient 1,7 à 12 fois plus souvent victimes d'atteintes aux personnes (selon le type d'atteintes) que les personnes hétérosexuelles (SSMSI, 2022). Il convient de souligner que ces violences restent en grande partie inconnues des services de police et de gendarmerie en France: seulement 20 % des victimes de menaces ou violences anti-LGBT+ et 5 % des victimes d'injures anti-LGBT+ déclarent avoir porté plainte (SSMSI, 2019). Malgré ces constats, aucune étude n'a cependant exploré les prévalences de TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+ en population générale française.

Objectifs de l'étude.

Les objectifs de la présente étude menée en population générale LGBTQIA+ française sont de 1) comparer les taux d'exposition aux violences (discriminations, événements potentiellement traumatiques) selon l'orientation sexuelle, l'identité de genre et le statut d'intersexuation et 2) comparer les taux de prévalence de TSPT et TSPT-C selon l'orientation sexuelle, l'identité de genre et le statut d'intersexuation.

Sur la base de la littérature existante, nous faisons les hypothèses suivantes :

Premièrement, les personnes LGBTQIA+ rapportent un taux d'exposition aux événements potentiellement traumatiques et aux discriminations significativement supérieur aux personnes cisgenres et hétérosexuelles. Qui plus est, les personnes bisexuelles et Transgenres et de Genre Divers (TDG) rapportent des taux d'exposition plus élevés que le reste de la population LGBTQIA+. Dans le même sens, les

Chapitre 3 | Recherche empirique

personnes intersexes sont significativement plus exposées que les personnes dyadiques¹¹⁶.

Secondement, les personnes LGBTQIA+ rapportent des prévalences de TSPT/TSPT-C significativement supérieures aux personnes cisgenres et hétérosexuelles. Qui plus est, les personnes bisexuelles et TDG rapportent des prévalences plus élevées que le reste de la population LGBTQIA+. Dans le même sens, les personnes intersexes rapportent des prévalences plus élevées que les personnes dyadiques.

2. Méthode

2.1. Procédure

Une étude en ligne avec le logiciel LimeSurvey a été conduite en population générale française entre le 15 Janvier et le 04 Mars 2024. Le protocole a été revu et modifié en collaboration avec une association LGBTQIA+. Les participants ont été recrutés via les réseaux sociaux (i.e., Facebook, Instagram, LinkedIn) et des flyers ont été déposés dans différents lieux (e.g., conférences, cabinets de santé, associations LGBTQIA+). Les associations LGBTQIA+ ont été grandement mobilisées afin de partager l'appel à participation sur les réseaux sociaux. Les critères d'inclusion étaient d'avoir 18 ans ou plus, vivre sur le territoire français, parler couramment français et consentir à participer à l'étude. Être hétérosexuel et/ou cisgenre n'était pas un critère d'exclusion.

Les participants étaient informés des objectifs de l'étude et des potentiels risques associés. Plusieurs ressources étaient transmises aux participants (e.g., ligne de prévention du suicide, centres ressources de prise en charge des psychotraumatismes, ligne d'écoute

¹¹⁶ Personnes dont les caractéristiques physiques, chromosomiques et/ou hormonales correspondent aux définitions binaires des corps mâle ou femelle. Les personnes dyadiques sont des personnes non-intersexes.

LGBTQIA+). Le protocole de recherche a fait l'objet d'une évaluation par le délégué à la protection des données de l'Université de Bordeaux afin de correspondre au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). L'étude a été approuvée par un comité éthique (Comité de Protection des Personnes Ile de France VI - N° 23.03723.000244).

2.2. Outils

2.2.1. Variables sociodémographiques

2.2.1.1. Orientation sexuelle

L'orientation sexuelle a été mesurée à partir d'une question unique ("Sans nécessairement tenir compte de vos expériences sexuelles actuelles ou passées, quelle est votre orientation sexuelle ?"). Plusieurs options de réponses étaient proposées (hétérosexuel·le, homosexuel·le, bisexuel·le, en questionnement, "autre" avec possibilité de préciser).

2.2.1.2. Identité de genre

L'identité de genre a été évaluée à partir d'un processus en deux questions. La première question demandait le sexe assigné à la naissance avec deux options de réponse (masculin, féminin) et une définition du sexe assigné à la naissance était fournie. La deuxième question demandait l'identité de genre de la personne avec plusieurs options de réponses (femme, homme, non binaire, en questionnement; "autre" avec possibilité de préciser).

2.2.1.3. Intersexuation

L'intersexuation a été mesurée à partir d'une question unique ("êtes-vous né·e avec une variation des caractéristiques sexuelles [on parle parfois d'intersexuation]?"). Une définition de l'intersexuation était proposée afin de guider les participants dans leur réponse. Trois options de réponse étaient proposées (oui, non, ne sait pas).

Chapitre 3 | Recherche empirique

2.2.1.4. Autres variables sociodémographiques

D'autres variables sociodémographiques ont été évaluées :

- Le niveau de diplôme a été apprécié à partir d'une question unique ("Quel est le plus haut diplôme que vous ayez obtenu ?"). Plusieurs modalités de réponse étaient proposées allant de "Aucun diplôme" à "Diplôme de 3ème cycle universitaire".

- La catégorie socio-professionnelle a été évaluée à partir d'une question unique ("Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?") avec plusieurs modalités de réponse.

- Le niveau de revenus a été mesuré à partir d'une question unique ("En considérant vos propres revenus [et les revenus de n'importe quelle autre personne vous aidant financièrement], comment décririez-vous votre situation financière ?"). Quatre modalités de réponse étaient proposées ("Je vis confortablement", "J'ai de quoi répondre à mes besoins", "J'ai juste assez pour répondre à mes besoins de première nécessité", "Je n'ai pas assez pour répondre à mes besoins de première nécessité").

- La zone d'habitation a été identifiée à partir d'une question unique ("Vous vivez en zone...") avec trois modalités de réponses ("Urbaine"; "Semi-Urbaine"; "Rurale").

- La situation conjugale a été évaluée à partir d'une question unique demandant au répondant de sélectionner la case qui lui correspondait parmi plusieurs modalités (e.g., "célibataire", "en concubinage", "marié·e ou pascé·e" "veuf ou veuve").

2.2.2. Exposition aux violences

2.2.2.1. Exposition aux discriminations

L'exposition à des discriminations a été mesurée en s'appuyant sur la méthodologie d'évaluation de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (Beauchemin et al., 2023). Les personnes étaient invitées à préciser dans quelle mesure elles pensaient avoir subi des traitements inégalitaires ou des discriminations au cours des 5 dernières années. Trois modalités de réponses étaient proposées (jamais, parfois, souvent). Si les personnes rapportaient être concernées (réponse "parfois" ou "souvent"), elles étaient invitées à préciser le motif parmi une liste de 10 propositions (orientation sexuelle, genre, âge, origines, couleur de peau, état de santé ou handicap, poids, religion, tenue vestimentaire, autre).

2.2.2.2. Exposition à un événement potentiellement traumatique

L'exposition à un événement potentiellement traumatique a été mesurée à l'aide de l'International Trauma Exposure Measure (ITEM) (Hyland, Karatzias, et al., 2021b), traduite en français (Peraud et al., 2022b). L'ITEM est un outil qui mesure 21 événements potentiellement traumatiques répartis sur trois périodes de développement (0-12 ans, 13-18 ans et plus de 18 ans). Seize événements reflètent la définition de l'exposition à un traumatisme selon le DSM-5-Tr (APA, 2022), tandis que les cinq autres sont des événements psychologiquement menaçants qui peuvent être considérés comme traumatiques conformément aux directives de la CIM-11 (i.e., être traqué, harcelé, négligé ou humilié) (WHO, 2022).

2.2.2.2. Symptomatologie TSPT et TSPT-C

Les symptômes de TSPT et TSPT-C ont été mesurés avec l'International Trauma Questionnaire (ITQ) (Cloitre et al., 2018b), traduite et validée en français (Peraud et al.,

Chapitre 3 | Recherche empirique

2022b). L'ITQ est une échelle auto-rapportée en 18 items évaluant les symptômes du TSPT et du TSPT-C selon la CIM-11 chez les adultes. Six items évaluent les trois clusters du TSPT (i.e., reviviscence, évitement et sentiment de menace) et six autres items évaluent les trois clusters des Perturbations dans l'Organisation de Soi (POS ; i.e., dysrégulation affective, perturbations des relations et concept de soi négatif). Six autres items mesurent les altérations fonctionnelles (sociales, professionnelles et autres domaines importants de la vie) pour le TSPT et le POS. Les répondants indiquent dans quelle mesure chaque symptôme les a dérangés au cours du mois écoulé. Les items sont cotés sur une échelle en cinq points allant de 0 (« Pas du tout ») à 4 (« Extrêmement »). Un diagnostic probable de TSPT est indiqué par la présence (score ≥ 2) d'au moins un symptôme dans chaque cluster du TSPT et par au moins une altération fonctionnelle associée (score ≥ 2). Un diagnostic probable de TSPT-C est indiqué par la présence (score ≥ 2) d'au moins un symptôme dans chaque cluster du POS, avec au moins une altération associée (score ≥ 2) ainsi que la présence des critères relatifs au TSPT. La validité factorielle de l'ITQ dans un échantillon de personnes LGBTQIA+ exposées à des violences a été vérifiée en Espagne (Charak et al., 2023). La fiabilité dans l'échantillon était acceptable ($\alpha = 0,88$).

2.3. Analyses statistiques

Afin de répondre à nos objectifs les participants ont été répartis en trois catégories selon leur orientation sexuelle et leur identité de genre (i.e., personnes cisgenres et hétérosexuelles; personnes cisgenres LGB+; personnes transgenres et diversité de genre). En parallèle, les participants ont également été répartis en trois catégories selon leur statut d'intersexuation (i.e., dyadiques; en questionnement sur leur intersexuation; intersexes). Les résultats relatifs au statut d'intersexuation se limitent à des statistiques descriptives, les tailles d'échantillon ne

permettant pas de réaliser des analyses comparatives avec les autres groupes.

Les prévalences de TSPT/TSPT-C ont été calculées selon l'algorithme de cotation de la CIM-11, à savoir un score ≥ 2 à au moins un item de chaque dimension de symptômes du TSPT, ou du TSPT et du POS pour le TSPT-C, ainsi que la présence d'au moins un item d'altération du fonctionnement. Les prévalences sont calculées en comptabilisant l'ensemble de l'échantillon, comprenant les personnes qui n'ont pas été exposées à un événement potentiellement traumatique et qui n'ont pas répondu à l'échelle d'évaluation du TSPT/TSPT-C.

Les trois groupes (i.e., cisgenres hétérosexuels, cisgenres LGB+ et TDG) ont été comparés sur les scores d'exposition aux discriminations, d'exposition aux événements potentiellement traumatiques (durant l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et au total), de TSPT et de TSPT-C. Les données ne remplissant pas les conditions d'application pour la réalisation d'ANOVAs, nous avons réalisé des tests non-paramétriques de Kruskal-Wallis avec une correction post-hoc de Dunn. Nous avons calculé des *t* de student afin de comparer les scores moyens. Une correction de Welch a été appliquée pour chaque variable afin de pallier le non-respect de l'homogénéité des variances.

3. Résultats

3.1. Analyses descriptives

Au sein de l'échantillon total ($n = 2175$), 20 % étaient des personnes cisgenres et hétérosexuelles ($n = 432$), 44 % des personnes cisgenres et LGB+ ($n = 964$) et 36 % des personnes TDG ($n = 779$).

Les échantillons cisgenres hétérosexuels et cisgenres LGB+ étaient majoritairement composés de femmes cisgenres, respectivement 86 % et 76 %. L'échantillon TDG était majoritairement composé de personnes assignées féminin à la naissance

Chapitre 3 | Recherche empirique

(81 %), et composé principalement de personnes non binaires (46 %) et d'hommes trans (21 %). Au sein des échantillons cisgenres LGB+ et TDG, les personnes étaient majoritairement bisexuelles (respectivement 42 % et 36 %) ou homosexuelles (respectivement 40 % et 25 %) (Tableau 1).

Les personnes cisgenres et hétérosexuelles avaient en moyenne 32.14 ans ($sd = 11.14$), étaient majoritairement des cadres (41 %) ou des étudiants (29 %), titulaires d'un diplôme niveau master (53 %) ou licence (29 %), avec des revenus confortables (52 %) ou suffisants (39 %) pour répondre à leurs besoins, vivant en zone urbaine (63 %) et en couple (31 %) ou célibataires (28 %).

Les personnes cisgenres et LGB+ avaient en moyenne 28.52 ans ($sd = 8.77$) et étaient majoritairement des étudiants (34 %) ou des cadres (27 %), titulaires d'un diplôme niveau master (40 %) ou licence (31 %), avec des revenus suffisants (53 %) ou confortables (31 %) pour répondre à leurs besoins, vivant en zone urbaine (74 %) et célibataires (42 %) ou en couple (28 %).

Les personnes TDG avaient en moyenne 25.72 ans ($sd = 6.84$) et étaient majoritairement étudiantes (40 %) ou sans emploi (17 %), titulaires d'un diplôme niveau bac (33 %) ou licence (31 %), avec des revenus suffisants (49 %) ou confortables (25 %) pour répondre à leurs besoins, vivants en zone urbaine (72 %) et célibataires (48 %) ou en couple (23 %).

Comme mentionné dans le tableau 2, les groupes cisgenres hétérosexuels, cisgenres LGB+ et TDG diffèrent sur les variables sociodémographiques mesurées. Des différences entre nos trois groupes sont observées pour l'âge (CisHet > CisLGB+ > TDG; $p < .01$) la catégorie socio-professionnelle ($p < .001$), le niveau de diplôme ($p < .001$), les revenus ($p < .01$ à $p < .001$) et le statut conjugal ($p < .001$). Concernant la zone d'habitation, des

différences significatives sont observées uniquement entre personnes CisHet vs CisLGB+ ($p < .001$) et personne CisHet vs TDG ($p < .05$).

Le tableau 3 décrit la répartition des trois groupes dyadiques, en questionnement et intersexes, selon les variables sociodémographiques mesurées. Au sein de l'échantillon total ($n = 2175$), 93 % étaient des personnes dyadiques ($n = 2023$), 6 % se questionnaient sur leur intersexuation ($n = 123$) et 4 % étaient intersexuées ($n = 29$). Les personnes intersexes avaient en moyenne 27.34 ans ($sd = 8.29$) et étaient majoritairement étudiantes (40 %) ou sans emploi (16,82 %), titulaires d'un diplôme de niveau baccalauréat (33,25 %) ou licence (31,32 %), avec des revenus suffisants (48,78 %) ou confortables (24,90 %) pour répondre à leurs besoins, vivant en zone urbaine (72,02 %) et célibataires (47,5 %) ou en couple (23,11 %).

3.2. Fréquences d'exposition aux discriminations

3.2.1. Fréquences d'exposition aux discriminations selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre (Tableau 4)

Indépendamment de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, une grande majorité de notre échantillon rapporte avoir été exposée à au moins une forme de discrimination au cours des 5 dernières années, bien que les personnes TDG soient plus nombreuses (84 %) en comparaison des personnes cisgenres LGB+ (73 %) ou des personnes cisgenres hétérosexuelles (63 %). Quasiment une personne TDG sur 2 rapporte avoir vécu 3 formes ou plus de discriminations au cours des 5 dernières années. Parmi les personnes cisgenres et hétérosexuelles, les formes de discriminations les plus fréquemment rapportées sont des discriminations fondées sur le genre (50 %), l'âge (22 %) et le poids (12 %).

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 1. Répartition des trois groupes cisgenres hétérosexuels, cisgenres LGB+ et TDG selon les variables sociodémographiques mesurées.

Variables sociodémographiques		Cisgenres hétérosexuels (n = 431)		Cisgenres LGB+ (n = 964)		TDG (n = 779)	
		n	%	n	%	n	%
Sexe assigné à la naissance	Féminin	373	86,34 %	735	76,24 %	631	81 %
	Masculin	59	13,66 %	229	23,76 %	148	19 %
Identité de genre	Femme cisgenre	373	86,34 %	735	76,24 %		
	Femme transgenre					77	9,88 %
	Homme cisgenre	59	13,66 %	229	23,76 %		
	Homme transgenre					163	20,92 %
	Non binaire					355	45,57 %
	Autre IG					76	9,76 %
	Questionnement					108	13,86 %
Orientation sexuelle	Hétérosexuel	432	100 %			36	4,62 %
	Homosexuel			384	39,83 %	191	24,52 %
	Bisexuel			402	41,7 %	277	35,56 %
	Pansexuel			82	8,5 %	143	18,36 %
	Asexuel			23	2,39 %	45	5,78 %
	En questionnement			58	6 %	47	6,03 %
	Autre OS			15	5,29 %	40	5,13 %

Notes : IG = Identité de Genre ; OS = Orientation Sexuelle. Autres identités de genre mentionnées (non exhaustif) : agenre, gender queer, gender fluid, transmasculin/transféminin, demi-boy/girl. Autres orientations sexuelles mentionnées (non exhaustif) : queer, aromantique, biromantique, demi-sexuel, omnisexuel, saphique, androsexuel, abrosexuel, greyromantique.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Parmi les personnes cisgenres LGB+, les formes de discrimination les plus fréquemment rapportées sont des discriminations fondées sur le genre (53 %), l'orientation sexuelle (38 %) et l'âge (23 %). Parmi les personnes TDG, les formes de discriminations les plus fréquemment rapportées sont des discriminations relatives au genre (72 %), à l'orientation sexuelle (42 %) et à l'état de santé ou la situation de handicap (38 %).

Comme mentionné au tableau 5, les personnes TDG rapportent significativement plus de discriminations au cours des 5 dernières années que les personnes cisgenres hétérosexuelles ($p = .01$) et les personnes cisgenres LGB+ ($p = .01$). De même, les personnes cisgenres LGB+ rapportent plus de discriminations au cours des 5 dernières années que les personnes cisgenres hétérosexuelles ($p = .01$).

3.2.2. Fréquences d'exposition aux discriminations selon l'intersexuation (Tableau 6)

Les personnes intersexes ou se questionnant sur leur intersexuation de notre échantillon sont extrêmement nombreuses à rapporter avoir vécu au moins une forme de discrimination au cours des 5 dernières années, respectivement 90 % et 88 %, contre 63 % des personnes dyadiques. Elles sont également une majorité à avoir vécu au moins 3 formes de discriminations au cours des 5 dernières années, respectivement 69 % et 53 %, contre 12 % des personnes dyadiques. Chez les personnes intersexes et se questionnant sur leur intersexuation, les formes de discriminations les plus fréquemment rapportées sont relatives au genre (respectivement : 79 % et 75 %), à l'orientation sexuelle (respectivement : 48 % et 45 %) et à l'état de santé ou la situation de handicap (respectivement 48 % et 41 %).

3.3. Fréquence d'exposition aux événements potentiellement traumatiques

3.3.1. Événements potentiellement traumatiques durant l'enfance

3.3.1.1. Événements potentiellement traumatiques durant l'enfance selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre (Tableau 7)

Les personnes TDG sont plus nombreuses à rapporter avoir vécu au moins un événement potentiellement traumatique durant l'enfance (81 %), suivies des personnes cisgenres LGB+ (65 %) et des personnes cisgenres hétérosexuelles (54 %). Une personne TDG sur deux rapporte avoir vécu au moins trois événements potentiellement traumatiques durant l'enfance, contre un tiers des personnes cisgenres LGB+ et pratiquement un quart des personnes cisgenres hétérosexuelles.

Au sein des groupes TDG, cisgenres LGB+ et cisgenres hétérosexuels, ce sont les événements hors critère A durant l'enfance qui sont le plus fréquemment rapportés, à savoir avoir été négligé, ignoré ou rejeté (respectivement : 55 %, 34 % et 25 %), avoir été humilié, rabaisé ou insulté par une autre personne (respectivement : 50 %, 31 % et 21 %) ou s'être fait sentir pas aimable, non désirable ou sans valeur (respectivement : 49 %, 31 % et 21 %).

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques entre les groupes cisgenres hétérosexuels, cisgenres LGB+ et TDG.

	Cis (n = 432)		Het (n = 964)		Cis LGB+ (n = 779)		Fisher Test	Exact	Post Hoc		
	n	%	n	%	n	%			CisHet - CisLGB	CisHet - TDG	CisLGB - TDG
CSP							p < .001		p < .001	p < .001	p < .001
Agriculteur	0	0.00	2	0.21	2	0.26					
Cadre	175	40.51	261	27.07	89	11.42					
Employé	81	18.75	169	17.53	130	16.69					
Étudiant	124	28.70	328	34.02	312	40.05					
Indépendant	14	3.24	46	4.77	30	3.85					
Intermédiaire	16	3.70	40	4.15	24	3.08					
Ouvrier	0	0.00	4	0.41	8	1.03					
Retraité	2	0.46	3	0.31	1	0.13					
Sans emploi	12	2.78	64	6.64	131	16.82					
Autre	8	1.85	47	4.88	52	6.68					
Diplôme							p < .001		p < .001	p < .001	p < .001
Sans diplôme	0	0.00	3	0.31	8	1.03					
CEP	0	0.00	0	0.00	1	0.13					
Brevet	1	0.23	9	0.93	18	2.31					
CAP	6	1.39	16	1.66	17	2.18					
Bac	41	9.49	177	18.36	259	33.25					
Licence	123	28.47	300	31.12	244	31.32					
Master	229	53.01	386	40.04	203	26.06					
Doctorat	32	7.41	73	7.57	29	3.72					
Revenus							p < .001		p < .01	p < .001	p < .001
Pas suffisant	3	0.69	18	1.87	35	4.49					
Juste suffisant	37	8.56	128	13.28	170	21.82					
Assez suffisant	224	51.85	517	53.63	380	48.78					
Plus que suffisant	168	38.89	301	31.22	194	24.90					
Zone							p < .001		p < .001	p < .05	ns
Rurale	66	15.28	102	10.58	91	11.68					

Chapitre 3 | Recherche empirique

Semi-Urbaine	94	21.76	145	15.04	127	16.30	
Urbaine	272	62.96	717	74.38	561	72.02	
Situation conjugale							p < .001 p < .001 p < .001 p < .001
Célibataire	121	28.01	406	42.12	370	47.50	
Concubinage	42	9.72	72	7.47	38	4.88	
Marié ou Pascé	112	25.93	126	13.07	51	6.55	
En couple	133	30.79	271	28.11	180	23.11	
Relation libre	15	3.47	73	7.57	119	15.28	
Veuf	2	0.46	0	0.00	0	0.00	
Autre	7	1.62	16	1.66	21	2.70	

Notes : Cis Het = Cisgenres Hétérosexuels ; Cis LGB = Cisgenres LGB+ ; TDG = Transgenres et diversité de genre ; CSP = Catégorie Socio-Professionnelle.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 3. *Caractéristiques sociodémographiques des personnes dyadiques, intersexes et en questionnement. .*

	Intersexes (n = 29)		Dyadiques (n = 2023)		Questionnement (n = 123)	
	n	%	n	%	n	%
Catégorie Socio-Professionnelle						
Agriculteur	0.00	0.26	0.15	0	0.81	3
Cadre	13.79	11.42	25.01	4	12.20	506
Employé	10.34	16.69	17.84	3	13.01	361
Étudiant	37.93	40.05	35.00	11	36.59	708
Indépendant	10.34	3.85	4.20	3	1.63	85
Intermédiaire	0.00	3.08	3.66	0	4.88	74
Ouvrier	0.00	1.03	0.54	0	0.81	11
Retraité	6.90	0.13	0.20	2	0.00	4
Sans emploi	17.24	16.82	8.80	5	19.51	178
Autre	3.45	6.68	4.60	1	10.57	93
Diplôme						
Sans diplôme	3.45	1.03	0.30	1	3.25	6
CEP	0.00	0.13	0.05	0	0.00	1
Brevet	3.45	2.31	1.19	1	2.44	24
CAP	0.00	2.18	1.83	0	1.63	37
Bac	31.03	33.25	21.26	9	30.89	430
Licence	31.03	31.32	30.70	9	30.08	621
Master	20.69	26.06	38.51	6	26.83	779
Doctorat	10.34	3.72	6.18	3	4.88	125
Revenus						
Pas suffisant	20.69	4.49	2.27	6	3.25	46
Juste suffisant	27.59	21.82	14.53	8	26.83	294
Assez suffisant	34.48	48.78	51.66	10	53.66	1045
Plus que suffisant	17.24	24.90	31.54	5	16.26	638
Zone						
Rurale	10.34	11.68	11.81	3	13.82	239
Semi-Urbaine	24.14	16.30	16.96	7	13.01	343
Urbaine	65.52	72.02	71.23	19	73.17	1441
Situation conjugale						
Célibataire	37.93	47.50	40.63	11	52.03	822
Concubinage	0.00	4.88	7.22	0	4.88	146
Marié ou Pascé	6.90	6.55	13.94	2	4.07	282
En couple	17.24	23.11	27.14	5	24.39	549
Relation libre	27.59	15.28	9.10	8	12.20	184
Veuf	0.00	0.00	0.10	0	0.00	2
Autre	10.34	2.70	1.88	3	2.44	38

Note : Des analyses de comparaison n'ont pas pu être réalisées en raison des différences de taille trop importantes entre les trois échantillons.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 4. Fréquences d'exposition aux discriminations chez les personnes cisgenres hétérosexuelles, cisgenres LGB+ et TDG.

Discrimination	Cisgenres hétérosexuels (n = 432)	Cisgenres LGB+ (n = 964)	TDG (n = 779)
	% (n)	% (n)	% (n)
Age	22 % (n = 96)	23 % (n = 226)	22 % (n = 174)
Genre	50 % (n = 215)	53 % (n = 511)	72 % (n = 561)
Etat de santé ou handicap	7 % (n = 32)	14 % (n = 136)	38 % (n = 296)
Couleur de peau	3 % (n = 13)	4 % (n = 37)	4 % (n = 33)
Origines ou nationalité	7 % (n = 30)	6 % (n = 56)	8 % (n = 59)
Poids	12 % (n = 50)	15 % (n = 148)	17 % (n = 134)
Orientation sexuelle	1 % (n = 4)	38 % (n = 362)	42 % (n = 330)
Religion	3 % (n = 11)	3 % (n = 26)	1 % (n = 6)
Façon de s'habiller	8 % (n = 34)	17 % (n = 163)	35 % (n = 270)
Autre	4 % (n = 18)	3 % (n = 31)	6 % (n = 49)
Au moins une forme de discrimination	63 % (n = 271)	73 % (n = 704)	84 % (n = 651)
3+ formes de discriminations	12 % (n = 52)	30 % (n = 290)	49 % (n = 382)

Tableau 5. Résultats des tests non paramétriques de Kruskal-Wallis comparant les trois groupes (cisgenres hétérosexuelles, cisgenres LGB+ et TDG) sur les variables âge, score total de discriminations, événements potentiellement traumatiques, TSPT et TSPT-C.

Variable	χ^2 (df)	p value	Mean rank CisHet	Mean rank CisLGB	Mean rank TDG	Post Hoc		
						CisHet CisLGB	- CisHet -TDG	CisLGB - TDG
Age	119.25(2)	<.001	1314	1127	915	5.16**	10.61**	7.01**
Total Discriminations	196.20(2)	<.001	798	1044	1303	-6.91**	-13.69**	-8.74**
EPT - Enfant	169.18(2)	<.001	850	1023	1301	-4.87**	-12.24**	-9.39**
EPT - Adolescent	195.43(2)	<.001	799	1039	1308	-6.65**	-13.60**	-8.95**
EPT - Adulte	35.06(2)	<.001	971	1064	1183	-2.57**	-5.69**	-4.00**
EPT - Total	194.96(2)	<.001	805	1034	1312	-6.32**	-13.49**	-9.21**
TSPT	135.32(2)	<.001	877	1094	1197	-7.63**	-11.63**	-5.31**
TSPT-C	232.63(2)	<.001	816	1074	1256	-8.89**	-15.14**	-8.19**

Notes : * = Significatif à $p < .05$; ** = significatif à $p < .01$

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 6. *Fréquences d'exposition aux discriminations chez les personnes intersexes, dyadiques et se questionnant sur leur intersexuation.*

Discrimination	Intersexes (n = 29)	Dyadiques (n = 2023)	Questionnement (n = 123)
	% (n)	% (n)	% (n)
Age	21 % (n = 6)	22 % (n = 454)	29 % (n = 36)
Genre	79 % (n = 23)	58 % (n = 1172)	75 % (n = 92)
Etat de santé ou handicap	48 % (n = 14)	20 % (n = 399)	41 % (n = 51)
Couleur de peau	7 % (n = 2)	4 % (n = 73)	7 % (n = 8)
Origines ou nationalité	7 % (n = 2)	7 % (n = 132)	9 % (n = 11)
Poids	45 % (n = 13)	14 % (n = 289)	24 % (n = 30)
Orientation sexuelle	48 % (n = 14)	31 % (n = 627)	45 % (n = 55)
Religion	0 % (n = 0)	2 % (n = 41)	2 % (n = 2)
Façon de s'habiller	34 % (n = 10)	21 % (n = 421)	29 % (n = 36)
Autre	7 % (n = 2)	4 % (n = 88)	7 % (n = 8)
Au moins une forme de discrimination	90 % (n = 26)	74 % (n = 1492)	88 % (n = 108)
3+ formes de discriminations	69 % (n = 20)	32 % (n = 639)	53 % (n = 65)

Note : Des analyses de comparaison n'ont pas pu être réalisées en raison des différences de taille trop importantes entre les trois échantillons.

Parmi les événements critère A, le fait d'avoir été agressé physiquement par un parent ou un tuteur légal durant l'enfance est l'événement le plus fréquemment rapporté par les personnes TDG, cisgenres LGB+ et cisgenres hétérosexuelles (respectivement : 31 %, 19 % et 13 %). Chez les personnes TDG, le second événement le plus fréquemment rapporté durant l'enfance est le fait d'avoir été agressé physiquement par quelqu'un d'autre qu'un parent ou tuteur légal (18 %) ; chez les personnes cisgenres LGB+ et cisgenres hétérosexuelles, c'est le fait d'avoir été agressé sexuellement par quelqu'un d'autre qu'un parent ou un tuteur (respectivement : 12 % et 9 %).

Comme le montre le tableau 5, les personnes TDG rapportent avoir été significativement plus exposées à des événements potentiellement traumatiques durant l'enfance que les personnes cisgenres hétérosexuelles ($p = .01$) et les personnes cisgenres LGB+ ($p = .01$). Les

personnes cisgenres LGB+ rapportent avoir été plus exposées à des événements potentiellement traumatiques durant l'enfance que les personnes cisgenres hétérosexuelles ($p = .01$).

3.3.1.2. Événements potentiellement traumatiques durant l'enfance selon l'intersexuation (Tableau 8)

Les personnes intersexes et se questionnant sur leur intersexuation sont plus nombreuses à avoir vécu au moins un événement potentiellement traumatique durant l'enfance (respectivement : 83 % et 84 %) en comparaison des personnes dyadiques (67 %). Pratiquement trois personnes intersexes sur quatre rapportent avoir vécu au moins trois événements potentiellement traumatiques durant l'enfance, contre 57 % des personnes se questionnant sur leur intersexuation et 36 % des personnes dyadiques.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Au sein des groupes intersexes, se questionnants et dyadiques, ce sont les événements hors critère A durant l'enfance qui sont les plus fréquemment rapportés, à savoir avoir été négligé, ignoré ou rejeté (respectivement : 69 %, 58 % et 38 %), avoir

été humilié, rabaissé ou insulté par une autre personne (respectivement : 66 %, 55 % et 34 %) ou s'être fait sentir pas aimable, non désirable ou sans valeur (respectivement : 62 %, 51 % et 34 %).

Parmi les événements critère A, le fait d'avoir été agressé physiquement par un parent ou un tuteur légal est l'événement le plus fréquemment rapporté durant l'enfance par les personnes intersexes, se questionnant et les personnes dyadiques (respectivement : 41 %, 38 % et 21 %).

Chez les personnes intersexes, le second événement le plus fréquemment rapporté durant l'enfance est le fait d'avoir été harcelé sexuellement (38 %) ; chez les personnes se questionnant sur leur intersexuation, c'est le fait d'avoir été agressé physiquement par quelqu'un d'autre qu'un parent ou un tuteur légal (27 %) ; chez les personnes dyadiques, c'est avoir été agressé sexuellement par quelqu'un d'autre qu'un parent ou un tuteur légal (12 %).

3.3.2. Événements potentiellement traumatiques durant l'adolescence.

3.3.2.1. Événements potentiellement traumatiques durant l'adolescence selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre (Tableau 9).

Les personnes TDG sont les plus nombreuses à rapporter avoir vécu au moins un événement potentiellement traumatique durant l'adolescence (91 %), suivies des personnes cisgenres LGB+ (83 %) et des personnes cisgenres hétérosexuelles (75 %). Trois personnes TDG sur quatre rapportent avoir vécu au moins trois événements

potentiellement traumatiques durant l'adolescence, contre 60 % des personnes cisgenres LGB+ et 44 % des personnes cisgenres hétérosexuelles.

Au sein des groupes TDG, cisgenres LGB+ et cisgenres hétérosexuels, ce sont les événements hors critère A qui sont les plus fréquemment rapportés durant l'adolescence, à savoir avoir été humilié, rabaissé ou insulté par une autre personne (respectivement : 70 %, 54 % et 40 %), s'être fait sentir pas aimable, non désirable ou sans valeur (respectivement : 70 %, 53 % et 40 %) ou avoir été négligé, ignoré ou rejeté (respectivement : 69 %, 49 % et 34 %).

Parmi les événements critère A, un pattern similaire s'observe entre personnes TDG, cisgenres LGB+ et cisgenres hétérosexuelles. L'événement le plus fréquemment rapporté durant l'adolescence est le fait d'avoir été agressé physiquement par un parent ou un tuteur légal (respectivement : 43 %, 33 % et 20 %), suivi par le fait d'avoir été agressé sexuellement par quelqu'un d'autre qu'un parent ou un tuteur légal (respectivement : 28 %, 24 % et 15 %).

Comme mentionné dans le tableau 5, les personnes TDG rapportent avoir été significativement plus exposées à des événements potentiellement traumatiques durant l'adolescence que les personnes cisgenres hétérosexuelles ($p = .01$) et les personnes cisgenres LGB+ ($p = .01$). Les personnes cisgenres LGB+ ont été plus exposées à des événements potentiellement traumatiques durant l'adolescence que les personnes cisgenres hétérosexuelles ($p = .01$).

3.3.2.2. Événements potentiellement traumatiques durant l'adolescence selon l'intersexuation (Tableau 10)

Les personnes intersexes et se questionnant sur leur intersexuation sont plus nombreuses à rapporter avoir vécu au moins un événement

Chapitre 3 | Recherche empirique

potentiellement traumatique durant l'adolescence (respectivement : 97 % et 93 %) en comparaison des personnes dyadiques (83 %). Parmi les personnes intersexes, 97 % rapportent avoir été exposées à au moins trois événements potentiellement traumatiques durant l'enfance, contre 82 % des personnes se questionnant sur leur intersexuation et 61 % des personnes dyadiques.

Au sein des groupes intersexes, se questionnant et dyadiques, ce sont les événements hors critère A qui sont les plus fréquemment rapportés durant l'adolescence : avoir été humilié, rabaissé ou insulté par une autre personne (respectivement : 86 %, 74 % et 56 %), avoir été négligé, ignoré ou rejeté (respectivement : 86 %, 72 % et 52 %) ou s'être fait sentir pas aimable, non désirable ou sans valeur (respectivement : 76 %, 74 % et 55 %).

Parmi les événements critères A, un pattern similaire est observé entre personnes intersexes, se questionnant et personnes dyadiques. L'événement le plus fréquemment rapporté durant l'adolescence est le fait d'avoir été harcelé sexuellement (respectivement : 66 %, 50 %, 33 %), suivi du fait d'avoir été agressé sexuellement par quelqu'un d'autre qu'un parent ou un tuteur légal (respectivement : 48 %, 30 % et 23 %).

3.3.3. Événements potentiellement traumatiques durant l'âge adulte

3.3.3.1. Événements potentiellement traumatiques durant l'âge adulte selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre (Tableau 11)

Les personnes TDG, cisgenres LGB+ et cisgenres hétérosexuelles sont nombreuses et dans des proportions relativement similaires à avoir vécu au moins un événement potentiellement traumatique durant l'âge adulte (respectivement : 79 %, 76 %, 74 %).

Une personne TDG sur deux rapporte avoir vécu au moins trois événements potentiellement traumatiques durant l'âge adulte, contre 42 % des personnes cisgenres LGB+ et 36 % des personnes cisgenres hétérosexuelles.

A la différence des événements potentiellement traumatiques durant l'enfance et l'adolescence, les événements hors critère A ne sont pas systématiquement les plus rapportés durant l'âge adulte pour nos trois groupes. Au sein des personnes TDG et cisgenres LGB+, un pattern similaire est observé, bien que dans des proportions différentes, avec, parmi les événements les plus fréquemment rapportés, le fait de s'être fait sentir pas aimable, non désirable ou sans valeur (respectivement : 46 % et 36 %), d'avoir été humilié, rabaissé ou insulté (respectivement : 37 % et 30 %) ou d'avoir été harcelé sexuellement (respectivement : 36 % et 34 %). Au sein des personnes cisgenres hétérosexuelles, les événements les plus rapportés à l'âge adulte sont le fait d'avoir eu un proche dont la vie a été mise en danger par un accident ou une maladie potentiellement mortelle (30 %), de s'être fait sentir pas aimable, non désirable ou sans valeur (29 %) et, dans de mêmes proportions, d'avoir été humilié, rabaissé ou insulté (21 %) ou d'avoir été harcelé sexuellement (21 %).

Comme mentionné dans le tableau 5, les personnes TDG rapportent avoir été significativement plus exposées à des événements potentiellement traumatiques durant l'âge adulte que les personnes cisgenres hétérosexuelles ($p = .01$) et les personnes cisgenres LGB+ ($p = .01$). Les personnes cisgenres LGB+ rapportent avoir été plus exposées à des événements potentiellement traumatiques durant l'âge adulte que les personnes cisgenres hétérosexuelles ($p = .01$).

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 7. Fréquence d'exposition durant l'enfance pour les événements mesurés par l'ITEM chez les personnes cisgenres hétérosexuelles, cisgenres LGB+ et TDG.

Événement (0-12 ans)	Cisgenres Hétérosexuels (n = 432)	Cisgenres LGB+ (n = 964)	TDG (n = 779)	%
	%	%	%	
Diagnostic de maladie grave	2	2	2	100
Proche décédé tragiquement	9	10	12	95
Proche ayant reçu un diagnostic de maladie grave	8	11	15	90
Menace armée	2	1	4	85
Agression physique par un parent	13	19	31	80
Agression physique par quelqu'un d'autre	6	8	18	75
Agression sexuelle par un parent	2	3	4	70
Agression sexuelle par quelqu'un d'autre	9	12	15	65
Harcèlement sexuel	2	9	15	60
Contexte de guerre	1	0	1	55
Retenu captif et/ou torturé	0	0	1	50
Provoqué la souffrance extrême et/ou la mort de quelqu'un	0	0	0	45
Témoin de la souffrance extrême et/ou de la mort de quelqu'un	3	4	6	40
Accident potentiellement mortel	2	3	5	35
Catastrophe naturelle potentiellement mortelle	1	1	1	30
Catastrophe humaine potentiellement mortelle	0	0	1	25
<i>Traqué par quelqu'un</i>	1	1	1	20
<i>Harcèlement</i>	7	11	22	15
<i>Humiliations, insultes</i>	21	31	50	10
<i>Fait sentir pas aimable, sans valeur</i>	21	31	49	5
<i>Négligences, rejet</i>	25	34	55	0
Au moins 1 événement	54	65	81	
Au moins 3 événements	23	34	52	

Notes : La colonne de droite sert de référentiel. Plus le % est proche de 0 et plus il tend vers le bleu, plus le % est proche de 50 et plus il tend vers le blanc, et plus le % est proche de 100 et plus il tend vers le rouge. Les événements en italique correspondent aux événements hors critère A évalués par l'ITEM.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 8. Fréquence d'exposition durant l'enfance pour chaque événement mesuré par l'ITEM chez les personnes dyadiques, se questionnant sur leur intersexuation et les personnes intersexes.

Événement (0-12 ans)	Dyadiques (n = 2023)	Questionnement (n = 123)	Intersexes (n = 29)	%
	%	%	%	
Diagnostic de maladie grave	2	4	0	100
Proche décédé tragiquement	10	13	10	95
Proche ayant reçu un diagnostic de maladie grave	12	15	14	90
Menace armée	2	4	10	85
Agression physique par un parent	21	38	41	80
Agression physique par quelqu'un d'autre	10	27	24	75
Agression sexuelle par un parent	3	6	7	70
Agression sexuelle par quelqu'un d'autre	12	15	34	65
Harcèlement sexuel	9	18	38	60
Contexte de guerre	0	1	3	55
Retenu captif et/ou torturé	0	1	0	50
Provoqué la souffrance extrême et/ou la mort de quelqu'un	0	0	3	45
Témoin de la souffrance extrême et/ou de la mort de quelqu'un	4	9	10	40
Accident potentiellement mortel	3	8	7	35
Catastrophe naturelle potentiellement mortelle	1	2	3	30
Catastrophe humaine potentiellement mortelle	0	0	0	25
<i>Traqué par quelqu'un</i>	1	1	3	20
<i>Harcèlement</i>	13	27	38	15
<i>Humiliations, insultes</i>	34	55	66	10
<i>Fait sentir pas aimable, sans valeur</i>	34	51	62	5
<i>Négligences, rejet</i>	38	58	69	0
Au moins 1 événement	67	84	83	
Au moins 3 événements	36	57	72	

Notes : La colonne de droite sert de référentiel. Plus le % est proche de 0 et plus il tend vers le bleu, plus le % est proche de 50 et plus il tend vers le blanc, et plus le % est proche de 100 et plus il tend vers le rouge. Les événements en italique correspondent aux événements hors critère A évalués par l'ITEM.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 9. Fréquence d'exposition durant l'adolescence pour chaque événement mesuré par l'ITEM chez les personnes cisgenre hétérosexuelles, les personnes cisgenres LGB+, et les personnes TDG.

Événement (13-18 ans)	Cisgenres Hétérosexuels (n = 432)	Cisgenres LGB+ (n = 964)	TDG (n = 779)	%
	%	%	%	
Diagnostic de maladie grave	1	2	4	100
Proche décédé tragiquement	14	17	21	95
Proche ayant reçu un diagnostic de maladie grave	15	19	22	90
Menace armée	4	4	9	85
Agression physique par un parent	11	15	25	80
Agression physique par quelqu'un d'autre	13	18	28	75
Agression sexuelle par un parent	1	2	2	70
Agression sexuelle par quelqu'un d'autre	15	24	28	65
Harcèlement sexuel	20	33	43	60
Contexte de guerre	1	0	0	55
Retenu captif et/ou torturé	0	0	1	50
Provoqué la souffrance extrême et/ou la mort de quelqu'un	0	0	1	45
Témoin de la souffrance extrême et/ou de la mort de quelqu'un	7	9	14	40
Accident potentiellement mortel	2	4	6	35
Catastrophe naturelle potentiellement mortelle	1	1	1	30
Catastrophe humaine potentiellement mortelle	0	1	1	25
<i>Traqué par quelqu'un</i>	3	7	9	20
<i>Harcèlement</i>	15	29	44	15
<i>Humiliations, insultes</i>	40	54	70	10
<i>Fait sentir pas aimable, sans valeur</i>	40	53	70	5
<i>Négligences, rejet</i>	34	49	69	0
Au moins 1 événement	75	83	91	
Au moins 3 événements	44	60	75	

Notes : La colonne de droite sert de référentiel. Plus le % est proche de 0 et plus il tend vers le bleu, plus le % est proche de 50 et plus il tend vers le blanc, et plus le % est proche de 100 et plus il tend vers le rouge. Les événements en italique correspondent aux événements hors critère A évalués par l'ITEM.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 20. Fréquence d'exposition à l'adolescence pour chaque événement mesuré par l'ITEM chez les personnes dyadiques, en questionnaire sur leur intersexuation et les personnes intersexes.

Événement (13-18 ans)	Dyadiques (n = 2023)	Questionnement (n = 123)	Intersexes (n = 29)	%
	%	%	%	
Diagnostic de maladie grave	3	4	3	100
Proche décédé tragiquement	17	28	14	95
Proche ayant reçu un diagnostic de maladie grave	19	30	28	90
Menace armée	5	12	34	85
Agression physique par un parent	17	32	28	80
Agression physique par quelqu'un d'autre	19	30	48	75
Agression sexuelle par un parent	2	2	7	70
Agression sexuelle par quelqu'un d'autre	23	30	48	65
Harcèlement sexuel	33	50	66	60
Contexte de guerre	0	1	7	55
Retenu captif et/ou torturé	0	2	7	50
Provoqué la souffrance extrême et/ou la mort de quelqu'un	0	2	0	45
Témoin de la souffrance extrême et/ou de la mort de quelqu'un	10	19	24	40
Accident potentiellement mortel	4	12	14	35
Catastrophe naturelle potentiellement mortelle	1	2	0	30
Catastrophe humaine potentiellement mortelle	1	3	7	25
<i>Traqué par quelqu'un</i>	6	14	31	20
<i>Harcèlement</i>	30	47	52	15
<i>Humiliations, insultes</i>	56	74	86	10
<i>Fait sentir pas aimable, sans valeur</i>	55	74	76	5
<i>Négligences, rejet</i>	52	72	86	0
Au moins 1 événement	83	93	97	
Au moins 3 événements	61	82	97	

Notes : La colonne de droite sert de référentiel. Plus le % est proche de 0 et plus il tend vers le bleu, plus le % est proche de 50 et plus il tend vers le blanc, et plus le % est proche de 100 et plus il tend vers le rouge. Les événements en italique correspondent aux événements hors critère A évalués par l'ITEM.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 11. Fréquence d'exposition à l'âge adulte pour chaque événement mesuré par l'ITEM chez les personnes cisgenre hétérosexuelles, cisgenres LGB+ et TDG.

Événement (19+ ans)	Cisgenres Hétérosexuels (n = 432)	Cisgenres LGB+ (n = 964)	TDG (n = 779)	%
	%	%	%	
Diagnostic de maladie grave	4	4	5	100
Proche décédé tragiquement	20	18	19	95
Proche ayant reçu un diagnostic de maladie grave	30	25	26	90
Menace armée	5	5	7	85
Agression physique par un parent	3	4	4	80
Agression physique par quelqu'un d'autre	16	13	19	75
Agression sexuelle par un parent	0	0	1	70
Agression sexuelle par quelqu'un d'autre	15	26	28	65
Harcèlement sexuel	21	34	36	60
Contexte de guerre	3	1	2	55
Retenu captif et/ou torturé	1	1	1	50
Provoqué la souffrance extrême et/ou la mort de quelqu'un	0	0	1	45
Témoin de la souffrance extrême et/ou de la mort de quelqu'un	17	12	16	40
Accident potentiellement mortel	8	8	6	35
Catastrophe naturelle potentiellement mortelle	0	1	1	30
Catastrophe humaine potentiellement mortelle	2	1	3	25
<i>Traqué par quelqu'un</i>	7	9	11	20
<i>Harcèlement</i>	5	8	16	15
<i>Humiliations, insultes</i>	21	30	37	10
<i>Fait sentir pas aimable, sans valeur</i>	29	36	46	5
<i>Négligences, rejet</i>	16	24	35	0
Au moins 1 événement	74	76	79	
Au moins 3 événements	36	42	51	

Notes : La colonne de droite sert de référentiel. Plus le % est proche de 0 et plus il tend vers le bleu, plus le % est proche de 50 et plus il tend vers le blanc, et plus le % est proche de 100 et plus il tend vers le rouge. Les événements en italique correspondent aux événements hors critère A évalués par l'ITEM.

Chapitre 3 | Recherche empirique

3.3.3.2. Événements potentiellement traumatiques à l'âge adulte selon l'intersexuation (Tableau 12)

Les personnes intersexes et se questionnant sur leur intersexuation sont plus nombreuses à rapporter avoir vécu au moins un événement potentiellement traumatique à l'âge adulte (respectivement : 93 % et 82 %) en comparaison des personnes dyadiques (76 %). Les personnes intersexes sont 79 % à rapporter avoir vécu au moins 3 événements potentiellement traumatiques à l'âge adulte, contre 55 % des personnes se questionnant et 43 % des personnes dyadiques.

Les événements hors critère A durant l'âge adulte sont ceux les plus fréquemment rapportés, uniquement chez les personnes intersexes. Cinquante-cinq pour cent d'entre elles ont rapporté avoir été négligées, ignorées, rejetées, 55 % à s'être fait sentir pas aimable, non désirable ou sans valeur et 52 % à avoir été humiliées, rabaissées ou insultées. Il convient de souligner qu'elles rapportent de manière équivalente avoir été harcelées sexuellement (52 %). Chez les personnes se questionnant sur leur intersexuation et les personnes dyadiques, les événements à l'âge adulte les plus fréquemment rapportés sont le fait de s'être fait sentir pas aimable, non désirable ou sans valeur (respectivement : 52 % et 37 %), avoir été humilié, rabaissé ou insulté (respectivement : 45 % et 30 %) et avoir été harcelé sexuellement (respectivement : 42 % et 31 %).

3.4. Prévalences de TSPT et TSPT-C

3.4.1. Prévalences de TSPT et TSPT-C selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre (Tableaux 13 et 14)

Le tableau 13 présente les prévalences de TSPT et TSPT-C selon l'orientation sexuelle des participants. Les personnes hétérosexuelles rapportent les prévalences les plus faibles de l'échantillon (TSPT : 7.67 % ; TSPT-C :

3.35 % ; Cumulé : 13.02 %), tandis que les personnes pansexuelles rapportent les prévalences les plus élevées (TSPT : 11.56 % ; TSPT-C : 28.44 % ; Cumulé : 40 %).

Le tableau 14 rend compte des pourcentages de TSPT et TSPT-C selon l'identité de genre des participants. Les hommes cisgenres et hétérosexuels rapportent les prévalences les plus faibles de l'échantillon (TSPT : 3.39 % ; TSPT-C : 1.69 % ; Cumulé : 5.08 %), tandis que les personnes d'une autre identité de genre que celles spécifiquement explorées dans l'étude rapportent les prévalences les plus élevées (TSPT : 14.47 % ; TSPT-C : 31.58 % ; Cumulé : 46.05 %).

Un même pattern de différences est observé entre nos trois groupes pour la symptomatologie de TSPT et TSPT-C (cisgenres hétérosexuels < cisgenres LGB+ < TDG) (Tableau 5). Les personnes TDG rapportent une symptomatologie plus élevée que les personnes cisgenres hétérosexuelles ($p = .01$) et les personnes cisgenres LGB+ ($p = .01$). Les personnes cisgenres LGB+ rapportent une symptomatologie de TSPT plus élevée que les personnes cisgenres hétérosexuelles ($p = .01$).

3.4.2. Prévalences de TSPT et TSPT-C selon l'intersexuation (Tableau 15)

Les personnes dyadiques rapportent les prévalences les plus faibles de l'échantillon (TSPT : 10.58 % ; TSPT-C : 14.58 % ; Cumulé : 25.16 %), tandis que les personnes intersexes ont les prévalences les plus élevées (TSPT : 27.59 % ; TSPT-C : 20.69 ; Cumulé : 48.28 %). Les personnes se questionnant sur leur intersexuation rapportent des prévalences de 10.57 % de TSPT et 25.20 % de TSPT-C (35.77 % cumulé).

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 12. Fréquence d'exposition à l'âge adulte pour chaque événement mesuré par l'ITEM chez les personnes dyadiques, se questionnant sur leur intersexuation et les personnes intersexes.

Événement (19+ ans)	Dyadiques (n = 2023)	Questionnement (n = 123)	Intersexes (n = 29)	%
	%	%	%	
Diagnostic de maladie grave	4	4	14	100
Proche décédé tragiquement	18	24	31	95
Proche ayant reçu un diagnostic de maladie grave	26	28	34	90
Menace armée	5	9	10	85
Agression physique par un parent	4	4	17	80
Agression physique par quelqu'un d'autre	16	20	24	75
Agression sexuelle par un parent	0	1	0	70
Agression sexuelle par quelqu'un d'autre	24	28	45	65
Harcèlement sexuel	31	42	52	60
Contexte de guerre	2	2	0	55
Retenu captif et/ou torturé	1	2	0	50
Provoqué la souffrance extrême et/ou la mort de quelqu'un	1	2	0	45
Témoin de la souffrance extrême et/ou de la mort de quelqu'un	14	20	21	40
Accident potentiellement mortel	7	7	7	35
Catastrophe naturelle potentiellement mortelle	1	1	0	30
Catastrophe humaine potentiellement mortelle	2	2	3	25
<i>Traqué par quelqu'un</i>	9	13	34	20
<i>Harcèlement</i>	10	21	38	15
<i>Humiliations, insultes</i>	30	45	52	10
<i>Fait sentir pas aimable, sans valeur</i>	37	52	55	5
<i>Négligences, rejet</i>	25	40	55	0
Au moins 1 événement	76	82	93	
Au moins 3 événements	43	55	79	

Notes : La colonne de droite sert de référentiel. Plus le % est proche de 0 et plus il tend vers le bleu, plus le % est proche de 50 et plus il tend vers le blanc, et plus le % est proche de 100 et plus il tend vers le rouge. Les événements en italique correspondent aux événements hors critère A évalués par l'ITEM.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 13. *Prévalences de TSPT et de TSPT-C selon l'orientation sexuelle.*

Orientation sexuelle	TSPT	TSPT-C	Total
	% (n)	% (n)	% (n)
Hétérosexuels (n = 430)	7.67 % (n = 33)	5.35 % (n = 23)	13.02 % (n = 56)
En questionnaire (n = 105)	14.29 % (n = 15)	18.10 % (n = 19)	32.38 % (n = 34)
Homosexuels (n = 575)	9.91 % (n = 57)	13.22 % (n = 76)	23.13 % (n = 133)
Bisexuels (n = 680)	11.32 % (n = 77)	17.79 % (n = 121)	29.12 % (n = 198)
Pansexuels (n = 225)	11.56 % (n = 26)	28.44 % (n = 64)	40 % (n = 90)
Asexuels (n = 68)	17.65 % (n = 12)	11.76 % (n = 8)	29.41 % (n = 20)
Autres orientations sexuelles (n = 55)	12.73 % (n = 7)	23.64 % (n = 13)	36.36 % (n = 20)

Note : Le total fait référence aux prévalences cumulées de TSPT et de TSPT-C.

Tableau 14. *Prévalences de TSPT et de TSPT-C selon l'identité de genre.*

Identité de genre	TSPT	TSPT-C	Total
	% (n)	% (n)	% (n)
Hommes cisgenres hétérosexuels (n = 59)	3.39 % (n = 2)	1.69 % (n = 1)	5.08 % (n = 3)
Femmes cisgenres hétérosexuelles (n = 373)	8.58 % (n = 12)	5.9 % (n = 22)	14.48 % (n = 34)
Hommes cisgenres LGB+ (n = 230)	4.35 % (n = 10)	7.39 % (n = 17)	11.74 % (n = 27)
Femmes cisgenres LGB+ (n = 735)	13.47 % (n = 97)	14.01 % (n = 103)	27.48 % (n = 202)
Hommes transgenres (n = 165)	12.73 % (n = 21)	24.24 % (n = 40)	36.97 % (n = 61)
Femmes transgenres (n = 77)	11.69 % (n = 9)	12.99 % (n = 10)	24.68 % (n = 19)
Non binaires (n = 355)	10.14 % (n = 36)	25.07 % (n = 89)	35.21 % (n = 125)
En questionnaire (n = 108)	13.89 % (n = 15)	24.07 % (n = 26)	37.96 % (n = 41)
Autres identités de genre (n = 76)	14.47 % (n = 11)	31.58 % (n = 24)	46.05 % (n = 35)

Notes : Le total fait référence aux prévalences cumulées de TSPT et de TSPT-C. Bien que le tableau porte sur l'identité de genre, un croisement avec l'orientation sexuelle a été effectué afin de conserver une cohérence d'ensemble.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 15. *Prévalences de TSPT et TSPT-C chez les personnes dyadiques, se questionnant sur leur intersexuation et les personnes intersexes.*

Intersexuation	TSPT	TSPT-C	Total
	% (n)	% (n)	% (n)
Dyadiques (n = 2023)	10.58 % (n = 214)	14.58 % (n = 295)	25.16 % (n = 509)
Intersexes (n = 29)	27.59 % (n = 8)	20.69 % (n = 6)	48.28 % (n = 14)
En questionnement (n = 123)	10.57 % (n = 13)	25.20 % (n = 31)	35.77 % (n = 44)

Note : Le total fait référence aux prévalences cumulées de TSPT et de TSPT-C.

3. Discussion

Fréquence d'exposition aux discriminations

Le premier objectif de cette étude était d'explorer les taux d'exposition aux discriminations au cours des 5 dernières années selon l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'intersexuation des répondants. Nos résultats montrent que vivre au moins une forme de discrimination est une expérience particulièrement fréquente pour l'ensemble de notre échantillon, ce taux variant de 63 % à 90 % selon les groupes. Les personnes cisgenres hétérosexuelles (63 %) et les personnes dyadiques (74 %) apparaissent comme les moins exposées de notre échantillon, là où les personnes TDG (84 %) et les personnes intersexes (90 %) sont les plus à risque. Bien que nous n'ayons pas pu vérifier statistiquement cette différence pour les personnes intersexes, il convient de relever qu'elle reste visuellement observable alors même que l'échantillon de personnes dyadiques est composé essentiellement de minorités sexuelles et de genre. Ces résultats sont concordants avec ceux d'autres études (Bayrakdar & King, 2023; Kattari et al., 2016; Zeeman & Aranda, 2020).

Par exemple, Bayrakdar et collègues (2023) ont constaté que les personnes transgenres étaient plus à risque de vivre des discriminations en comparaison du reste de leur échantillon de plus de 25 000 personnes LGB issues de trois pays distincts (i.e., Allemagne, Portugal, Royaume-Uni). Il

convient de noter que les taux de discriminations rapportés dans notre échantillon, y compris pour le groupe cisgenre hétérosexuel, sont supérieurs à celui de 45 % rapporté dans une enquête menée auprès d'un échantillon de plus de 27 000 personnes représentatives de la population française (Défenseur des droits, 2019). Le fait que notre échantillon soit majoritairement composé de femmes explique probablement cette différence. Comme le soulignent les auteurs du rapport du Défenseur des droits (2019), les taux de discriminations sont sensibles aux caractéristiques sociodémographiques de la population, particulièrement au genre.

L'expérience des personnes LGBTQIA+ ne se limite pas à des discriminations liées à l'orientation sexuelle ou au genre, mais inclut également un risque important de discriminations fondées sur l'état de santé, le poids ou encore la façon de s'habiller. Des taux importants de poly-discriminations sont

observés : plus de 2 fois supérieurs chez les personnes cisgenres LGB+ et plus de 4 fois supérieurs chez les personnes TDG en comparaison aux personnes cisgenres et hétérosexuelles dont le taux est de 12 %. Il est probable que les expériences de discriminations vécues par les personnes LGBTQIA+ apparaissent au croisement de multiples identités (e.g., genre, couleur de peau, état de santé...). Nos résultats soulignent l'importance de ne pas considérer uniquement l'orientation sexuelle et l'identité de genre

Chapitre 3 | Recherche empirique

comme source potentielle de discriminations et de s'inscrire dans une approche intersectionnelle (Mink et al., 2014).

Fréquence d'exposition aux événements potentiellement traumatiques

Le second objectif de cette étude était d'explorer les taux d'exposition aux événements potentiellement traumatiques à différentes périodes de la vie (i.e., enfance, adolescence, âge adulte) selon l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'intersexuation. Nos résultats montrent que les personnes TDG rapportent globalement plus d'événements potentiellement traumatiques au cours de leur vie que les personnes cisgenres LGB+, qui elles mêmes sont plus exposées que les personnes cisgenres hétérosexuelles. Ces résultats se retrouvent dans d'autres études (Balsam et al., 2005; Friedman et al., 2011b; Katz-Wise & Hyde, 2012b; Zou & Andersen, 2015). Les prévalences de violences interpersonnelles rapportées par les personnes cisgenres LGB+ et TDG sont nettement supérieures à celles mentionnées dans l'étude de Hyland et collègues (2021b) auprès d'un échantillon représentatif de la population irlandaise. A titre d'exemples, les personnes TDG de notre échantillon ont été exposées 3,5 fois plus fréquemment que la moyenne de l'échantillon de Hyland et collaborateurs (2021b) à du harcèlement sexuel durant l'enfance (15 % vs 4,3 %), 3,2 fois plus fréquemment à des agressions physiques émanant d'un tuteur légal à l'adolescence (25 % vs 7,8 %), ou 7,6 fois plus fréquemment à des agressions sexuelles venant de quelqu'un d'autre qu'un tuteur légal à l'âge adulte (28 % vs 3,7 %).

Un même pattern d'évolution de la fréquence d'exposition aux EPT apparaît indépendamment de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre ou du statut d'intersexuation. Une augmentation nette des EPT est observée durant l'adolescence, qui diminue à l'âge adulte sans revenir au même

niveau que durant l'enfance. Ces résultats correspondent avec le fait que l'adolescence est identifiée comme une période où le risque de vivre des agressions sexuelles est le plus élevé (Ogle et al., 2013). De même, une étude longitudinale menée auprès de personnes LGBT+ a montré que les expériences de victimisations tendent à diminuer dans l'entrée à l'âge adulte (Birkett et al., 2015).

Les taux de poly-victimisations sont particulièrement importants chez les personnes cisgenres LGB+ et TDG. Ces résultats vont dans le sens de la recommandation de Bond et ses collègues (2021) pour le travail auprès de minorités sexuelles et de genre : il ne s'agit pas tant de savoir si les personnes ont déjà vécu des violences, mais plutôt à quelle fréquence elles en ont vécu. Nos résultats montrent à quel point les violences interpersonnelles sont fréquentes au sein de notre échantillon, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la cellule familiale. Parmi ces violences interpersonnelles, celles les plus fréquemment rapportées sont des expériences psychologiquement bouleversantes (e.g., avoir été négligé, harcelé ou s'être fait sentir sans valeur) qui ne sont pas considérées comme des événements potentiellement traumatiques si l'on se réfère au critère A du DSM-5-Tr (APA, 2022). Ces expériences ont néanmoins un poids important sur la santé mentale des personnes (Hyland, Karatzias, et al., 2021b) et nos résultats montrent l'importance de les considérer au sein de la population LGBTQIA+.

Prévalences de TSPT et TSPT-C

Le troisième objectif de cette étude était d'explorer les prévalences de TSPT et TSPT-C selon l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'intersexuation. Nos résultats montrent que les personnes TDG rapportent plus de symptômes de TSPT et TSPT-C que les personnes cisgenres LGB+, qui elles-mêmes rapportent plus de symptômes que les personnes cisgenres hétérosexuelles. Les

Chapitre 3 | Recherche empirique

prévalences observées dans l'échantillon cisgenre hétérosexuel (TSPT : 7.67 % ; TSPT-C : 5.35 % ; Cumulé : 13.02 %) se situent dans une tendance haute en comparaison des prévalences obtenues en population générale dans d'autres pays tels que les Etats-Unis (TSPT : 3.4 % ; TSPT-C : 3.8 % ; Cumulé : 7.2 %) (Cloitre et al., 2019b), l'Irlande (TSPT : 5 % ; TSPT-C : 7.7 % ; Cumulé : 12.2 %) (Hyland, Vallières, et al., 2021b) ou encore l'Allemagne (TSPT : 1.5 % ; TSPT-C : 0.5 % ; Cumulé : 2 %) (Maercker et al., 2018b). Que ce soit pour les personnes cisgenres LGB+ (TSPT : 4.35 - 13.47 % ; TSPT-C : 7.39 - 14.01 ; Cumulé : 11.74 - 27.48 %) ou TDG (TSPT : 10.14 - 14.47 % ; TSPT-C : 12.99 - 31.58 % ; Cumulé : 24.68 - 46.05 %), les prévalences sont quant à elles bien au-delà de celles observées en population générale.

Les prévalences de TSPT et TSPT-C considérées dans leur ensemble au sein de l'échantillon LGBTQIA+ correspondent à celles rapportées dans l'étude menée en Espagne par Charak et ses collègues (2023). Néanmoins, une tendance à obtenir des prévalences plus élevées de TSPT et moins élevées de TSPT-C est notée dans notre échantillon. Alors que la méta-analyse de Marchi et collaborateurs (2023b) a identifié les personnes bisexuelles comme étant les plus à risque de présenter des symptômes de TSPT au sein des minorités sexuelles, nos résultats montrent que ce sont les personnes pansexuelles qui apparaissent comme les plus exposées au sein des minorités sexuelles (TSPT : 11.56 % ; TSPT-C : 28.44 % ; Cumulé : 40 %). Faute de puissance statistique, les personnes bisexuelles et pansexuelles sont souvent regroupées dans les études au sein d'une même catégorie, venant ainsi gommer de possibles différences. D'autres études distinguant clairement ces deux populations sont nécessaires à l'avenir.

Très peu de données existent pour permettre une comparaison avec les prévalences de TSPT/TSPT-C obtenues dans notre

échantillon, que ce soit pour les personnes intersexes (TSPT : 27.59 % ; TSPT-C : 20.69 % ; Cumulé : 48.28 %) ou celles en questionnement sur leur intersexuation (TSPT : 10.57 % ; TSPT-C : 25.20 % ; Cumulé : 35.77 %). Une étude aux Etats-Unis auprès de 179 personnes intersexes a rapporté que 40.9 % d'entre elles avaient déjà reçu un diagnostic de TSPT (Rosenwohl-Mack et al., 2020b). Malgré la taille d'échantillon dans notre étude, nos résultats semblent cohérents et soulignent l'urgence de focaliser l'attention des experts sur cette population.

Les prévalences observées chez la plupart des personnes LGBTQIA+ de notre échantillon sont comparables voire supérieures à celles retrouvées dans des populations extrêmement vulnérables, telles que les vétérans de guerre (23 à 27.8 % TSPT) (Fulton et al., 2015b; Shahmiri Barzoki et al., 2023), les officiers de police (TSPT : 8 % ; TSPT-C : 12.6 % ; Cumulé : 20,6 % (Brewin et al., 2022)) ou les personnes exposées à des catastrophes naturelles (e.g., inondations; 29,48 % (Golitaleb et al., 2022)).

Globalement, nos résultats montrent que la prévalence de TSPT-C tend à être plus élevée que celle du TSPT. Cette tendance est également rapportée dans d'autres études (Cloitre et al., 2019b; Hyland, Vallières, et al., 2021b). Ces résultats sont à considérer en ayant à l'esprit que les personnes ayant un TSPT-C rapportent fréquemment d'autres troubles comorbides particulièrement invalidants (e.g., idéations suicidaires (Ellis et al., 2024b; Jannini et al., 2023), troubles dissociatifs (Fung et al., 2023; Hamer et al., 2024), maladies chroniques (Karimov-Zwienenberg et al., 2024)).

Ce constat vient pointer le besoin de thérapies ayant montré leurs preuves dans le traitement des symptômes de TSPT-C. A cet égard, certaines thérapies (e.g., TCC, EMDR) ont fait la preuve de leur efficacité mais également de leurs limites : par exemple, les patients qui ont

Chapitre 3 | Recherche empirique

vécu des EPT durant l'enfance tirent moins de bénéfices consécutifs à ces formes de prises en charge, que ceux dont les EPT ont survécu plus tard) (Coventry et al., 2020). D'autres interventions ont également montré leur intérêt, comme la thérapie comportementale dialectique (Bohus et al., 2020) ou encore un récent programme d'amélioration des compétences en matière de régulation affective et interpersonnelle (Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation [ESTAIR]) (Karatzias et al., 2024).

Des outils adaptés plus spécifiquement à la population LGBTQIA+ peuvent également être considérés. Certaines interventions ont montré leur intérêt pour de nombreuses issues de santé mentale en venant cibler les processus spécifiquement à l'œuvre dans le stress des minorités (e.g., stratégies d'évitement, banalisation des violences) (Pachankis et al., 2015; Yadavaia & Hayes, 2012) ou en adoptant une approche trans affirmative (Exposito-Campos et al., 2023b). Néanmoins, à notre connaissance, aucune étude empirique n'a testé à ce jour si l'efficacité des interventions pour le TSPT/TSPT-C pouvait être influencée par l'orientation sexuelle ou l'identité de genre (et les enjeux qui en découlent) (Livingston et al., 2020). À ce stade, les principales recommandations formulées dans l'accompagnement des minorités sexuelles (APA, 2021a) et de genre (APA, 2015) portent davantage sur la posture du psychologue ou l'importance d'une approche trans affirmative dans l'accompagnement des minorités de genre (e.g., être conscient de la manière dont ses attitudes et ses connaissances en matière d'identité et d'expression de genre peuvent affecter la qualité des soins prodigués aux personnes et à leurs familles).

Limites

Certaines limites sont à noter dans notre étude. Nos résultats ont été obtenus à partir d'un échantillon de convenance recruté via les réseaux sociaux. Cette stratégie de recrutement

limite l'accès aux personnes n'ayant pas internet ni d'outils numériques adaptés, au profit de profils sociodémographiques favorisés (Whitaker et al., 2017). De ce fait, notre échantillon n'est pas représentatif de la population française. Bien que le nombre de participants soit conséquent, à notre connaissance le plus important parmi les études (tous pays confondus) à disposition sur le TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+, cela ne vient pas combler certains biais. Notre échantillon est majoritairement composé de femmes ou de personnes assignées féminin à la naissance, ce qui n'est pas sans influence sur nos résultats. Par exemple, ce biais vient probablement majorer les taux d'exposition aux violences sexuelles observés dans notre étude. Le recrutement de notre échantillon LGBTQIA+ a été principalement permis par les associations LGBTQIA+ qui ont diffusé l'appel à participation sur les réseaux sociaux. Cela implique certainement une sur-représentation de personnes *a minima* en lien avec la communauté LGBTQIA+. Plus globalement, des différences sociodémographiques ont été observées entre nos groupes. Ces différences peuvent être expliquées par les biais de recrutement mentionnés précédemment, mais peuvent également traduire des disparités sociodémographiques inhérentes aux difficultés vécues par la population LGBTQIA+, telles qu'une plus grande précarité (Kia et al., 2020) ou une scolarité impactée (Maji et al., 2024; Moyano & del Mar Sanchez-Fuentes, 2020).

Conclusion et perspectives

En conclusion, nos résultats soulignent que les personnes LGBTQIA+ en France sont sur-exposées aux violences et que cela ne semble pas sans répercussions en termes de prévalences de TSPT et TSPT-C. À notre connaissance, il s'agit de la première étude française explorant les prévalences de TSPT/TSPT-C en population LGBTQIA+. Cette étude pointe un enjeu de santé publique

Chapitre 3 | Recherche empirique

majeur. Il appelle à une véritable politique de lutte contre les violences envers cette population, levier le plus effectif afin de limiter le risque de développer une symptomatologie post-traumatique. Plus largement, les professionnels de santé doivent se situer dans une démarche d'amélioration des pratiques d'accueil des personnes LGBTQIA+, victimes de nombreuses barrières dans l'accès aux soins.

Sur le plan de la recherche, nos résultats ouvrent de nombreuses perspectives. D'autres travaux sont à mener afin d'explorer le poids que peuvent avoir certaines variables contextuelles et psychosociales, mesurées mais non explorées dans cette étude, sur la symptomatologie de TSPT/TSPT-C (e.g., type et caractéristiques associées aux violences, stratégies de coping, lien à la communauté LGBTQIA+, fonctionnement familial, dissociation). Des analyses sont nécessaires afin d'identifier si certains facteurs peuvent être des facteurs spécifiques aux personnes LGBTQIA+ en comparaison des personnes cisgenres hétérosexuelles (et par extension des cibles thérapeutiques spécifiques).

Déclarations

Remerciements

Nous tenons à remercier Hamé Gizard (Psychologue, Co-Président du Réseau de Santé Trans Nouvelle-Aquitaine) et Tristan Poupard (Président du Girofard, Centre LGBTI+ de Bordeaux, France) pour leur relecture et les modifications apportées au protocole. Merci à toutes les personnes et associations ayant participé à la diffusion de l'appel à participation. Merci à toutes les personnes qui ont pris le temps de participer à cette étude. Merci à Nicolas Echaniz (Responsable du service soutien recherche de l'Université de Bordeaux, France) pour son aide apportée dans les démarches éthiques.

Accord éthique et consentement de participation. Le protocole de recherche a fait l'objet d'une évaluation par le délégué à la protection des données de l'Université de Bordeaux afin de correspondre au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). L'étude a été approuvée par un comité éthique (Comité de Protection des Personnes Ile de France VI - N° 23.03723.000244).

Financement. Non applicable.

Mise à disposition des données et du matériel. Non applicable.

Consentement à la publication. Non applicable.

Déclaration de conflits d'intérêts. Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs. WP et BQ ont contribué à la conception ou la réalisation du travail. WP et BQ ont contribué au recueil de données. LH, MF et WP ont contribué à l'analyse des données. WP, BQ, FE, VA, LH et MF ont contribué à l'interprétation des données. WP, BQ, FE, VA et LH ont contribué à la révision de l'article.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Références bibliographiques

- APA. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American psychologist*, 70(9), 832-864.
- APA. (2021). *Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons*. APA Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons. www.apa.org/about/policy/psychological-practice-sexual-minority-persons.pdf
- APA. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Balsam, K. F., Rothblum, E. D., & Beauchaine, T. P. (2005). Victimization over the life span : A comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 477.
- Bayrakdar, S., & King, A. (2023). LGBT discrimination, harassment and violence in Germany, Portugal and the UK: A quantitative comparative approach. *Current sociology*, 71(1), 152-172.
- Beauchemin, C., Ichou, M., & Simon, P. (2023). Trajectoires et Origines 2019-2020 (TeO2) : Présentation d'une enquête sur la diversité des populations en France. *Population (édition française)*, 78(1), 11-28.
- Birkett, M., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2015). Does it get better ? A longitudinal analysis of psychological distress and victimization in lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Journal of adolescent health*, 56(3), 280-285.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., & Stiglmayr, C. (2020). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse : A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 77(12), 1235-1245.
- Bond, M. A., Stone, A. L., Salcido Jr, R., & Schnarrs, P. W. (2021). How often were you traumatized ? Reconceptualizing adverse childhood experiences for sexual and gender minorities. *Journal of Affective Disorders*, 282, 407-414.
- Brewin, C. R. (2020). Complex post-traumatic stress disorder : A new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, 26(3), 145-152.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., & Rousseau, C. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review*, 58, 1-15.
- Brewin, C. R., Miller, J. K., Soffia, M., Peart, A., & Burchell, B. (2022). Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in UK police officers. *Psychological medicine*, 52(7), 1287-1295.
- Caceres, B. A., Streed Jr, C. G., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., Poteat, T., Rosendale, N., Ross, L. M., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Peripheral Vascular Disease; and Stroke Council. (2020). Assessing and addressing cardiovascular health in LGBTQ adults : A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 142(19), e321-e332.

Chapitre 3 | Recherche empirique

- Charak, R., Cano-Gonzalez, I., Ronzón-Tirado, R., Ford, J. D., Byllesby, B. M., Shevlin, M., Karatzias, T., Hyland, P., & Cloitre, M. (2023). Factor structure of the international trauma questionnaire in trauma exposed LGBTQ+ adults : Role of cumulative traumatic events and minority stress heterosexist experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *15*(4), 628.
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States : A population-based study. *Journal of traumatic stress*, *32*(6), 833-842.
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire : Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *138*(6), 536-546.
- Collectif Intersexe Activiste. (2018, juillet 3). Intersexe, c'est quoi ? *Collectif Intersexe Activiste - OII France*. <https://cia-oiifrance.org/intersexe-cest-quoi-2/>
- Cotaina, M., Peraire, M., Boscá, M., Echeverria, I., Benito, A., & Haro, G. (2022). Substance use in the transgender population : A meta-analysis. *Brain sciences*, *12*(3), 366.
- Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., & Roberts, N. P. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events : Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS medicine*, *17*(8), e1003262.
- Craig, S. L., Austin, A., Levenson, J., Leung, V. W., Eaton, A. D., & D'Souza, S. A. (2020). Frequencies and patterns of adverse childhood events in LGBTQ+ youth. *Child abuse & neglect*, *107*, 104623.
- Défenseur des droits (Éd.). (2019). *Inégalités d'accès aux droits et discriminations en France*. la Documentation française.
- Ellis, É., Wieling, E., & Tate, A. (2024). Complex posttraumatic stress disorder links trauma exposure and suicidal behaviors among sexual minority populations : A new target in suicide prevention? *Journal of homosexuality*, *71*(10), 2300-2318.
- Erlangsen, A., Jacobsen, A. L., Ranning, A., Delamare, A. L., Nordentoft, M., & Frisch, M. (2023). Transgender identity and suicide attempts and mortality in Denmark. *Jama*, *329*(24), 2145-2153.
- EUAFR. (2024, avril 29). *LGBTIQ at a crossroads : Progress and challenges*. European Union Agency for Fundamental Rights. <https://fra.europa.eu/en/publication/2024/lgbtiq-crossroads-progress-and-challenges>
- Exposito-Campos, P., Pérez-Fernández, J. I., & Salaberria, K. (2023). Empirically supported affirmative psychological interventions for transgender and non-binary youth and adults : A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *100*, 102229.
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American journal of public health*, *101*(8), 1481-1494.

Chapitre 3 | Recherche empirique

- Fulton, J. J., Calhoun, P. S., Wagner, H. R., Schry, A. R., Hair, L. P., Feeling, N., Elbogen, E., & Beckham, J. C. (2015). The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) veterans : A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders, 31*, 98-107.
- Fung, H. W., Chien, W. T., Lam, S. K. K., & Ross, C. A. (2023). The relationship between dissociation and complex post-traumatic stress disorder : A scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse, 24*(5), 2966-2982.
- Golitaleb, M., Mazaheri, E., Bonyadi, M., & Sahebi, A. (2022). Prevalence of post-traumatic stress disorder after flood : A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry, 13*, 890671.
- Haarmann, L., Lieker, E., Folkerts, A.-K., Eichert, K., Neidlinger, M., Monsef, I., Skoetz, N., Träuble, B., & Kalbe, E. (2024). Higher risk of many physical health conditions in sexual minority men : Comprehensive systematic review and meta-analysis in gay-and bisexual-identified compared with heterosexual-identified men. *LGBT health, 11*(2), 81-102.
- Hamer, R., Bestel, N., & Mackelprang, J. L. (2024). Dissociative symptoms in complex posttraumatic stress disorder : A systematic review. *Journal of Trauma & Dissociation, 25*(2), 232-247.
- Hay, P., Aouad, P., Le, A., Marks, P., Maloney, D., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Epidemiology of eating disorders : Population, prevalence, disease burden and quality of life informing public policy in Australia—A rapid review. *Journal of Eating Disorders, 11*(1), 23.
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., & Brewin, C. R. (2021). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for DSM-5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 13*(2), 133.
- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland : Prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 56*, 649-658.
- IFOP. (2019). *OBSERVATOIRE DES LGBT PHOBIES : État des lieux 2019*. IFOP. <https://www.ifop.com/publication/observatoire-des-lgbtphobies-etat-des-lieux-2019/>
- IPSOS. (2023, juin 1). *Pride month 2023 : 9 % of adults identify as LGBT+ | Ipsos*. <https://www.ipsos.com/en/pride-month-2023-9-of-adults-identify-as-lgbt>
- Jannini, T. B., Longo, L., Rossi, R., Niolu, C., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2023). Complex post-traumatic stress disorder (cPTSD) and suicide risk : A multigroup mediation analysis exploring the role of post-traumatic symptomatology on hopelessness. *Journal of psychiatric research, 165*, 165-169.
- Jonas, L., Salazar de Pablo, G., Shum, M., Nosarti, C., Abbott, C., & Vaquerizo-Serrano, J. (2022). A systematic review and meta-analysis investigating the impact of childhood adversities on the mental health of LGBT+ youth. *JCPP advances, 2*(2), e12079.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Cloitre, M., Busuttil, W., Graham, K., Hendrikx, L., Hyland, P., Biscoe, N., & Murphy, D. (2024). Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation versus Treatment as Usual for ICD-11 Complex PTSD : A Pilot Randomised Controlled Trial (The RESTORE

Chapitre 3 | Recherche empirique

- Trial). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 93(3), 203-215.
<https://doi.org/10.1159/000538428>
- Karimov-Zwienenberg, M., Symphor, W., Peraud, W., & Décamps, G. (2024). Childhood trauma, PTSD/CPTSD and chronic pain : A systematic review. *PloS one*, 19(8), e0309332.
- Kasprowski, D., Fischer, M., Chen, X., de Vries, L., Kroh, M., Kühne, S., Richter, D., & Zindel, Z. (2021). LGBTQI* people in Germany face staggering health disparities. *DIW Weekly Report*, 11(5/6), 42-50.
- Kattari, S. K., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Langenderfer-Magruder, L., & Ramos, D. (2016). Policing gender through housing and employment discrimination : Comparison of discrimination experiences of transgender and cisgender LGBQ individuals. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 7(3), 427-447.
- Katz-Wise, S. L., & Hyde, J. S. (2012). Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals : A meta-analysis. *Journal of sex research*, 49(2-3), 142-167.
- Katz-Wise, S. L., Rosario, M., & Tsappis, M. (2016). Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth and family acceptance. *Pediatric Clinics*, 63(6), 1011-1025.
- Kia, H., Robinson, M., MacKay, J., & Ross, L. E. (2020). Poverty in lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and two-spirit (LGBTQ2S+) populations in Canada : An intersectional review of the literature. *Journal of Poverty and Social Justice*, 28(1), 21-54.
- Liu, R. T., Sheehan, A. E., Walsh, R. F., Sanzari, C. M., Cheek, S. M., & Hernandez, E. M. (2019). Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals : A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 74, 101783.
- Livingston, N. A., Berke, D., Scholl, J., Ruben, M., & Shipherd, J. C. (2020). Addressing diversity in PTSD treatment : Clinical considerations and guidance for the treatment of PTSD in LGBTQ populations. *Current treatment options in psychiatry*, 7, 53-69.
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., & Kliem, S. (2018). ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(4), 270-276.
- Maji, S., Yadav, N., & Gupta, P. (2024). LGBTQ+ in workplace : A systematic review and reconsideration. *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal*, 43(2), 313-360.
- Marchi, M., Travascio, A., Uberti, D., De Micheli, E., Grenzi, P., Arcolin, E., Pingani, L., Ferrari, S., & Galeazzi, G. M. (2023). Post-traumatic stress disorder among LGBTQ people : A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32, e44.
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., Bukstein, O. G., & Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use : A meta-analysis and methodological review. *Addiction*, 103(4), 546-556.
- Mink, M. D., Lindley, L. L., & Weinstein, A. A. (2014). Stress, stigma, and sexual minority status : The intersectional ecology model of LGBTQ health. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 26(4), 502-521.
- Moyano, N., & del Mar Sanchez-Fuentes, M. (2020). Homophobic bullying at schools : A systematic review of research, prevalence, school-related predictors and consequences.

Chapitre 3 | Recherche empirique

- Aggression and violent behavior*, 53, 101441.
- Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., & Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions toward lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and genderqueer people : A review of the literature. *The journal of sex research*, 53(4-5), 488-508.
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., Berntsen, D., & Siegler, I. C. (2013). The frequency and impact of exposure to potentially traumatic events over the life course. *Clinical psychological science*, 1(4), 426-434.
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men : A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(5), 875.
- Peitzmeier, S. M., Malik, M., Kattari, S. K., Marrow, E., Stephenson, R., Agénor, M., & Reisner, S. L. (2020). Intimate partner violence in transgender populations : Systematic review and meta-analysis of prevalence and correlates. *American journal of public health*, 110(9), e1-e14.
- Peraud, W., Hebrard, L., Lavandier, A., Brockbanck-Chasey, S., Brennstuhl, M., & Quintard, B. (2022). French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2152109.
- Rees, S. N., Crowe, M., & Harris, S. (2021). The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services : An integrative review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 578-589.
- Roberts, A. L., Austin, S. B., Corliss, H. L., Vander Morris, A. K., & Koenen, K. C. (2010). Pervasive trauma exposure among US sexual orientation minority adults and risk of posttraumatic stress disorder. *American journal of public health*, 100(12), 2433-2441.
- Romanelli, M., & Hudson, K. D. (2017). Individual and systemic barriers to health care : Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(6), 714.
- Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K., & Flatt, J. D. (2020). A national study on the physical and mental health of intersex adults in the U.S. *PLOS ONE*, 15(10), e0240088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240088>
- Shahmiri Barzoki, H., Ebrahimi, M., Khoshdel, A., Noorbala, A. A., Rahnejat, A. M., Avarzamani, L., Shahed Hagh Ghadam, H., & Avakh, F. (2023). Studying the prevalence of PTSD in veterans, combatants and freed soldiers of Iran-Iraq war : A systematic and meta-analysis review. *Psychology, Health & Medicine*, 28(3), 812-818.
- SSMSI. (2019). *L'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS)*. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS>.
- SSMSI. (2022). *Rapport d'enquête « Vécu et ressenti en matière de sécurité » 2022, victimation—Délinquance et sentiment d'insécurité*. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-2022->

Chapitre 3 | Recherche empirique

- victimation-delinquance-et-sentiment-d-insecurite.
<http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-2022-victimation-delinquance-et-sentiment-d-insecurite>
- Trachman, M., & Lejbowicz, T. (2020). Lesbiennes, gays, bisexuel·le·s et trans (LGBT) : Une catégorie hétérogène, des violences spécifiques. *Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France, Paris, Ined éditions, coll.«Grandes enquêtes, 355-390.*
- Whitaker, C., Stevelink, S., & Fear, N. (2017). The use of Facebook in recruiting participants for health research purposes : A systematic review. *Journal of medical Internet research, 19(8), e290.*
- WHO. (2022). *International Classification of Diseases (Eleven Revision (ICD-11)).* <https://icd.who.int/en>
- Wittgens, C., Fischer, M. M., Buspavanich, P., Theobald, S., Schweizer, K., & Trautmann, S. (2022). Mental health in people with minority sexual orientations : A meta-analysis of population-based studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 145(4), 357-372.*
- Yadavaia, J. E., & Hayes, S. C. (2012). Acceptance and commitment therapy for self-stigma around sexual orientation : A multiple baseline evaluation. *Cognitive and behavioral practice, 19(4), 545-559.*
- Zeeman, L., & Aranda, K. (2020). A systematic review of the health and healthcare inequalities for people with intersex variance. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(18), 6533.*
- Zou, C., & Andersen, J. P. (2015). Comparing the rates of early childhood victimization across sexual orientations : Heterosexual, lesbian, gay, bisexual, and mostly heterosexual. *PloS one, 10(10), e0139198.*

Chapitre 3 | Recherche empirique

3. Facteurs prédictifs du TSPT et du TSPT-C au sein d'un échantillon français de personnes cisgenres hétérosexuelles et de personnes LGBTQIA+

Les résultats présentés dans le chapitre précédent montrent une exposition aux discriminations et aux violences particulièrement fréquente chez les personnes LGBTQIA+, qui semble se traduire par des prévalences de TSPT et de TSPT-C extrêmement élevées. Si ces résultats sont déjà en eux-mêmes importants en termes de considérations politiques, cliniques et de recherches, ils ne fournissent pas d'explication relatives aux facteurs pouvant expliquer pourquoi certaines personnes LGBTQIA+ développent des symptômes de TSPT ou de TSPT-C et d'autres non. L'objectif de ce chapitre est d'étudier plus en détail si certaines variables explorées dans cette étude prédisent ou non la symptomatologie de TSPT et de TSPT-C. Nous avons ainsi plus particulièrement examiné dans deux échantillons distincts (i.e., personnes cisgenres hétérosexuelles, personnes LGBTQIA+) les variables contribuant à la prédiction des symptômes de TSPT et de TSPT-C.

3.1. Rapide contexte théorique et objectifs

Les résultats de la revue systématique de la littérature que nous avons réalisée (Peraud et al., en révision) montrent que les facteurs impliqués dans le TSPT et le TSPT-C sont multiples et apparaissent dans plusieurs sphères de la vie des personnes LGBTQIA+ : conditions socio-démographiques (e.g., précarité financière) (Fitch et al., 2022; Ross et al., 2018a), caractéristiques propres à l'événement traumatique (e.g., identifié comme en lien avec l'identité LGBTQIA+) (Keating & Muller, 2019), stratégies de coping (e.g., orientées vers la consommation de substances ou la recherche de soutien) (Bandermann & Szymanski, 2014b; Stenersen et al., 2019).

Néanmoins, certaines variables n'ont pas été, ou sinon insuffisamment, explorées à ce jour dans leur lien avec les symptômes de TSPT/TSPT-C. Par exemple, les études portant sur le TSPT chez les personnes LGBTQIA+ se sont limitées à évaluer le soutien social familial

Chapitre 3 | Recherche empirique

perçu (Grocott et al., 2023; Travers et al., 2020; Woulfe et al., 2022) qui semble être protecteur. Toutefois, le fonctionnement familial (à savoir comment la famille fait face aux difficultés, s'adapte, s'organise et communique) (Lewandowski et al., 2010) n'a encore jamais été exploré. Pourtant, le fonctionnement familial apparaît comme un facteur clé dans la santé mentale des personnes (Izzo et al., 2022; Scully et al., 2020), notamment des personnes LGBTQIA+ (Katz-Wise et al., 2018).

De même, alors que la dissociation joue un rôle important dans le TSPT (White et al., 2022) et le TSPT-C (Hamer et al., 2024), les études qui s'y rapportent sont rares en population LGBTQIA+. Certains auteurs soulignent que certains facteurs de risque fréquemment identifiés chez les personnes LGBTQIA+ jouent un rôle dans la présence de symptômes dissociatifs (e.g., EPT en lien avec de la discrimination, biphobie, homophobie, transphobie) (Keating & Muller, 2020).

3.2. Procédure

Les résultats présentés ici se réfèrent à la même base de données que celle présentée dans le sous-chapitre précédent (voir Chapitre 3.2.). Pour rappel, la procédure de recueil de données a été conduite en population générale française entre le 15 Janvier et le 04 Mars 2024. Les participants ont été recrutés via les réseaux sociaux (i.e., Facebook, Instagram, LinkedIn) et des flyers déposés dans différents lieux (e.g., conférences, cabinets de santé, associations LGBTQIA+). Les critères d'inclusion étaient d'avoir 18 ans ou plus, vivre sur le territoire français, parler couramment français et consentir à participer à l'étude. Être hétérosexuel et/ou cisgenre n'était pas un critère d'exclusion. Le protocole de recherche a fait l'objet d'une évaluation par le délégué à la protection des données de l'Université de Bordeaux afin de correspondre au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Chapitre 3 | Recherche empirique

L'étude a été approuvée par un comité d'éthique (Comité de Protection des Personnes Ile de France VI - N° 23.03723.000244).

3.3. Outils

Certaines mesures incluses ont déjà été présentées (voir Chapitre 3.2.). Il s'agit de l'évaluation de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, de l'intersexuation, de l'exposition aux discriminations, de l'exposition aux EPT (ITEM ; Hyland et al., 2021) ainsi que de la symptomatologie de TSPT et de TSPT-C (ITQ ; Cloitre et al., 2018 ; Peraud et al., 2022). D'autres mesures complémentaires sont quant à elles précisées. Le protocole dans son ensemble est disponible à l'Annexe 16.

3.3.1. Perception de l'exposition aux violences

Suite au questionnaire portant sur l'exposition aux événements potentiellement traumatiques (ITEM), les personnes étaient invitées à préciser si elles estimaient qu'au moins l'un des événements cochés était en lien avec leur orientation sexuelle et/ou identité de genre. Chaque personne avait la possibilité de répondre à cette question indépendamment de son orientation sexuelle ou de son identité¹¹⁷ de genre et trois modalités de réponse étaient possibles (i.e., oui, non, je ne sais pas).

3.3.2. Symptômes dissociatifs

Les symptômes dissociatifs ont été mesurés en utilisant la Dissociative Symptoms Scale – Brief version (DSS-B) (Macia et al., 2023). N'ayant pas été validée en français, l'échelle a été traduite précédemment selon les recommandations de Vallerand (1989)¹¹⁸. Un travail de validation transculturelle de l'outil est en cours (Brusky, Peraud et al., en rédaction).

¹¹⁷ Comprenant donc les personnes cisgenres et/ou hétérosexuelles.

¹¹⁸ Traduction réalisée par Bonnie Brusky dans le cadre de son Master 2 parcours Psychologie Clinique et Psychopathologie à l'Université de Bordeaux, sous la direction de Géraldine Tapia (MCF-HDR).

Chapitre 3 | Recherche empirique

La DSS-B est une échelle auto-administrée en 8 items mesurant quatre dimensions modérément sévères de la dissociation (i.e., dépersonnalisation, déréalisation, difficultés en matière de conscience et de mémoire, reviviscences dissociatives). Les personnes sont invitées à évaluer à quel point chaque affirmation s'est produite au cours de la semaine dernière. Les items sont cotés sur une échelle en 5 points allant de 0 (« Pas du tout ») à 4 (« Plus d'une fois par jour »). La version originale de l'outil a été validée en population adulte, clinique et non clinique (Carlson et al., 2018; Macia et al., 2023). La fiabilité de l'échelle dans notre échantillon était satisfaisante ($\alpha = 0.82$).

3.3.3. *Stratégies de coping*

Les stratégies de coping ont été mesurées en utilisant la Brief Coping (Carver, 1997), dans sa version trait, traduite et validée en français (Muller & Spitz, 2003). La version trait de cet outil vise à évaluer la façon avec laquelle les personnes font habituellement face à un événement stressant. La Brief Coping est une échelle auto-administrée en 28 items mesurant trois styles de coping, eux-mêmes composés de différentes dimensions : 1. Coping évitant (i.e., auto-distraction, consommation de substances, déni, désengagement comportemental) ; 2. Coping centré sur le problème (i.e., coping actif, soutien instrumental, réinterprétation positive, planification) ; 3. Coping centré sur l'émotion (i.e., soutien émotionnel, distraction, humour, acceptation, blâme, religion). Les participants sont invités à évaluer à quel point chaque affirmation correspond à leur manière de réagir habituellement lors d'un événement stressant. Les items sont cotés sur une échelle en 4 points, allant de 1 (« Pas du tout ») à 4 (« Toujours »). La fiabilité de l'échelle dans notre échantillon était satisfaisante ($\alpha = 0.82$).

3.3.4. *Fonctionnement familial*

Le fonctionnement familial a été évalué à l'aide de la Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation en 15 items (SCORE-15) (Stratton et al., 2014), traduite pour les besoins de l'étude selon les recommandations de Vallerand (1989). La SCORE-15 est une échelle

Chapitre 3 | Recherche empirique

auto-administrée en 15 items mesurant trois dimensions du fonctionnement familial (i.e., force et adaptabilité, être submergé par les difficultés, communication perturbée). La consigne du questionnaire a été adaptée pour que la famille face référence à la famille d'origine. Elle a été formulée de la manière suivante : “Nous aimerions que vous nous parliez de la façon dont vous percevez votre famille en ce moment. La famille peut faire référence à des personnes différentes selon les gens. Ici, “votre famille” fait référence à votre famille d'origine (parents, frères et soeurs, grands-parents, tuteurs légaux...), que vous soyez encore ou non en contact avec celle-ci”. Les participants sont invités à évaluer à quel point chaque affirmation correspond à leur famille d'origine. Les items sont cotés sur une échelle en 5 points allant de 1 (« Ne correspond pas du tout ») à 4 (« Correspond très bien »). La fiabilité dans notre échantillon était satisfaisante ($\alpha = 0.93$).

3.4. Analyses statistiques

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R Studio (R Core Team, 2020). Afin d'explorer les facteurs qui prédisent la symptomatologie de TSPT et de TSPT-C, nous avons dans un premier temps créé des modèles intégrant l'ensemble de nos variables d'intérêt : scores total d'exposition aux discriminations, d'exposition aux événements potentiellement traumatiques (durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte), de dissociation, de fonctionnement familial, ainsi que les scores aux trois styles de coping (i.e., évitant, centré sur le problème, centré sur les émotions). Ces modèles intègrent également l'identité de genre, l'orientation sexuelle (uniquement pour le sous-groupe LGBTQIA+), le fait d'avoir identifié au moins l'un des événements potentiellement traumatiques comme en lien avec son identité de genre ou son orientation sexuelle, la zone d'habitation, le niveau de diplôme, la catégorie socio-professionnelle, la situation financière, l'âge et le statut conjugal.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Deux modèles ont été créés pour chaque échantillon (personnes cisgenres hétérosexuelles et personnes LGBTQIA+), le premier prédisant le TSPT et le second prédisant le TSPT-C. Quatre modèles ont donc été créés. Nous avons intégré aux différents modèles les variables ayant les plus fortes contributions pour chaque symptomatologie et pour chaque échantillon, en utilisant une méthode de sélection hiérarchique pas à pas. Parmi les modèles, ceux prédisant le TSPT-C ne remplissaient pas totalement les conditions d'applications et ont dû être corrigés en utilisant des erreurs standard robustes de type HC1 (Heteroskedasticity-Consistent Estimator Type 1). Des régressions multiples ont ensuite été réalisées sur chacun des 4 modèles.

3.5. Résultats

3.5.1. Statistiques descriptives¹¹⁹

L'échantillon est composé de 1744 personnes LGBTQIA+ (80,18 %) et de 431 personnes cisgenres hétérosexuelles (19,82 %). L'âge moyen était de 32 ans (sd = 11,14) pour l'échantillon cisgenre hétérosexuel et de 27 ans (sd = 8.09) pour l'échantillon LGBTQIA+. Le tableau 3 détaille les variables socio-démographiques mesurées pour nos deux groupes.

Le tableau 4 décrit les fréquences d'exposition à chaque EPT aux différentes périodes de la vie pour les deux groupes. Parmi les personnes cisgenres hétérosexuelles, 75 % rapportent avoir vécu au moins un EPT durant l'enfance, 74 % durant l'adolescence et 54 % à l'âge adulte. Elles sont 90 % à rapporter au moins un EPT au cours de leur vie. Parmi les personnes LGBTQIA+, 77 % rapportent avoir vécu au moins un EPT durant l'enfance, 87 % durant l'adolescence et 72 % à l'âge adulte. Elles sont 94 % à rapporter au moins un EPT au cours de leur vie.

¹¹⁹ Bien que les statistiques descriptives soient déjà présentées dans le chapitre précédent, nous prenons le temps de les présenter ici en raison de de l'échantillonnage différent dans les analyses à venir (personnes cisgenres hétérosexuelles vs personnes LGBTQIA+).

Chapitre 3 | Recherche empirique

Le tableau 5 détaille les variables d'intérêt mesurées pour nos deux groupes. Les personnes LGBTQIA+ rapportent des scores moyens significativement plus élevés d'exposition aux EPT (enfance, adolescence et âge adulte) et aux discriminations, de TSPT, de TSPT-C, de dissociation et de coping centré sur l'évitement ($p < .001$). À l'inverse, elles rapportent des scores moyens significativement moins élevés de stratégies de coping centrées sur le problème ($p < .001$) ou sur les émotions ($p < .05$) (Tableau 6).

Le tableau 7 présente la matrice de corrélations pour les variables d'intérêt mesurées pour l'ensemble de l'échantillon. Les variables les plus corrélées avec le TSPT sont le TSPT-C ($r = .89$; $p < .01$), la dissociation ($r = .61$; $p < .01$) et les EPT durant l'adolescence ($r = .48$; $p < .01$). Les variables les plus corrélées avec le TSPT-C sont le TSPT ($r = .89$; $p < .01$), la dissociation ($r = .68$; $p < .01$) et les EPT durant l'adolescence ($r = .49$; $p < .01$).

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 3.

Composition des groupes cisgenres hétérosexuels et LGBTQIA+ selon leurs caractéristiques sociodémographiques.

Variables sociodémographiques		Cisgenres hétérosexuels (n = 431)		LGBTQIA+ (n = 1744)		Total (n = 2175)	
		n	%	n	%	n	%
Identité de genre	Autre	0	0,00	76	4,36	76	3,49
	Femme cisgenre	372	86,31	736	42,20	1108	50,94
	Femme transgenre	0	0,00	77	4,42	77	3,54
	Homme cisgenre	59	13,69	229	13,13	288	13,24
	Homme transgenre	0	0,00	163	9,35	163	7,49
	Non binaire	0	0,00	355	20,36	355	16,32
	En questionnement	0	0,00	108	6,19	108	4,97
Orientation sexuelle	Asexuel	0	0,00	68	3,90	68	3,13
	Autre	0	0,00	55	3,15	55	2,53
	Bisexuel	0	0,00	679	38,93	679	31,22
	Hétérosexuel	431	100,00	37	2,12	468	21,52
	Homosexuel	0	0,00	575	32,97	575	26,44
	Pansexuel	0	0,00	225	12,90	225	10,34
	En questionnement	0	0,00	105	6,02	105	4,83
Niveau de diplôme	Sans diplôme	0	0,00	11	0,63	11	0,51
	Certificat d'études primaires	0	0,00	1	0,06	1	0,05
	Brevet des collèges/BEPC	1	0,23	27	1,55	28	1,29

Chapitre 3 | Recherche empirique

	CAP, BEP ou équivalent	6	1,39	33	1,89	39	1,79
	Baccalauréat ou équivalent	41	9,51	436	25,00	477	21,93
	1 ^{er} cycle universitaire	123	28,54	544	31,19	667	30,67
	2 nd cycle universitaire	228	52,90	590	33,83	818	37,61
	3 ^{ème} cycle universitaire	32	7,42	102	5,85	134	6,16
Situation conjugale	Autre	7	1,62	37	2,12	44	2,02
	Célibataire	121	28,07	776	44,50	897	41,24
	Concubinage	42	9,74	110	6,31	152	6,99
	Marié/pacsé	112	25,99	177	10,15	289	13,29
	Couple	132	30,63	452	25,92	584	26,85
	Relation libre	15	3,48	192	11,01	207	9,52
	Veuf	2	0,46	0	0,00	2	0,09
Catégorie socio-professionnelle	Agriculteur	0	0,00	4	0,23	4	0,18
	Autre	8	1,86	99	5,68	107	4,92
	Cadre	174	40,37	351	20,13	525	24,14
	Employé	81	18,79	299	17,14	380	17,47
	Etudiant	124	28,77	640	36,70	764	35,13
	Profession libérale	14	3,25	76	4,36	90	4,14
	Profession intermédiaire	16	3,71	64	3,67	80	3,68
	Ouvrier	0	0,00	12	0,69	12	0,55
	Retraité	2	0,46	4	0,23	6	0,28
	Sans emploi	12	2,78	195	11,18	207	9,52

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 4.

Fréquence d'exposition aux Événements Potentiellement Traumatiques chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+.

EPT (%)	Cisgenres hétérosexuels (n = 431)				LGBTQIA+ (n = 1744)				Total (n = 2175)			
	Enfant	Ado	Adulte	Vie entière	Enfant	Ado	Adulte	Vie entière	Enfant	Ado	Adulte	Vie entière
Diagnostic de maladie grave	2,33	1,55	4,4	08,03	2,14	3,17	5	9,76	2,17	2,86	4,89	9,43
Proche décédé tragiquement	9,84	15,8	22,54	40,67	11,71	20,01	19,71	41,61	11,36	19,21	20,25	41,43
Proche ayant reçu un diagnostic de maladie grave	9,33	16,58	33,16	49,22	13,54	21,78	26,97	49,97	12,74	20,79	28,15	49,83
Menace armée	1,81	4,4	5,18	10,88	2,56	6,28	6,22	12,87	2,42	5,93	06,02	12,49
Agression physique par un parent	14,51	12,69	2,85	20,21	25,99	20,74	4,27	32,09	23,8	19,21	4	29,83
Agression physique par quelqu'un d'autre	6,99	14,51	17,36	29,27	13	23,67	17,08	37,03	11,85	21,93	17,14	35,56
Agression sexuelle par un parent	1,81	1,3	0,26	3,11	04,03	02,01	0,55	5,13	3,6	1,88	0,49	4,74
Agression sexuelle par quelqu'un d'autre	9,84	16,32	16,32	34,97	14,03	27,21	28,92	50,95	13,23	25,14	26,52	47,9
Harcèlement sexuel	2,33	22,02	23,32	35,49	12,45	40,15	37,34	53,45	10,52	36,69	34,67	50,02
Contexte de guerre	1,3	01,04	2,85	3,89	0,43	0,43	1,53	2,2	0,59	0,54	1,78	2,52
Retenu captif et/ou torturé	0	0	01,04	01,04	0,43	0,67	0,67	1,65	0,35	0,54	0,74	1,53
Provoqué la souffrance extrême et/ou la mort de quelqu'un	0	0,52	0,26	0,78	0,31	0,67	0,85	1,83	0,25	0,64	0,74	1,63
Témoin de la souffrance	3,89	08,03	18,65	25,65	4,7	11,71	14,77	23,79	4,54	11,01	15,51	24,15

Chapitre 3 | Recherche empirique

extrême et/ou de la mort de quelqu'un												
Accident potentiellement mortel	02,07	2,33	8,55	12,44	3,97	05,06	7,75	15,07	3,6	4,54	7,9	14,57
Catastrophe naturelle potentiellement mortelle	0,78	01,04	0,52	02,07	1,1	0,92	0,79	2,38	01,04	0,94	0,74	2,32
Catastrophe humaine potentiellement mortelle	0,26	0,52	1,81	2,59	0,43	1,1	2,14	3,66	0,4	0,99	02,07	3,46
<i>Traqué par quelqu'un</i>	01,04	3,11	08,03	11,4	1,1	8,6	10,56	16,9	01,09	7,56	10,07	15,85
<i>Harcèlement</i>	8,29	17,1	5,7	22,02	17,21	37,71	12,69	42,34	15,51	33,78	11,36	38,47
<i>Humiliations, insultes</i>	23,06	44,56	23,58	61,66	41,85	65,16	35,63	77,55	38,27	61,23	33,33	74,52
<i>Fait sentir pas aimable, sans valeur</i>	23,58	44,82	31,87	59,84	41,18	64,67	43,2	76,88	37,83	60,89	41,04	73,63
<i>Négligences, rejet</i>	27,2	38,08	17,1	52,59	46,49	61,56	30,99	72,24	42,81	57,09	28,35	68,49

Notes. EPT = Événement Potentiellement Traumatique. Les cinq derniers événements en italique sont des EPT hors critère A mesurés par l'ITEM.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 5.

Statistiques descriptives relatives aux variables mesurées.

Variable	Cisgenres hétérosexuels (n = 387)					LGBTQIA+ (n = 1638)					TOTAL (n = 2025)					
	N	Moy	ET	Min	Max	N	Moy	ET	Min	Max	N	Moy	ET	Min	Max	Cronbach's α
TSPT-C	386	12.06	8.6	0	44	1639	19.39	10.21	0	48	2025	17,99	10,33	0	48	0,88
TSPT	386	6.18	5.27	0	23	1639	9.63	6,02	0	24	2025	8,98	6,04	0	24	0,87
POS	386	5.89	4.68	0	21	1639	9.75	5.62	0	24	2025	9,01	5,66	0	24	0,82
Coping	431	53.58	7.52	33	81	1744	52.98	7.7	26	96	2175	53,1	7,67	26	96	0,82
Coping-Evitement	431	13.66	2.77	8	26	1744	15.42	3.31	8	32	2175	15,07	3,29	8	32	0,64
Coping-Problème	431	20.39	4.34	8	31	1744	18.53	4.6	8	32	2175	18,9	4,61	8	32	0,82
Coping-Emotion	431	19.53	3.75	8	32	1744	19.02	3.88	8	32	2175	19,12	3,86	8	32	0,7
Dissociation	431	10.99	2.96	8	30	1744	14.28	5.46	8	40	2175	13,63	5,23	8	40	0,85
Conscience	431	3.73	1.7	2	10	1744	5.21	2.42	2	10	2175	4,92	2,37	2	10	0,86
Sensations	431	2.16	0.61	2	9	1744	2.46	1.13	2	10	2175	2,4	1,06	2	10	0,78
Reviviscences	431	2.54	0.91	2	9	1744	3,08	1,49	2	10	2175	2,97	1,41	2	10	0,79
Dépersonnalisation	431	2.56	1,03	2	10	1744	3,53	1,9	2	10	2175	3,34	1,81	2	10	0,82
Fonctionnement familial	431	54.71	12.59	15	75	1744	48.51	13.03	15	75	2175	49,74	13,18	15	75	0,93
Comm. perturbée	431	19.52	4.79	5	25	1744	17.35	5.1	5	25	2175	17,78	5,11	5	25	0,88
Difficultés	431	18.66	4.2	5	25	1744	16.92	4.6	5	25	2175	17,26	4,57	5	25	0,78
Force	431	16.52	5,07	5	25	1744	14.25	4.81	5	25	2175	14,7	4,95	5	25	0,89
TOTAL-EPT	431	5.93	4.71	0	24	1744	9.3	6.31	0	35	2175	8.63	6.18	0	35	
Age adulte	431	2.2	2.17	0	12	1744	2.89	2.65	0	13	2175	2.75	2.58	0	13	

Chapitre 3 | Recherche empirique

Adolescence	431	2.39	2.2	0	10	1744	3.98	2.83	0	14	2175	3.66	2.79	0	14	
Enfance	431	1.35	1.73	0	10	1744	2.43	2.35	0	13	2175	2.22	2.28	0	13	
Discriminations	431	1.16	1.15	0	5	1744	2,07	1.59	0	9	2175	1.89	1.56	0	9	

Note : Moy = Moyenne ; ET = Ecart-Type ; Min = Minimum ; Max = Maximum ; TSPT-C = Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe ; TSPT = Trouble de Stress Post-Traumatique ; POS = Perturbations dans l'Organisation de Soi ; Comm. perturbée = Communication perturbée ; EPT = Evénement Potentiellement Traumatique.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 6.

Comparaison de moyennes relative aux variables mesurées entre les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+ de notre échantillon.

Variables	DI	t	p-value	Moy. Cisgenres hétérosexuels (n = 387)	Moy. LGBTQIA+ (n = 1638)
EPT – Enfance	866.43	-10.773	<.001***	1.346	2.431
EPT – Adolescence	821	-12.691	<.001***	2.385	3.978
EPT – âge Adulte	781.33	-5.676	<.001***	2.197	2.891
Discriminations	887.14	-13.459	<.001***	1.165	2.069
TSPT	643.18	-11.273	<.001***	6.176	9.635
TSPT-C	665.81	-14.49	<.001***	12.065	18.386
Fonctionnement familial	2173	8.889	<.001***	54.705	48.514
Dissociation	1242.5	-17.037	<.001***	10.986	14.282
Coping – Evitement	764.06	-11.348	<.001***	13.661	15.422
Coping – Problème	2173	7.580	<.001***	20.390	18.534
Coping – Emotions	2173	2.442	0.015*	19.529	19.022

Note : DI = Degré de liberté ; Moy = Moyenne ; EPT = Evénement Potentiellement Traumatique ; TSPT = Trouble de Stress Post-Traumatique ; TSPT-C = Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 7.

Matrice de corrélations pour les variables EPT, TSPT, TSPT-C, discriminations, dissociation, fonctionnement familial et coping pour l'ensemble de l'échantillon.

Variabes	EPT Enfant	EPT Ado.	EPT Adulte	TSPT	TSPT-C	Discri.	Disso.	Fonct. Familial	Cop. Evitement	Cop. Problème	Cop. Emotion
EPT – Enfant	1,00										
EPT – Ado.	0,61**	1,00									
EPT – Adulte	0,32**	0,43**	1,00								
TSPT	0,39**	0,48**	0,35**	1,00							
TSPT-C	0,42**	0,49**	0,31**	0,89**	1,00						
Discri.	0,37**	0,44**	0,36**	0,39**	0,38**	1,00					
Disso.	0,40**	0,45**	0,25**	0,61**	0,68**	0,35**	1,00				
Fonct. Familial	-0,41**	-0,39**	-0,26**	-0,36**	-0,42**	-0,29**	-0,34**	1,00			
Cop. – Evitement	0,25**	0,30**	0,16**	0,38**	0,47**	0,23**	0,47**	-0,25**	1,00		
Cop. – Problème	-0,11**	-0,12**	0,01	-0,12**	-0,27**	-0,08**	-0,21**	0,19**	-0,28**	1,00	
Cop. – Emotion	-0,02	-0,02	0,05*	-0,06**	-0,19**	0,01	-0,08**	0,14**	-0,11**	0,62**	1,00

Notes : EPT = Événement Potentiellement Traumatique ; Ado. = Adolescent ; TSPT = Trouble de Stress Post-Traumatique ; TSPT-C = Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe ; Discri. = Discriminations ; Fonct. Familial = Fonctionnement familial ; Cop. = Coping ; * = $p < .05$; ** = $p < .01$.

Chapitre 3 | Recherche empirique

3.5.2. *Modèles prédictifs du TSPT chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+*

Les modèles prédisant le score de TSPT chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+ sont significatifs ($p < .001$) (Tableau 8).

Pour les personnes cisgenres hétérosexuelles, le fait d'être une femme cisgenre ($\beta = 2,735$; $p < .001$), le score total de symptômes dissociatifs ($\beta = 0,567$; $p < .001$), le score total d'EPT vécus à l'adolescence ($\beta = 0,397$; $p < .001$) ou à l'âge adulte ($\beta = 0,366$; $p < .001$), un faible score total de stratégies de coping centrées sur les émotions ($\beta = -0,179$; $p < .05$) et un faible score total de fonctionnement familial ($\beta = -0,039$; $p < .05$) expliquent ensemble 32 % de la variance du TSPT. Un effet tendanciel du score total de coping centré sur le problème ($\beta = 0,127$; $p = 0.055$) est à noter.

Pour les personnes LGBTQIA+, être dans une forme de relation conjugale autre que celles mentionnées¹²⁰ ($\beta = -1,761$; $p = 0.031$), ne pas savoir si l'un des EPT est en lien avec son OS/IG¹²¹ ($\beta = 1,128$; $p < .001$), être une femme cisgenre ($\beta = 1,18$; $p < .01$), penser que l'un des EPT est en lien avec son OS/IG ($\beta = 0,561$; $p < .05$), avoir de faibles revenus ($\beta = 0,532$; $p < .001$) , la dissociation ($\beta = 0,435$; $p < .001$), les EPT vécus à l'âge adulte ($\beta = 0,333$; $p < .001$), les discriminations ($\beta = 0,274$; $p < .001$), les EPT vécus à l'adolescence ($\beta = 0,217$; $p < .001$), le coping centré sur l'évitement ($\beta = 0,156$; $p < .001$), un faible score de fonctionnement familial ($\beta = -0,045$; $p < .001$) et être jeune ($\beta = -0,041$; $p < .05$) expliquent ensemble 48 % de la variance du TSPT. Un effet tendanciel est à noter dans le fait d'être une femme transgenre ($\beta = 0,599$; $p = 0.066$).

¹²⁰ Les formes de relations conjugales mentionnées dans l'étude étaient : Célibataire, en relation libre, en couple, en concubinage, marié/pacsé, veuf. Les personnes choisissant la catégorie « autre » n'avaient pas la possibilité de préciser dans le questionnaire.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 8.

Analyses de régressions hiérarchiques pour le TSPT chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+.

TSPT Variables	Cisgenres hétérosexuels (n = 387)					LGBTQIA+ (n = 1638)				
	Estimate (β)	std.error	t-value	p.value	R ² Ajusté	Estimate (β)	std.error	t-value	p.value	R ² Ajusté
(Intercept)	-3.655	2.152	-1.698	0.09	0.32	2.085	1.347	1.548	0.122	0.48
Discriminations						0.274	0.081	3.402	<.001***	
Dissociation	0.567	0.083	6.796	<.001***		0.435	0.025	17.384	<.001***	
Fonctionnement familial	-0.039	0.019	-2.053	0.041*		-0.045	0.01	-4.693	<.001***	
EPT - Enfance						0.106	0.06	1.754	0.08	
EPT - Adolescence	0.397	0.116	3.41	<.001***		0.217	0.055	3.948	<.001***	
EPT - Age adulte	0.366	0.11	3.339	<.001***		0.333	0.051	6.597	<.001***	
Coping Evitement	0.159	0.09	1.767	0.078		0.156	0.038	4.102	<.001***	
Coping Problème	0.127	0.066	1.924	0.055		0.055	0.032	1.74	0.082	
Coping Emotion	-0.179	0.077	-2.312	0.021*		-0.054	0.036	-1.483	0.138	
EPT en lien avec OS/IG - Oui						0.561	0.256	2.197	0.028*	
EPT en lien avec OS/IG – Ne sait pas						1.128	0.294	3.836	<.001***	
IG - Autre						0.535	0.622	0.861	0.389	
IG – Femme cisgenre	2.735	0.675	4.055	<.001***		1.18	0.37	3.189	<.001***	
IG – Femme transgenre						1.104	0.599	1.842	0.066	
IG – Homme transgenre						0.054	0.496	0.11	0.913	
IG – Non binaire						0.063	0.422	0.15	0.881	
IG – En questionnement IG						0.301	0.549	0.548	0.584	

Chapitre 3 | Recherche empirique

Revenus						-0.532	0.152	-3.498	<.001***	
Age						-0.041	0.016	-2.507	0.012*	
Situation conjugale - Autre						-1.761	0.816	-2.157	0.031*	
Situation conjugale - Célibataire						-0.214	0.403	-0.53	0.596	
Situation conjugale - Concubinage						-0.253	0.56	-0.452	0.651	
Situation conjugale – En couple						0.456	0.427	1.069	0.285	
Situation conjugale – Relation libre						-0.145	0.485	-0.3	0.764	

Notes : TSPT = Trouble de Stress Post-Traumatique ; std.error = Erreur standardisée ; EPT = Evénement Potentiellement Traumatique ; OS = Orientation Sexuelle ; IG = Identité de Genre ; Les variables noircies pour le modèle chez les personnes Cisgenres Hétérosexuelles sont des variables qui n'ont pas été incluses dans l'analyse ; Les variables grisées sont des variables qui ne sont pas ressorties dans le modèle.

Chapitre 3 | Recherche empirique

En comparaison des personnes cisgenres hétérosexuelles, les facteurs prédictifs du TSPT spécifiquement significatifs chez les personnes LGBTQIA+ sont le fait de ne pas être dans une forme de relation conjugale différente de celles proposées, de ne pas savoir si ou de penser que l'un des EPT est en lien avec son OS/IG, le faible niveau de revenus, le score total de discriminations, le score total de stratégies de coping centrées sur l'évitement et être jeune. A l'inverse, seul le score total de stratégies de coping centrées sur l'émotion prédit significativement le TSPT uniquement chez les personnes cisgenres hétérosexuelles (Tableau 9).

Tableau 9.

Récapitulatif des variables prédictives du TSPT chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+.

	Cisgenres Hétérosexuels	LGBTQIA+
Variables prédictives du TSPT	<ul style="list-style-type: none"> • Femme cisgenre • Dissociation • EPT adolescence • EPT Adulte • Faible coping – émotion • Faible fonctionnement familial 	<ul style="list-style-type: none"> • Autre forme de relation conjugale • ? Lien EPT et OS/IG • Femme cisgenre • Lien entre EPT et OS/IG • Faibles revenus • Dissociation • EPT Adulte • Discriminations • EPT Adolescence • Coping – Evitement • Faible fonctionnement familial • Jeune âge

Notes : TSPT = Trouble de Stress Post-Traumatique ; EPT = Événement Potentiellement Traumatique ; OS = Orientation sexuelle ; IG = Identité de Genre. Apparaissent en gras les variables prédictives communes aux deux groupes.

Chapitre 3 | Recherche empirique

3.5.3. *Modèles prédictifs du TSPT-C chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+.*

Les deux modèles prédisant le score de TSPT-C (Tableau 10) chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et chez les personnes LGBTQIA+ sont significatifs ($p < .001$).

Pour les personnes cisgenres hétérosexuelles, la dissociation ($\beta = 1,018$; $p < .001$), les EPT vécus à l'adolescence ($\beta = 0,636$; $p < .001$), un faible score de stratégies de coping centrées sur l'émotion ($\beta = -0,397$; $p < .001$), les stratégies de coping centrées sur l'évitement ($\beta = 0,378$; $p < .001$), les EPT à l'âge adulte ($\beta = 0,372$; $p < .05$) et un faible fonctionnement familial ($\beta = -0,103$; $p < .001$) prédisent ensemble 41 % de la variance du TSPT-C. Un effet tendanciel est noté pour le fait d'être une femme cisgenre ($\beta = 1,946$; $p = 0,06$).

Pour les personnes LGBTQIA+, ne pas savoir si l'un des EPT est en lien avec son OS/IG ($\beta = 1,63$; $p < .001$), de faibles revenus ($\beta = -0,801$; $p < .001$), la dissociation ($\beta = 0,787$; $p < .001$), les EPT vécus à l'âge adulte ($\beta = 0,509$; $p < .001$), le coping centré sur l'évitement ($\beta = 0,460$; $p < .001$), un faible coping centré sur l'émotion ($\beta = -0,324$; $p < .001$), les EPT vécus à l'adolescence ($\beta = 0,275$; $p < .001$) ou durant l'enfance ($\beta = 0,261$; $p < .01$), les discriminations ($\beta = 0,255$; $p < .05$), un faible fonctionnement familial ($\beta = -0,082$; $p < .001$), et un jeune âge ($\beta = -0,053$; $p < .05$) prédisent ensemble 57 % de la variance du TSPT-C.

En comparaison des personnes cisgenres hétérosexuelles, les facteurs de risque du TSPT-C significatifs uniquement chez les personnes LGBTQIA+ sont le fait de ne pas savoir si l'un des EPT est en lien avec son OS/IG, de faibles revenus, le score total d'EPT vécus durant l'enfance, le score total de discriminations et le jeune âge. Aucune variable n'est prédictive du TSPT-C uniquement chez les personnes cisgenres hétérosexuelles (Tableau 11).

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 10.

Régressions hiérarchiques pour le TSPT-C chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+.

TSPT-C Variables	Cisgenres hétérosexuels (n = 387)					LGBTQIA+ (n = 1638)				
	Estimate (β)	std.error	t-value	p.value	R ² Ajusté	Estimate (β)	std.error	t-value	p.value	R ² Ajusté
(Intercept)	3.992	3.098	1.289	0.198	0.41	10.374	1.813	5.723	<.001***	0.57
Discriminations	0.469	0.317	1.48	0.14		0.255	0.122	2.087	0.037*	
Dissociation	1.018	0.128	7.971	<.001***		0.787	0.038	20.448	<.001***	
Fonctionnement familial	-0.103	0.029	-3.55	<.001***		-0.082	0.015	-5.567	<.001***	
EPT - Enfance						0.261	0.093	2.816	0.005**	
EPT - Adolescence	0.636	0.18	3.53	<.001***		0.275	0.085	3.243	<.001***	
EPT – âge Adulte	0.372	0.167	2.224	0.027*		0.509	0.077	6.581	<.001***	
Coping - Evitement	0.378	0.135	2.805	0.005**		0.463	0.058	8.035	<.001***	
Coping - Problème										
Coping - Emotion	-0.397	0.093	-4.257	<.001***		-0.324	0.044	-7.404	<.001***	
EPT en lien avec OS/IG - Oui						0.698	0.392	1.781	0.075	
EPT en lien avec OS/IG – Ne sait pas						1.63	0.454	3.594	<.001***	
IG – Femme cisgenre	1.946	1.033	1.883	0.06						
Revenus						-0.801	0.233	-3.435	<.001***	
Age						-0.053	0.023	-2.293	0.022*	

Notes : TSPT-C = Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe ; std.error = Erreur standardisée ; EPT = Événement Potentiellement Traumatique ; OS = Orientation Sexuelle ; IG = Identité de Genre ; Les variables grisées sont des variables qui ne sont pas ressorties dans le modèle.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 11.

Récapitulatif des variables prédictrices du TSPT-C chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+.

	Cisgenres Hétérosexuels	LGBTQIA+
Variables prédictrices du TSPT-C	<ul style="list-style-type: none"> • Dissociation • EPT - Adolescence • Faible coping – Emotion • Coping – Evitement • EPT - Adulte • Faible fonctionnement familial 	<ul style="list-style-type: none"> • ? Lien EPT et OS/IG • Faibles revenus • Dissociation • EPT Adulte • Coping – Evitement • Faible Coping – Emotion • EPT – Adolescence • EPT – Enfance • Discriminations • Faible fonctionnement familial • Jeune âge

Notes : TSPT = Trouble de Stress Post-Traumatique ; EPT = Événement Potentiellement Traumatique ; OS = Orientation sexuelle ; IG = Identité de Genre. Apparaissent en gras les variables prédictrices communes aux deux groupes.

3.6. Premier constat et analyses complémentaires.

Si nos résultats permettent de tirer plusieurs conclusions qu’il semble important de discuter, il nous a paru nécessaire de considérer en premier lieu un constat d’importance : de manière surprenante, le nombre d’EPT vécus durant l’enfance ne prédit pas systématiquement le TSPT et le TSPT-C en tenant compte de l’ensemble de nos variables insérées dans le modèle¹²². Néanmoins, le nombre d’EPT vécus durant l’adolescence et à l’âge adulte prédisent systématiquement le TSPT et le TSPT-C dans les deux échantillons. Deux patterns se distinguent néanmoins entre personnes cisgenres hétérosexuelles et personnes LGBTQIA+ : là où les EPT durant l’adolescence ont plus de poids que les EPT à l’âge adulte

¹²² Le score total d’EPT durant l’enfance est prédictif uniquement pour le TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+.

Chapitre 3 | Recherche empirique

dans les deux modèles chez les personnes cisgenres hétérosexuelles, ce sont les EPT à l'âge adulte qui sont les plus prédictifs chez les personnes LGBTQIA+.

Au premier abord, l'ensemble de ces résultats s'oppose radicalement à ceux rapportés dans la littérature, qui soulignent le poids majeur que représentent les violences durant l'enfance sur la symptomatologie à l'âge adulte (Brewin et al., 2000; Cloitre et al., 2009; Maercker, Cloitre, et al., 2022; McKay et al., 2021). Néanmoins, certains auteurs ont mentionné que les caractéristiques des EPT en eux-mêmes est peut être davantage à prendre en compte (Hagenaars et al., 2011). Par exemple, l'étude de Husky (2015) a montré l'importance des violences de nature interpersonnelle, et plus spécifiquement encore des violences sexuelles, sur la symptomatologie de TSPT.

Plus récemment, Hyland et ses collaborateurs (2021a) ont rapporté que les EPT hors critère A (i.e., événements psychologiquement éprouvants tels que le harcèlement, le rejet, la négligence) prédisent avec plus de poids le TSPT et le TSPT-C que les EPT critère A. En contexte de populations marginalisées, plusieurs auteurs ont également souligné que les formes d'oppressions jouaient un rôle aussi important dans les symptômes de TSPT que les événements critère A (Holmes et al., 2016). Ces éléments nous ont conduit à reproduire nos analyses en regroupant, pour chaque période développementale (i.e., enfance, adolescence, âge adulte), les EPT selon deux modalités : EPT critère A et EPT hors critère A. Nous faisons l'hypothèse que les EPT hors critère A, considérés isolément, ont un rôle prédictif dans le TSPT et le TSPT-C plus important que les EPT critère A. Nous nous attendons également à ce que les EPT hors critère A durant l'enfance prédisent le TSPT et le TSPT-C dans les deux groupes. Les résultats sont présentés ci-dessous.

Chapitre 3 | Recherche empirique

3.6.1. *Analyses descriptives*

Le tableau 12 décrit les fréquences d'exposition aux EPT critère A et hors critère A aux différentes périodes de la vie pour les deux groupes. Parmi les personnes cisgenres hétérosexuelles, 44 % ont vécu au moins un EPT critère A durant l'enfance (vs 40 % EPT hors critère A), 66 % ont vécu au moins un EPT critère A durant l'adolescence (vs 71 % EPT hors critère A) et 60 % ont vécu au moins un EPT critère A durant l'âge adulte (vs 44 % EPT hors critère A). Au cours de la vie, 90 % des personnes cisgenres hétérosexuelles rapportent avoir vécu au moins un EPT critère A (vs 88 % EPT hors critère A).

Parmi les personnes LGBTQIA+, 57 % ont vécu au moins un EPT critère A durant l'enfance (vs 59 % EPT hors critère A), 69 % ont vécu au moins un EPT critère A durant l'adolescence (vs 73 % EPT hors critère A) et 70 % ont vécu au moins un EPT critère A durant l'âge adulte (vs 53 % EPT hors critère A). Au cours de la vie, 92 % des personnes LGBTQIA+ rapportent avoir vécu au moins un EPT critère A (vs 91 % EPT hors critère A).

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 12.

Statistiques descriptives des événements mesurés par le questionnaire ITEM.

Événements mesurés par l'ITEM		Cisgenres hétérosexuels (n = 431)						LGBTQIA+ (n = 1744)						Total (n = 2175)					
		N	N au moins 1 événement	Moy	ET	Min	Max	N	N au moins 1 événement	Moy	ET	Min	Max	N	N au moins 1 événement	Moy	ET	Min	Max
Enfance	EPT Critère A	387	171 (44,19 %)	0,67	0,95	0	6	1638	940 (57,39 %)	1,11	1,34	0	9	2175	1111 (51,08 %)	0,95	1,27	0	9
	EPT hors Critère A	387	154 (39,79 %)	0,84	1,22	0	4	1638	961 (58,67 %)	1,48	1,50	0	5	2175	1115 (51,26 %)	1,26	1,46	0	5
Adolescence	EPT Critère A	387	256 (66,15 %)	1,41	1,50	0	8	1638	1125 (68,68 %)	1,66	1,67	0	10	2175	1482 (68,14 %)	1,61	1,64	0	10
	EPT hors Critère A	387	274 (70,80 %)	1,94	1,59	0	5	1638	1201 (73,32 %)	2,09	1,60	0	5	2175	1581 (72,69 %)	2,05	1,60	0	5
Age Adulte	EPT Critère A	387	232 (59,95 %)	1,39	1,58	0	7	1638	1151 (70,27 %)	1,63	1,60	0	8	2175	1493 (68,64 %)	1,60	1,60	0	8
	EPT hors Critère A	387	169 (43,67 %)	1,00	1,38	0	5	1638	857 (52,32 %)	1,19	1,41	0	5	2175	1100 (50,57 %)	1,16	1,41	0	5
Total	EPT Critère A	387	349 (90,18 %)	3,47	2,70	0	14	1638	1511 (92,25 %)	4,40	3,08	0	21	2175	1991 (91,54 %)	4,16	3,02	0	21
	EPT hors Critère A	387	340 (87,86 %)	3,77	2,75	0	12	1638	1494 (91,21 %)	4,76	2,97	0	14	2175	1952 (89,75 %)	4,47	2,95	0	14

Notes : ITEM = International Trauma Exposure Measure ; Moy = Moyenne ; ET = Ecart-Type ; Min = Minimum ; Max = Maximum ; EPT = Événement Potentiellement Traumatique.

Chapitre 3 | Recherche empirique

3.6.2. *Modèles prédictifs alternatifs du TSPT chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+*

Les deux modèles restent similaires sur leur valeur prédictive du TSPT que ce soit chez les personnes cisgenres hétérosexuelles (R^2 ajusté : 0.32) ou les personnes LGBTQIA+ (R^2 ajusté : 0.48). Il n'y a pas de changement concernant les variables prédictives dans les deux modèles. Comme le montre le tableau 13, les EPT (critère A ou hors critère A) relatifs à l'enfance ne prédisent pas le TSPT au sein des deux échantillons, bien que l'on note un effet tendanciel des EPT hors critère A chez les personnes LGBTQIA+ ($\beta = 0,162$; $p = 0.065$).

Chez les personnes cisgenres hétérosexuelles, les EPT hors critère A à l'âge adulte ($\beta = 0,514$; $p < .05$), les EPT critère A à l'adolescence ($\beta = 0,427$; $p < .05$) et les EPT hors critère A à l'adolescence adulte ($\beta = 0,368$; $p < .05$) prédisent le TSPT lorsque l'ensemble des variables sont intégrées dans le modèle.

Chez les personnes LGBTQIA+, les EPT hors critère A à l'âge adulte ($\beta = 0,496$; $p < .001$), les EPT hors critère A à l'adolescence ($\beta = 0,292$; $p < .001$) et les EPT critère A à l'âge adulte ($\beta = 0,217$; $p < .01$) sont un facteur de risque du TSPT lorsque l'ensemble des variables sont intégrées dans le modèle. Nous notons par ailleurs un effet tendanciel des EPT critère A à l'adolescence ($\beta = 0,155$; $p = .051$).

Seuls les EPT critère A à l'âge adulte sont significatifs uniquement chez les personnes LGBTQIA+ en comparaison des personnes cisgenres hétérosexuelles. À l'inverse, seuls les EPT critère A à l'adolescence sont significatifs uniquement chez les personnes cisgenres hétérosexuelles en comparaison des personnes LGBTQIA+.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 13.

Modèles de régressions hiérarchiques alternatifs du TSPT chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+.

TSPT	Cisgenres hétérosexuels (n = 387)					LGBTQIA+ (n = 1638)				
Variables	Estimate (β)	std.error	t-value	p.value	R ² Ajusté	Estimate (β)	std.error	t-value	p.value	R ² Ajusté
(Intercept)	-3.55	2.159	-1.644	0.101	0.32	1.837	1.35	1.361	0.174	0.48
Discriminations						0.26	0.081	3.22	<.001***	
Dissociation	0.56	0.084	6.649	<.001***		0.436	0.025	17.486	<.001***	
Fonctionnement familial	-0.038	0.019	-1.969	<0.05*		-0.043	0.009	-4.576	<.001***	
EPT Critère A - Enfance										
EPT Hors Critère A - Enfance						0.162	0.088	1.844	0.065	
EPT Critère A – Adolescence	0.427	0.193	2.213	<.05*		0.155	0.079	1.953	0.051	
EPT Hors Critère A - Adolescence	0.368	0.178	2.072	<.05*		0.292	0.088	3.321	<.001***	
EPT Critère A – âge Adulte	0.265	0.162	1.636	0.103		0.217	0.081	2.692	<.01**	
EPT Hors Critère A – âge Adulte	0.514	0.21	2.453	<.05*		0.496	0.092	5.402	<.001***	
Coping - Evitement	0.158	0.091	1.748	0.081		0.155	0.038	4.084	<.001***	
Coping - Problème	0.126	0.066	1.909	0.057		0.057	0.032	1.803	0.072	
Coping - Emotion	-0.18	0.078	-2.318	<.05*		-0.054	0.036	-1.496	0.135	
EPT en lien avec OS/IG - Oui						0.545	0.255	2.136	0.033*	
EPT en lien avec OS/IG – Ne sait pas						1.119	0.294	3.813	<.001***	
IG - Autre						0.541	0.621	0.871	0.384	
IG – Femme cisgenre	2.719	0.676	4.022	<.001***		1.221	0.37	3.3	<.001***	
IG – Femme transgenre						1.065	0.599	1.779	0.076	

Chapitre 3 | Recherche empirique

IG – Homme transgenre						0.039	0.496	0.078	0.937	
IG – Non binaire						0.096	0.422	0.228	0.819	
IG – En questionnement						0.326	0.548	0.594	0.553	
Revenus						-0.543	0.152	-3.585	<.001***	
Age						-0.035	0.016	-2.143	<.05*	
Situation conjugale - Autre						-1.81	0.815	-2.221	<.05*	
Situation conjugale - Célibataire						-0.224	0.402	-0.556	0.578	
Situation conjugale - Concubinage						-0.202	0.559	-0.361	0.718	
Situation conjugale – En couple						0.469	0.426	1.102	0.271	
Situation conjugale – Relation libre						-0.098	0.484	-0.202	0.84	

Notes : TSPT = Trouble de Stress Post-Traumatique ; std.error = Erreur standardisée ; EPT = Événement Potentiellement Traumatique ; OS = Orientation Sexuelle ; IG = Identité de Genre. Les variables noircies pour le modèle chez les personnes Cisgenres Hétérosexuelles sont des variables qui n'ont pas été incluses dans l'analyse. Les variables grisées sont des variables qui ne sont pas ressorties dans le modèle.

Chapitre 3 | Recherche empirique

3.6.3. *Modèles prédictifs alternatifs du TSPT-C chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+*

Les deux modèles restent similaires sur leur valeur prédictive du TSPT-C que ce soit chez les personnes cisgenres hétérosexuelles (R^2 ajusté : 0.41) ou les personnes LGBTQIA+ (R^2 ajusté : 0.54) (Tableau 14). Des changements sont notés concernant les variables prédictives dans les deux modèles. Au sein de l'échantillon cisgenre hétérosexuel, alors que le fait d'être une femme cisgenre était un prédicteur tendanciel, il apparaît significatif dans ce modèle alternatif ($\beta = 2,134$; $p < .05$). Au sein de l'échantillon LGBTQIA+, avoir peu de stratégies de coping centrées sur le problème ($\beta = -0,186$; $p < .001$) ainsi que le fait d'identifier au moins un EPT comme en lien avec son OS/IG ($\beta = 1,05$; $p < .01$) deviennent significatifs. À l'inverse, avoir peu de stratégies de coping centrées sur l'émotion et le jeune âge ne restent pas significatif dans ce modèle chez les personnes LGBTQIA+.

De manière cohérente avec les modèles initiaux, les EPT durant l'enfance prédisent le TSPT-C uniquement chez les personnes LGBTQIA+. Chez les personnes LGBTQIA+, les EPT hors critère A sont significatifs dans le modèle ($\beta = 0,586$; $p < .001$) tandis que les EPT critère A ne le sont pas ($\beta = 0,262$; $p = .069$). Là où les EPT durant l'adolescence et l'âge adulte étaient significatifs dans le modèle initial, ces derniers, distingués en EPT critère A et hors critère A dans ce modèle, ne sont plus significatifs.

Chez les personnes cisgenres hétérosexuelles, les EPT hors critère A durant l'âge adulte ($\beta = 0,947$; $p < .01$), les EPT critère A à l'adolescence ($\beta = 0,672$; $p < .05$) et les EPT hors critère A à l'adolescence ($\beta = 0,528$; $p < .05$) prédisent le TSPT-C. Les EPT (critère A et hors critère A) et les EPT critère A à l'âge adulte ne prédisent pas le TSPT-C.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Tableau 14.

Modèles de régressions hiérarchiques alternatifs du TSPT-C chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+.

TSPT-C	Cisgenres hétérosexuels (n = 431)					LGBTQIA+ (n = 1744)				
	Estimate (β)	std.err or	t-value	p.value	R ² Ajusté	Estimate (β)	std.erro r	t-value	p.value	R ² Ajusté
(Intercept)	4.119	3.213	1.282	0.201	0.41	9.273	1.69	5.488	<.001***	0.54
Discriminations						0.512	0.12	4.269	<.001***	
Dissociation	0.993	0.129	7.711	<.001** *		0.833	0.038	21.728	<.001***	
Fonctionnement familial	-0.094	0.033	-2.862	<.01**		-0.104	0.015	-6.977	<.001***	
EPT Critère A – Enfance						0.262	0.144	1.821	0.069	
EPT Hors Critère A - Enfance	0.475	0.339	1.404	0.161		0.586	0.132	4.434	<.001***	
EPT Critère A – Adolescence	0.672	0.28	2.396	<.05*						
EPT Hors Critère A - Adolescence	0.528	0.265	1.994	<.05*						
EPT Critère A – âge Adulte										
EPT Hors Critère A – âge Adulte	0.947	0.342	2.77	<.01**						
Coping - Evitement	0.369	0.133	2.782	<.01**		0.453	0.06	7.546	<.001***	
Coping - Problème						-0.186	0.039	-4.789	<.001***	
Coping - Emotion	-0.398	0.102	-3.892	<.001** *						
EPT en lien avec OS/IG - Oui						1.05	0.398	2.64	<.01**	

Chapitre 3 | Recherche empirique

EPT en lien avec OS/IG – Ne sait pas						1.519	0.464	3.276	<.001***	
IG – Femme cisgenre	2.134	1.015	2.102	<.05*						
Revenus						-1.112	0.236	-4.709	<.001***	

Notes : TSPT = Trouble de Stress Post-Traumatique ; std.error = Erreur standardisée ; EPT = Evénement Potentiellement Traumatique ; OS = Orientation Sexuelle ; IG = Identité de Genre. Les variables grisées sont des variables qui ne sont pas ressorties dans le modèle.

Chapitre 3 | Recherche empirique

3.7. Discussion des résultats

L'objectif de ces analyses était d'identifier les facteurs prédictifs du TSPT et du TSPT-C chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et LGBTQIA+. Dans un souci de synthèse, ne seront discutés ici que les résultats principaux.

Événements Potentiellement Traumatiques

Comme mentionné précédemment, le nombre d'EPT vécus durant l'enfance ne prédit pas systématiquement le TSPT et le TSPT-C en tenant compte de l'ensemble des variables insérées dans le modèle¹²³. Des éléments tirés de la littérature scientifique nous ont amené à considérer l'intérêt de distinguer les EPT correspondant au critère A, de ceux hors du critère A. Nous faisons l'hypothèse que considérés isolément, les EPT hors critère A prédiraient plus fortement le TSPT et le TSPT-C que les EPT critère A au sein de nos deux échantillons. Les résultats nous amènent à tirer deux conclusions :

- premièrement, les EPT critère A vécus durant l'enfance n'ont un rôle significatif que dans un seul des quatre modèles (i.e., modèle prédictif du TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+);

- deuxièmement, les EPT hors critère A sont systématiquement apparus comme des prédicteurs plus importants du TSPT et du TSPT-C que les EPT critère A chez les personnes LGBTQIA+.

Il convient de noter que ces résultats ne sont pas la preuve d'une absence d'effet des EPT critère A durant l'enfance sur la symptomatologie de TSPT ou de TSPT-C, mais plutôt d'un rôle non significatif lorsque les EPT critère A sont considérés au regard de l'ensemble

¹²³ Le nombre d'EPT durant l'enfance était prédictif uniquement pour le TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+.

Chapitre 3 | Recherche empirique

des variables intégrées dans les modèles. Néanmoins, ces résultats se distinguent d'autres obtenus dans plusieurs études déjà mentionnées (Brewin et al., 2000; Cloitre et al., 2009; Maercker, Cloitre, et al., 2022; McKay et al., 2021). L'échantillon étant composé d'adultes et la mesure des symptômes de TSPT/TSPT-C se limitant au dernier mois, il convient d'envisager que ce ne sont pas les facteurs impliqués dans le développement d'un TSPT/TSPT-C qui sont évalués, mais possiblement ceux qui jouent un rôle dans le maintien de ces deux troubles.

A ce titre, il est probable que les EPT critère A durant l'enfance aient un rôle moins central dans la présence de symptômes que d'autres formes de violences plus récentes qui maintiennent la personne dans un contexte d'adversité et d'insécurité. L'exposition à ce qui ne constitue pas une expérience de stress aigu et extrême (tels que les EPT critère A) mais plutôt un stress chronique (e.g., harcèlement, rejet, négligence...) peut entretenir un sentiment de menace constante chez l'individu (Holmes et al., 2016). Cette insécurité ambiante participe au maintien des symptômes de TSPT/TSPT-C. En ce sens, les résultats de notre troisième article¹²⁴ montrent que les personnes LGBTQIA+ sont particulièrement exposées à ces formes de violences, et d'autres études qui évaluent davantage des formes de stressors spécifiques aux personnes LGBTQIA+ (e.g., micro-agressions, cis-hétérosexisme) complètent ce constat (Marchi et al., 2024).

Stratégies de coping

Les stratégies de coping ont un rôle contrasté dans la prédiction du TSPT et du TSPT-C. Celles centrées sur l'évitement apparaissent comme prédictives du TSPT-C dans nos deux groupes, et du TSPT uniquement chez les personnes LGBTQIA+. Il est intéressant de

¹²⁴ Portant sur les taux d'exposition aux discriminations et aux EPT ainsi que les prévalences de TSPT et de TSPT-C chez les personnes cisgenres hétérosexuelles et les personnes LGBTQIA+.

Chapitre 3 | Recherche empirique

constater que le rôle de l'évitement est davantage marqué dans la prédiction du TSPT-C en comparaison du TSPT. Dans le cadre du TSPT, les symptômes d'évitement tendent théoriquement à se centrer sur l'événement traumatique (e.g., évitement de lieux, personnes, discussions). Dans le cadre du TSPT-C, il est envisageable que, au-delà de l'évitement des rappels traumatiques, l'évitement soit une stratégie généralisée à de multiples situations et dans de nombreuses sphères de vie, et ce mis en place dès l'enfance. À l'inverse, le recours à des stratégies de coping centrées sur l'émotion semble être un facteur de protection, systématiquement chez les personnes cisgenres hétérosexuelles, et uniquement dans le TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+¹²⁵.

Le fait que l'emploi de stratégies centrées sur l'émotion soit davantage protecteur du TSPT-C est cohérent (Ferrajão et al., 2022), en considérant que la dysrégulation émotionnelle est une dimension centrale du TSPT-C (Owczarek et al., 2023; Villalta et al., 2020). Enfin, le rôle des stratégies centrées sur le problème est contrasté. Plutôt orienté comme un facteur de risque dans la plupart des modèles (bien que non significatif ou au mieux tendanciel), l'emploi de stratégies centrées sur le problème ressort comme un facteur de protection significatif du TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+, uniquement dans le modèle prenant en compte la distinction des EPT selon le critère A.

Au regard de la composition des stratégies centrées sur le problème (i.e., planification, recherche d'informations, résolution, recadrage positif), il est cohérent que ce panel de stratégies soit associé à de moindres symptômes. Néanmoins, l'inconsistance de ce résultat (que ce soit en terme de significativité, ou en terme de sens de la prédiction) entre les différents modèles semble difficile à interpréter. Il est possible qu'elle soit expliquée par le processus sous-jacent à la mobilisation de ces stratégies plutôt que par les stratégies en elles-

¹²⁵ Ce dernier résultat n'a pas été retrouvé lorsque les EPT ont été distingués selon le critère A.

Chapitre 3 | Recherche empirique

mêmes. Ces stratégies s'inscrivent dans une perspective de reprise de contrôle sur la situation. Pour les victimes d'EPT, les manifestations psychologiques se traduisent fréquemment par des comportements contrôlants (e.g., comportements d'anticipation, troubles du comportement alimentaire restrictifs), qui peuvent participer au maintien du problème ou du moins ne pas y apporter de solution. Il est probable que notre manière d'évaluer le coping centré sur le problème ne permette pas la finesse nécessaire pour distinguer le processus sous-jacent à l'emploi de ce type de stratégies, venant confondre les résultats.

Plus globalement, la mesure du coping et les liens que nous pouvons faire nécessitent d'être discutée. Bien que le coping ait été ici évalué dans son aspect dispositionnel (mesure trait), il ne peut pas être exclu que l'exposition à des EPT et le développement de symptômes post-traumatiques aient modelé les stratégies de coping employées au cours de la vie, ce d'autant plus chez les personnes ayant vécu des violences précoces et plus à risque de rapporter un TSPT-C. Néanmoins, si nous nous accordons sur la fiabilité de la mesure dispositionnelle du coping, nous pouvons faire l'hypothèse que le développement de symptômes de TSPT/TSPT-C est favorisé par l'emploi récurrent de stratégies centrées sur l'évitement (e.g., en limitant les possibilités d'expériences correctrices, en limitant les démarches d'aide, en favorisant le refoulement de pensées et émotions). A l'inverse le développement de symptômes peut être limité par l'emploi de stratégies centrées sur les émotions (e.g., en favorisant le soutien émotionnel, l'acceptation ou plus largement l'expression de ses émotions). D'autres études aux designs plus robustes seraient nécessaires pour confirmer nos résultats. De même, les différents styles de coping (i.e., centré sur l'évitement, le problème ou l'émotion) peuvent prendre des formes profondément différentes (e.g., se blâmer vs accepter au sein des stratégies centrées sur l'émotion). D'autres analyses, distinguant les 14 sous-stratégies de coping mesurées dans le Brief Cope, permettraient certainement d'obtenir davantage de finesse dans les interprétations possibles.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Dissociation

Nos résultats montrent le rôle majeur de la dissociation dans les symptômes de TSPT et TSPT-C. Il est intéressant de noter que la dissociation ressort comme une variable prédictive d'autant plus forte qu'il s'agit du TSPT-C. Ce constat s'inscrit dans les conclusions de nombreux autres travaux, qui soulignent à la fois la fréquence de symptômes dissociatifs comorbides aux symptômes de TSPT-C (Fung et al., 2023), et le rôle probable de la dissociation dans le développement et le maintien des troubles (Hyland et al., 2024). La dissociation peut être considérée comme une stratégie de régulation émotionnelle et physique en tant que telle, pour faire face à une réponse phobique des rappels de l'événement traumatique (Van Der Hart et al., 2010)¹²⁶. En ce sens, les analyses de corrélations montrent une association positive significative entre symptômes dissociatifs et stratégies de coping centrées sur l'évitement ($r = .47$; $p < .01$).

Fonctionnement familial

De manière surprenante, nos résultats ont montré que le fonctionnement familial ne jouait qu'un rôle très faible, bien que significatif, dans la prédiction des symptômes de TSPT et de TSPT-C au sein des deux groupes. Deux interprétations sont envisageables. Premièrement, il est possible que le fonctionnement familial joue davantage un rôle indirect sur le TSPT et le TSPT-C et qu'au regard de l'ensemble des variables intégrées aux modèles, certaines se recoupent avec le fonctionnement familial et limitent son poids prédictif. Par exemple, Scully et ses collaborateurs (2020) rapportent dans leur revue systématique que le fonctionnement familial tendrait à jouer un rôle médiateur entre le vécu d'adversités durant l'enfance et le développement de problèmes de santé mentale. À l'inverse, Pan et Yang (2023)

¹²⁶ Pour aller plus loin, voir la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (E. Nijenhuis et al., 2010; van der Hart & Steele, 2022).

Chapitre 3 | Recherche empirique

situent davantage le fonctionnement familial comme un prédicteur du TSPT, médié par la régulation émotionnelle. Enfin, le fait d'avoir considéré le fonctionnement dans son ensemble a pu influencer nos résultats. Dans une méta-analyse sur les liens entre fonctionnement familial et TSPT, Ye et ses collaborateurs (2023) pointent les différents rôles que peuvent jouer les dimensions du fonctionnement familial sur la symptomatologie de TSPT chez les enfants et adolescents, certaines corrélées négativement (i.e., affect familial, communication, cohésion), d'autres corrélées positivement (i.e., conflits familiaux) et d'autres ne semblant pas corrélées (i.e., flexibilité familiale).

Éléments de discussion spécifiques à la population LGBTQIA+

Plusieurs variables sont apparues comme significatives uniquement chez les personnes LGBTQIA+. Nos résultats ont montré que le fait de ne pas parvenir à identifier si au moins l'un des EPT vécus avait eu lieu en raison de son orientation sexuelle ou de son identité de genre était un facteur prédictif plus important que le fait d'identifier clairement un des EPT comme en lien. Individuellement parlant, l'incertitude est souvent identifiée comme associée à une détresse (Ben Salah et al., 2023; Sahib et al., 2023). A défaut d'explication, la victime peut avoir tendance à se considérer elle-même comme responsable de l'événement (Jouriles et al., 2024; Kline et al., 2021; Kornhaber et al., 2018). Le fait de ne pas identifier clairement l'acte comme une violence de haine pourrait limiter les victimes dans la mobilisation de ressources (e.g., groupes de parole et d'entraide, permanences juridiques). La difficulté à évaluer l'événement pourrait également traduire une forme d'internalisation de la violence. Cette banalisation conduirait les personnes victimes à opérer une minimisation des événements et une mise à distance des violences LGBT-phobes.

Dans notre recherche, l'exposition aux discriminations est un prédicteur du TSPT et du TSPT-C uniquement chez les personnes LGBTQIA+. Nos résultats ne permettent pas

Chapitre 3 | Recherche empirique

d'identifier s'il s'agit d'un biais lié à notre échantillon (les personnes cisgenres hétérosexuelles étant privilégiées sur le plan sociodémographique en comparaison de la population générale française), ou s'ils sont le témoignage de l'impact que représente le cumul de discriminations sur la santé des personnes LGBTQIA+. Les discriminations se manifestent dans de nombreuses sphères de vie (e.g., lieux publics, recherche de logement ou d'emploi), y compris dans les sphères institutionnelles ayant pourtant pour mission de protéger les personnes (e.g., accès aux soins, police, justice) (Ayhan et al., 2020; Mara et al., 2021; Parker et al., 2018; SOS Homophobie, 2024). Malheureusement, ces résultats ne permettent pas d'identifier les sources de ces multiples formes de discriminations vécues.

De manière surprenante, l'identité de genre¹²⁷ et l'orientation sexuelle ne prédisent pas le TSPT et le TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+ au regard de l'ensemble des variables insérées dans les modèles. Ce constat vient nuancer les résultats de l'article 3, qui montrait des différences marquées entre les groupes. Le rôle de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle sur le TSPT et le TSPT-C est davantage indirect et transite certainement par d'autres variables (e.g., EPT, discriminations). La situation financière est la variable sociodémographique la plus importante dans la prédiction du TSPT et du TSPT-C, significative uniquement chez les personnes LGBTQIA+. De nouveau il est difficile d'estimer s'il s'agit d'une spécificité de la population LGBTQIA+ ou d'un biais inhérent à l'échantillon cisgenre hétérosexuel. Néanmoins, il n'est pas surprenant de retrouver dans nos résultats le poids que représente la précarité financière dans la santé mentale des personnes LGBTQIA+ (Henderson et al., 2022; Ross et al., 2016). La précarité est une variable centrale, pouvant être à la fois un facteur de risque d'être exposé à de la violence (Evans & Kim, 2007; Garo et al., 2018; Klest, 2012), un facteur de maintien du sentiment d'insécurité (e.g., capacité à payer son logement, se nourrir) (Underlid, 2007), mais également une barrière supplémentaire dans

¹²⁷ Seul le fait d'être une femme cisgenre prédisait le TSPT.

Chapitre 3 | Recherche empirique

l'accès aux soins psychothérapeutiques (Bloch et al., 2011; Castro-Ramirez et al., 2021; Loignon et al., 2015).

Limites et perspectives

Certaines limites sont à considérer, pour la plupart déjà mentionnées en discussion de l'étude 3. Pour les reprendre sommairement, il convient de noter que nos résultats ont été obtenus à partir d'un échantillon de convenance recruté en ligne, non représentatif de la population française. Le recrutement des personnes LGBTQIA+ a été majoritairement permis grâce aux associations qui ont diffusé l'appel à participation, ce qui implique une sur-représentation de personnes *a minima* en lien avec la communauté LGBTQIA+. Le design transversal et rétrospectif de cette étude ne permet pas d'établir de solides liens de causalité entre les variables mesurées. Les analyses réalisées ne permettent pas d'identifier de potentiels effets d'interactions entre les variables. Les comparaisons réalisées entre les différents modèles entre les deux échantillons sont simplement visuelles. Enfin, un certain nombre de variables (i.e., dissociation, fonctionnement familial) ont été évaluées à partir d'échelles qui n'ont pas encore fait l'objet d'une validation transculturelle. Néanmoins, un processus de traduction basé sur les recommandations de Vallerand (1989) a été mobilisé pour les deux outils de mesures évaluant ces variables (i.e., DSS-B, SCORE-15).

Malgré ces limites, les résultats de cette étude sont importants dans le repérage de cibles thérapeutiques pour le traitement du TSPT et du TSPT-C. Indépendamment de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, les symptômes dissociatifs ressortent comme un facteur majeur dans la symptomatologie traumatique. Il est à noter que si la CIM-11 ne considère pas clairement la dissociation comme faisant partie intégrante du TSPT-C¹²⁸, ce

¹²⁸ Bien que certains symptômes (e.g., intrusions, dysrégulation émotionnelle) soient en eux-mêmes des formes de dissociations. Pour reprendre la formulation de Hyland et ses collaborateurs (2024), les symptômes

Chapitre 3 | Recherche empirique

positionnement reste en questionnement (Hyland et al., 2024). Nos résultats ne permettent pas de répondre à ce débat mais situent l'importance de considérer la dissociation dans le traitement psychothérapeutique des personnes. A ce titre, plusieurs techniques ont fait leurs preuves pour le traitement du TSPT-C et des symptômes dissociatifs (e.g., TCC, EMDR) (Aujoulat et al., 2024; Karatzias, Murphy, et al., 2019). Certaines techniques thérapeutiques centrées spécifiquement sur la dissociation apparaissent comme prometteuses, telles que la TCC Centrée sur la Dissociation (TCC-CD) (Vancappel et al., 2024).

Aider au développement d'une flexibilité dans les stratégies de faire face apparaît comme un élément important tant pour prévenir le risque de réexposition aux violences que pour favoriser le rétablissement. Des stratégies thérapeutiques telles que la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) ont fait leurs preuves auprès de personnes ayant un TSPT dans le développement de compétences psychosociales (e.g., pleine conscience, efficacité interpersonnelle, régulation émotionnelle, tolérance à la détresse) (Prillinger et al., 2024).

Plus globalement, la famille ressort comme un levier important dans la prise en charge (Silvestre & Tarquinio, 2021). Ne pas se limiter à une seule prise en charge individuelle dans le traitement du TSPT/TSPT-C est d'autant plus pertinent que l'entourage familial peut jouer différents rôles : victime secondaire (Ben-Porat & Itzhaky, 2009), co-victime (Elliffe & Holt, 2019; Goddard & Bedi, 2010), jusqu'à l'origine même des violences (Barrett, 2015; Braga et al., 2018; McGeough & Sterzing, 2018). Bien évidemment, inviter la famille à participer à la prise en charge dépend des situations, mais la dynamique familiale se doit d'être considérée dans une approche systémique (Heatherington et al., 2015; Lorås et al., 2017). La famille peut constituer un lieu unique pour expérimenter la réparation de l'attachement (Carr, 2019),

dissociatifs font partie du profil global des symptômes, mais il n'existe pas de *clusters* distincts de symptômes dissociatifs.

Chapitre 3 | Recherche empirique

souvent nécessaire dans la prise en charge des personnes qui ont un TSPT-C (Karatzias et al., 2022; Maercker, Bernays, et al., 2022). De plus, elle constitue un levier important pour protéger des violences, intra et extra familiales¹²⁹. Pris ensemble, ces différents éléments pointent la nécessité d'une approche intégrative, incluant des stratégies thérapeutiques nécessairement souples (mais solides), pour la prise en charge des personnes ayant un TSPT ou un TSPT-C.

Enfin, il apparaît nécessaire de ne pas se limiter à une conception individuelle lorsque nous considérons la santé mentale des personnes LGBTQIA+. Considérés communément, nos résultats montrent qu'une stratégie de prévention efficace se doit d'intégrer des aspects systémiques, incluant la lutte contre la précarité financière, la lutte contre les discriminations et les violences LGBT-phobes, et plus largement une lutte pour l'égalité des droits des personnes LGBTQIA+. Cette stratégie de prévention doit être incluse à tous les niveaux, et s'exprimer tant dans le quotidien des personnes (e.g., dans leur accès aux soins, aux études, à l'emploi, aux aides juridiques) que dans une perspective politique plus globale (e.g., accès au droit commun, politiques favorisant les libertés individuelles). A ce jour, de plus en plus d'études soulignent les conséquences dramatiques qu'ont les politiques qui limitent les droits des personnes LGBTQIA+ (Hughto et al., 2022; Russell et al., 2011; Taylor, 2020). C'est ce que pointe par exemple la récente étude de Lee et ses collaborateurs (2024), qui démontre que les tentatives de suicide chez les jeunes trans américains ont augmenté de 7 à 72 % dans les états ayant adopté des politiques réduisant les droits des personnes trans.

Au regard de nos conclusions et des limites inhérentes à ce travail, d'autres analyses sont nécessaires afin d'explorer plus finement les interactions probables entre les variables mesurées (e.g., potentiel rôle médiateur de l'exposition aux EPT entre l'OS/IG et le

¹²⁹ En ce sens, les analyses corrélationnelles menées montrent un lien de corrélation négatif significatif entre un haut niveau de fonctionnement familial et l'exposition à des EPT à tous les âges, et plus particulièrement durant l'enfance ($r = -.32$; $p < .01$) et l'adolescence ($r = -.31$; $p < .01$).

Chapitre 3 | Recherche empirique

TSPT/TSPT-C), les processus sous-jacents à la mobilisation de stratégies de *coping*, ou encore les facteurs spécifiques à certaines populations identifiées comme particulièrement vulnérables (e.g., personnes TDG) et qui n'ont pas pu être inclus dans ces analyses (e.g., transition sociale, médicale et administrative ; passing ; lien à la communauté LGBTQIA+). Au-delà des données récoltées dans le cadre de ce protocole de recherche, d'autres études sont appelées afin de répliquer nos résultats, de préférence dans des échantillons représentatifs de la population française. Des études aux designs plus robustes sont également nécessaires afin de permettre d'établir des liens de causalités entre les liens qui ont été identifiés.

Chapitre 3 | Recherche empirique

Points à retenir

- Cette recherche empirique porte sur un échantillon de 1744 personnes LGBTQIA+ et 431 personnes cisgenres hétérosexuelles, majeures, recrutées en population générale.
- Les personnes ont répondu à un questionnaire évaluant les caractéristiques sociodémographiques (e.g., âge, CSP, genre, orientation sexuelle, revenus), l'exposition aux violences (i.e., discriminations, EPT), le TSPT et le TSPT-C, la dissociation, le fonctionnement familial et les stratégies de coping.
- Les personnes LGBTQIA+ rapportent des taux d'exposition aux discriminations et aux EPT ainsi que des prévalences de TSPT et de TSPT-C significativement supérieures aux personnes cisgenres hétérosexuelles. Les prévalences les plus élevées sont apparues chez les personnes TDG (10-14 % TSPT; 12-32 % TSPT-C; 25-46 % prévalence cumulée) et les personnes pansexuelles (11,6 % TSPT; 28,4 % TSPT-C; 40 % prévalence cumulée).
- L'échantillon n'a pas permis de réaliser d'analyses comparatives pour les personnes intersexes, mais les fréquences observées montrent une tendance similaire chez les personnes intersexes en comparaison des personnes dyadiques.
- Parmi l'ensemble des prédicteurs identifiés, certains semblent spécifiques aux personnes LGBTQIA+ dans la prédiction du TSPT (i.e., autre forme de relation conjugale, lien entre EPT et OS/IG, faibles revenus, discriminations, coping centré sur l'évitement, jeune âge) et du TSPT-C (i.e., lien entre EPT et OS/IG, faibles revenus, EPT durant l'enfance, discriminations, jeune âge).
- Les analyses complémentaires réalisées montrent l'importance de considérer les événements hors critère A dans la symptomatologie de TSPT et de TSPT-C, notamment chez les personnes LGBTQIA+.

Chapitre 4 | Discussion générale

Chapitre 4 | Discussion générale

1. Mise en perspective des études

L'objectif de cette recherche doctorale visait à mieux comprendre le poids des violences dans le vécu des personnes LGBTQIA+, ainsi que leurs répercussions en termes de TSPT et TSPT-C. Pour répondre à ce questionnement, nous avons tout d'abord traduit et adapté une échelle d'évaluation des symptômes de TSPT et TSPT-C selon les critères de la CIM-11. A défaut d'outil disponible, cette étape était nécessaire à la poursuite du projet de recherche. La version française de l'ITQ a montré une structure factorielle semblable à celle originale, une validité convergente et divergente satisfaisante, ainsi qu'une bonne stabilité dans le temps. Au-delà des besoins inhérents à cette recherche doctorale, cette validation apporte à la communauté française un outil précieux, tant dans une perspective de recherche que dans la pratique clinique.

En parallèle, nous avons mené une revue systématique de la littérature visant à recenser et synthétiser la littérature existante sur le TSPT et le TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+ concernant (1) les prévalences de TSPT et TSPT-C et (2) les facteurs associés aux symptômes de TSPT et TSPT-C dans cette population. Ce travail a permis de rendre compte, à partir de 60 articles inclus, de prévalences particulièrement élevées de TSPT au sein de la population LGBTQIA+, notamment chez les personnes bisexuelles (10,3-35,7 % TSPT) et transgenres (36,8-64,3 % TSPT). De nombreux facteurs sont ressortis comme en lien avec les symptômes de TSPT, et se situant à des niveaux multiples : individuels (e.g., précarité financière, stigmatisation internalisée, transition), interpersonnels (e.g., *coming out*, soutien social), organisationnels (e.g., barrières dans l'accès aux soins), communautaires (e.g., discours à l'encontre des personnes trans) et politiques (e.g., projets de loi réduisant les droits des personnes trans). Globalement, notre revue de la littérature souligne le peu d'études qui ont à ce jour évalué les symptômes de TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+.

Chapitre 4 | Discussion générale

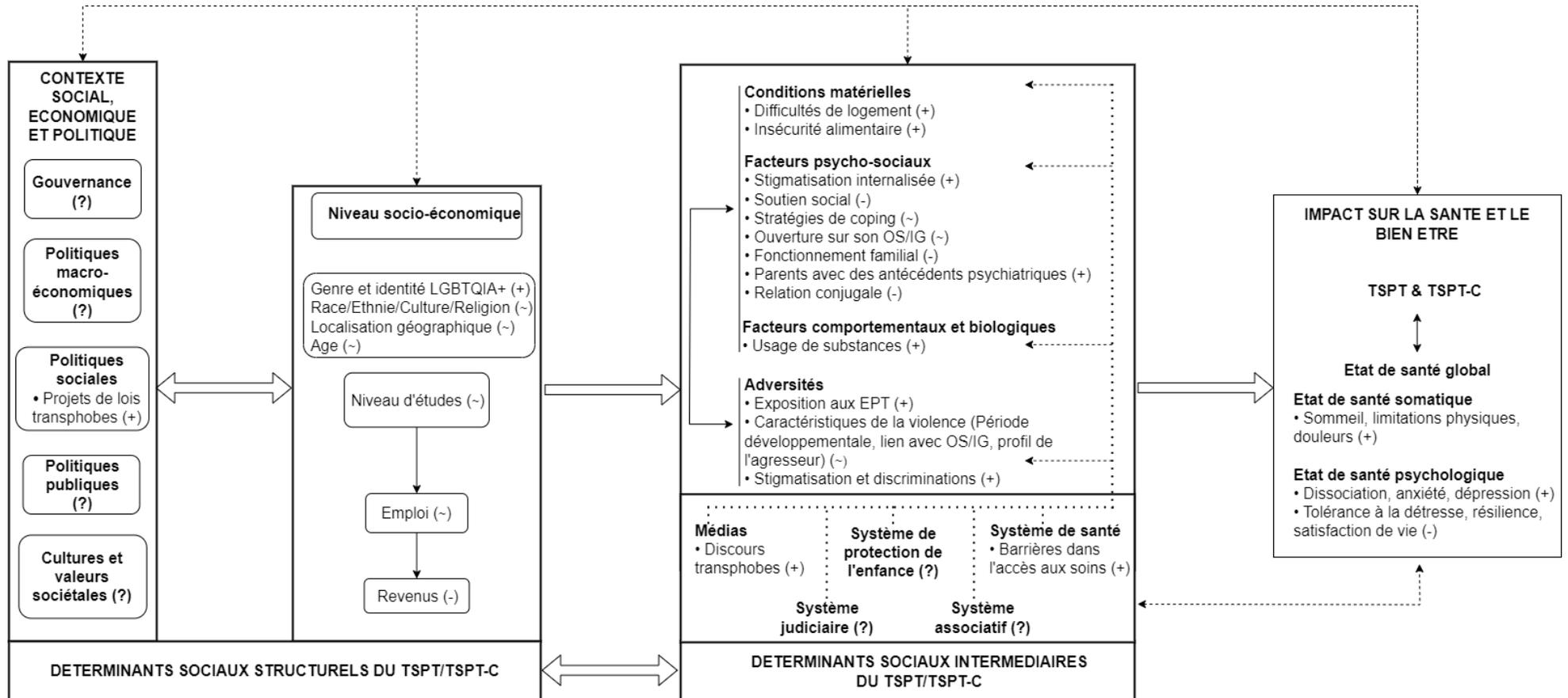
A partir de cette base, nous avons pu mettre en œuvre un protocole de recherche visant à explorer les fréquences d'exposition aux violences (i.e., discriminations, EPT), leurs répercussions en termes de TSPT et TSPT-C, ainsi que les variables impliquées dans la symptomatologie chez les personnes LGBTQIA+ en comparaison des personnes cisgenres hétérosexuelles. Les résultats de cette étude montrent des fréquences d'exposition aux violences particulièrement élevées chez les personnes LGBTQIA+ en comparaison des personnes cisgenres hétérosexuelles, avec des répercussions majeures en termes de prévalences de TSPT et TSPT-C, notamment chez les personnes transgenres (10-14 % TSPT ; 12-32 % TSPT-C ; 25-46 % prévalence cumulée) et les personnes pansexuelles (11,6 % TSPT ; 28,4 % TSPT-C ; 40 % prévalence cumulée). De nombreux facteurs prédisant la symptomatologie TSPT ont pu être identifiés (e.g., caractéristiques des EPT, dissociation, fonctionnement familial, stratégies de coping), dont certains sont spécifiques aux personnes LGBTQIA+ (e.g., discriminations, lien entre EPT et orientation sexuelle/identité de genre, niveau de revenus).

Considérés ensemble, les résultats de cette recherche doctorale nous ont conduit à proposer un modèle synthétisant les différentes variables identifiées et leur rôle envisagé dans la prédiction du TSPT/TSPT-C (Figure 7).

Chapitre 4 | Discussion générale

Figure 7.

Modèle des déterminants sociaux du Trouble de Stress Post-Traumatique et du Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe, repris du modèle original des déterminants sociaux des inégalités en santé de Solar et Irwin (2010) et de la version modifiée de Karatekin et collaborateurs (2022).



Notes : + = Association positive ; - = Association négative ; * = Association nuancée ; ? = Association non testée ; EPT = Evénements Potentiellement Traumatiques ; TSPT = Trouble de Stress Post-Traumatique ; TSPT-C = Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe.

Chapitre 4 | Discussion générale

Cette proposition reprend le modèle des déterminants sociaux des inégalités en santé proposé par l'OMS (Solar et Irwin, 2010), en y incluant les facteurs identifiés à partir de notre revue systématique de la littérature et de l'étude empirique que nous avons réalisée. Le modèle met en lumière l'impact du contexte social, économique et politique sur le niveau socio-économique¹³⁰ des individus. Ces déterminants n'ont pas été explorés dans notre recherche empirique, mais une étude incluse dans notre revue systématique a montré que les personnes trans américaines vivant dans des états ayant pour projet de faire voter des lois réduisant leurs droits rapportaient plus de symptômes de TSPT que les autres (Hughto et al., 2022).

En accord avec ce modèle, les déterminants sociaux structurels participent à la fois directement (e.g., législation) et indirectement au développement et au maintien de symptômes de TSPT et de TSPT-C, notamment en générant diverses conséquences sur les personnes LGBTQIA+ (e.g., conditions matérielles, facteurs psycho-sociaux et comportementaux, adversités) qui s'influencent mutuellement. Ces conséquences vont à leur tour agir comme des déterminants sociaux intermédiaires des symptômes de TSPT et de TSPT-C, et plus largement de la santé et du bien-être des personnes LGBTQIA+.

De par le contexte social, politique et économique, les individus voient leur niveau socio-économique varier au regard de leurs propres caractéristiques, pour certaines profondément individuelles (e.g., genre, orientation sexuelle, âge) et pour d'autres elles-mêmes influencées par le contexte social, économique et politique (e.g., niveau d'études, emploi, revenus). La position socio-économique de chaque individu influence la vulnérabilité face aux violences, tant dans le risque d'y être exposé que dans la capacité à y faire face, via les conditions matérielles, les facteurs psycho-sociaux ou encore les facteurs

¹³⁰ Le niveau socio-économique fait référence à la place que l'individu occupe dans la hiérarchie sociale au regard de multiples caractéristiques (e.g., classe sociale, pouvoir, prestige).

Chapitre 4 | Discussion générale

comportementaux. Ces déterminants sociaux intermédiaires impactent l'état de santé et de bien être des individus, en termes de symptomatologie de TSPT/TSPT-C mais également à un niveau de santé plus globale (i.e., santé somatique et psychologique), ces deux issues interagissant entre elles (Jellestad et al., 2021; Karimov-Zwienenberg et al., 2024b; Pacella et al., 2013).

Dans ce modèle, la symptomatologie de TSPT/TSPT-C est alimentée par les conséquences que peut avoir l'état de santé sur le niveau socio-économique et les conditions sociales, économiques et politiques. Solar et Irwin (2010) prennent l'exemple de certaines maladies de grande ampleur telles que le VIH/SIDA pour illustrer les conséquences que peut avoir l'état de santé sur ces déterminants structurels. Nous considérons également qu'au regard de l'ampleur des conséquences sur la santé mentale des personnes LGBTQIA+, ces inégalités de santé contribuent à limiter la capacité de cette population à influencer le contexte social, économique et politique. A la différence des liens proposés dans le modèle de Solar et Irwin (2010), nous estimons que les symptômes de TSPT/TSPT-C influencent également les déterminants sociaux intermédiaires, en favorisant certains facteurs de risque (e.g., usage de substances) (Bing-Canar et al., 2022; Evans-Polce et al., 2020) et en limitant certains facteurs protecteurs (e.g., soutien social, stratégies de mise en sécurité) (Clapp & Gayle Beck, 2009; B. J. Weiss et al., 2015). A la différence du modèle revisité par Karatekin et collaborateurs (2022), visant à prendre en considération les expériences adverses durant l'enfance, nous proposons de distinguer les adversités des facteurs psycho-sociaux. Ce choix s'explique par le rôle spécifique des violences dans le développement des symptômes de TSPT/TSPT-C (APA, 2022; WHO, 2022).

Les auteurs du modèle initial identifient le rôle particulier du système de santé, qui influe tant sur la santé et le bien-être que sur les déterminants sociaux intermédiaires (Solar et Irwin, 2010). Notre revue systématique a montré que le vécu de barrières dans l'accès aux

Chapitre 4 | Discussion générale

soins participait aux symptômes de TSPT (Sherman, Balthazar, Daniel, et al., 2022), et nous faisons l'hypothèse que la symptomatologie post-traumatique participe également aux freins dans l'accès aux soins (notamment via les symptômes d'évitement et d'hypervigilance) (Batchelder et al., 2021; Tukdarian, 2024; Wetzel & Himmelstein, 2023). Dans la version revisitée du modèle, Karatekin et collaborateurs (2022) ajoutent le système de protection de l'enfance et le système judiciaire comme déterminants intermédiaires de l'état de santé. Aucune analyse, dans la revue systématique ou dans l'étude empirique que nous avons menée, n'a testé le rôle prédictif de ces systèmes sur le TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+. Néanmoins, nous faisons l'hypothèse que de tels liens existent. Par exemple, nous avons pu aborder que le système judiciaire n'était pas toujours adapté pour les personnes LGBTQIA+ (voir Chapitre 2.3.). Nous faisons également l'hypothèse que les symptômes de TSPT et de TSPT-C peuvent activer des freins dans la sollicitation du système judiciaire (Ellison & Munro, 2017; Lorenz et al., 2019).

Enfin, en complément du modèle initial de Solar et Irwin (2010) et de celui revisité de Karatekin et collaborateurs (2022), nous proposons d'inclure les médias comme participant aux déterminants sociaux intermédiaires. Les résultats de notre revue systématique ont montré un lien positif entre les discours transphobes véhiculés par les médias et les symptômes de TSPT (Hughto et al., 2021). Nous faisons l'hypothèse que ces discours viennent également amplifier d'autres déterminants tels que des facteurs psycho-sociaux (e.g., stigmatisation internalisée, soutien social, ouverture sur son orientation sexuelle/identité de genre) ou l'exposition à des adversités (e.g., discriminations, crimes de haine) (Clark et al., 2024; Escobar-Viera et al., 2020; Ștefăniță & Buf, 2021).

Considérer la symptomatologie traumatique des personnes LGBTQIA+ au regard de ce modèle nous apparaît nécessaire afin de repositionner nos résultats dans une perspective systémique. Les symptômes post-traumatiques (et plus largement la santé) des personnes

Chapitre 4 | Discussion générale

LGBTQIA+ ne peuvent pas se penser dans une dynamique essentiellement individuelle. Ce sont les sociétés dans leur ensemble qui doivent penser cet enjeu de santé publique (Magruder et al., 2017), et cela doit se traduire dans les prises de décisions politiques si nous souhaitons réduire profondément les inégalités en santé. En parallèle, ce modèle met en exergue les facteurs sur lesquels nous pouvons agir individuellement et communautairement pour la santé des personnes LGBTQIA+.

1.1. Questionnements transversaux

Tout au long de cette recherche doctorale, nous nous sommes heurtés à des questionnements récurrents, que nous souhaitons aborder maintenant.

- **La conceptualisation de ce qui constitue un événement potentiellement traumatique est-elle suffisante aujourd'hui ?**

Au cours de cette recherche doctorale, nous nous sommes interrogé sur la manière dont les principales classifications définissent à ce jour ce qui peut constituer un événement potentiellement traumatique. Comme nous avons pu l'aborder, les EPT tels que définis dans le DSM-5-Tr se limitent à « l'exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles » (APA, 2022) (voir Chapitre 1.2.). Cette définition est un peu plus souple dans la CIM-11, mais se centre également sur « l'exposition à un événement ou à une situation (de courte ou de longue durée) de nature extrêmement menaçante ou horrible » en ce qui concerne le diagnostic de TSPT, et précise pour le TSPT-C : « le plus souvent des événements prolongés ou répétitifs dont il est difficile de s'échapper » (WHO, 2022). Or, la littérature scientifique a démontré que d'autres formes de violences (e.g., discriminations, rejets, harcèlement), non potentiellement traumatiques en elles-mêmes selon ces classifications, ont bien des conséquences sur la santé mentale des personnes LGBTQIA+ (Garaigordobil & Larrain, 2020; Sutter & Perrin, 2016; Vargas et al., 2020).

Chapitre 4 | Discussion générale

Qui plus est, que ce soit au travers de la revue systématique de la littérature ou de l'étude empirique, les résultats des travaux menés dans cette recherche doctorale ont montré des associations importantes entre ces formes de violences et les symptômes de TSPT et de TSPT-C. Ces associations étaient parfois même plus importantes que celles observées avec les événements considérés comme potentiellement traumatiques. Ce paradoxe a déjà été observé dans d'autres études (Charak et al., 2023; Hyland, Karatzias, et al., 2021a; Reisner, White Hughto, et al., 2016). A ce stade, considérer que les EPT hors critère A ont davantage un rôle de maintien des symptômes de TSPT/TSPT-C (par un contexte d'insécurité ambiante) que de facteur précipitant du TSPT/TSPT-C est respectueux tant de ce que la méthodologie de ce projet de recherche permet d'avancer que des classifications nosographiques actuelles. Néanmoins, nous devons envisager que l'exposition chronique à des EPT qui ne sont pas considérés jusqu'à présent comme répondant au critère A puissent en eux-mêmes induire des symptômes de TSPT et de TSPT-C. Sinon, cela reviendrait à considérer comme cliniquement envisageable qu'une personne sans antécédents d'EPT critère A ne puisse pas développer de symptômes de TSPT/TSPT-C après avoir été chroniquement harcelée, humiliée ou rejetée, ceci en l'absence de menaces de mort ou d'agressions.

Nous avons vérifié s'il existait au sein de notre échantillon des personnes qui rapportaient avoir vécu uniquement des EPT hors critère A. Elles représentent 5,3 % (n = 115) de notre échantillon total (n = 2175). Parmi elles, 2,6 % (n = 3) rapportent des symptômes répondants aux critères diagnostiques d'un TSPT, et 6,1 % (n = 7) aux critères diagnostiques d'un TSPT-C (8,7 % prévalence cumulée ; n = 10). Parmi ces 10 personnes, toutes sont des personnes LGBTQIA+ (5 cisgenres LGB+, 5 TDG).

Compte tenu que de tels profils existent dans notre échantillon, comment les considérer ? Leur existence dans la base de données est-elle simplement le résultat d'un biais méthodologique ? Les symptômes rapportés par ces personnes sont-ils non pas les signes

Chapitre 4 | Discussion générale

spécifiques d'un TSPT ou d'un TSPT-C, mais plutôt ceux d'une psychopathologie transdiagnostique ? Si les symptômes présentés reflètent bien une symptomatologie de TSPT ou de TSPT-C, la prise en charge de ces personnes doit-elle différer des techniques ayant fait leur preuve pour le traitement des symptômes de stress post-traumatique ? D'autres stratégies thérapeutiques pourraient-elles être plus pertinentes ? Des analyses complémentaires seraient nécessaires afin d'identifier plus finement les caractéristiques de ces personnes, mais nous ne pouvons pas écarter l'hypothèse selon laquelle les EPT critère A ne sont pas suffisants pour considérer l'ensemble des événements pouvant conduire à TSPT/TSPT-C.

- **Comment considérer le peu d'études sur le TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+, au regard de la littérature foisonnante sur le stress des minorités ?**

Au cours de cette recherche doctorale, nous avons été marqué par le peu de littérature scientifique sur le TSPT chez les personnes LGBTQIA+. A l'inverse, nous avons découvert une littérature foisonnante autour du concept de stress des minorités (Bresin et al., 2023; de Lange et al., 2022; Dürrbaum & Sattler, 2020; Frost & Meyer, 2023; Goldbach et al., 2014; Mezza et al., 2024; Pellicane & Ciesla, 2022; L. C. Wilson et al., 2024). Nous établissons ici cette comparaison car force a été de constater qu'il y avait des caractéristiques communes entre stress des minorités et TSPT/TSPT-C.

Parmi les variables mesurées au travers des principales échelles d'évaluation du stress des minorités (Balsam et al., 2011; Iniewicz et al., 2017; Testa et al., 2015), nous retrouvons notamment l'expérience d'événements de vie négatifs perçus comme en lien avec l'identité LGBTQIA+, l'anticipation de rejet (i.e., s'attendre à vivre du rejet et de la stigmatisation), ou encore la dissimulation (i.e., tendance à dissimuler son orientation sexuelle/identité de genre aux yeux des autres).

Chapitre 4 | Discussion générale

Parmi les événements de vie négatifs évalués par l'échelle de Testa et ses collaborateurs (2015), sont mentionnés tant des EPT critère A (e.g., avoir été poussé, bousculé, frappé, ou s'être fait jeter dessus quelque chose en raison son identité ou de son expression de genre) que des EPT hors critère A (e.g., j'ai été rejeté ou mis à l'écart par mes amis en raison de mon identité ou de mon expression de genre). La sous-échelle d'anticipation du rejet évoque des signes qui peuvent être considérés comme des symptômes d'hypervigilance spécifiques au contexte LGBTQIA+ (e.g., si j'exprime mon identité de genre, je pourrais être victime de crimes ou de violences).

Enfin, la sous-échelle de dissimulation n'est pas sans rappeler des symptômes d'évitement qui seraient également spécifiques au contexte de vie des personnes LGBTQIA+ (e.g., parce que je ne veux pas que les autres soient au courant de mon identité de genre, je ne parle pas de certaines choses que j'ai vécues ou en modifie certaines parties) (Testa et al., 2015).

La conceptualisation du vécu spécifique des personnes LGBTQIA+ exposées à des stressors relatifs à leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre a été un apport indéniable pour la recherche en santé des personnes LGBTQIA+. A ce jour, plusieurs milliers d'études ont permis de mettre en lumière les conséquences des stressors vécus par les personnes LGBTQIA+ sur leur état de santé. Néanmoins, ce modèle qui considère ces manifestations particulièrement proches de symptômes post-traumatiques en dehors de toute classification nosographique, pourrait maintenir les personnes éloignées de dispositifs de prise en charge existants et ayant montré leurs preuves¹³¹.

¹³¹ Notre propos n'est pas tant de retirer de sa pertinence au modèle du stress des minorités, mais finalement de plutôt resserrer les liens avec une approche centrée sur le trauma. A ce titre, une note du National Center for PTSD écrite par Nicholas Livingston en 2023 nous paraît particulièrement éclairante : https://www.ptsd.va.gov/publications/rq_docs/V34N4.pdf

Chapitre 4 | Discussion générale

Nous pouvons penser que ce chemin parallèle aux classifications nosographiques s'est aussi construit car ces mêmes classifications ont entretenu une vision pathologisante de la population LGBTQIA+ (voir Chapitre 2.2.2.). Sans ôter l'intérêt certain que nous voyons au développement de modèles conceptuels adaptés à certaines populations, le risque que nous identifions est de limiter la possibilité d'établir des comparaisons robustes avec le reste de la population.

C'est aussi ce regard là qui a guidé la conception du protocole de recherche de notre étude empirique. Tout le long, nous avons souhaité que nos principales variables d'intérêt puissent être utilisées aussi en bien en population LGBTQIA+ qu'en population cisgenre hétérosexuelle. C'est aussi pour cela que nous n'avons pas inclus de questionnaires qui évalueraient des violences qui peuvent être spécifiquement vécues par des personnes LGBTQIA+, en formulant l'hypothèse que les événements mentionnés dans le questionnaire ITEM permettraient aux personnes LGBTQIA+ ayant vécu des violences de s'y retrouver. Néanmoins, nous avons également inclus des variables secondaires plus spécifiques au contexte LGBTQIA+ (e.g., lien à la communauté LGBTQIA+, *coming out*, transition, *passing*), qui seront analysées ultérieurement. En ciblant des variables qui permettent des comparaisons avec d'autres échantillons, non nécessairement LGBTQIA+, nous avons la conviction que cela aura plus de poids dans la reconnaissance de cet enjeu de santé publique.

- **Quelle faisabilité pour les études sur le TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+ en France ?**

Tout au long de cette recherche doctorale, nous avons été amenés à nous questionner sur la faisabilité de ce travail. Plus précisément, nos craintes se situaient sur la possibilité d'obtenir un avis favorable du CPP¹³² ainsi que sur notre capacité à recruter un échantillon

¹³² Comité de Protection des Personnes.

Chapitre 4 | Discussion générale

suffisamment important. Si le temps nous a montré qu'il était possible d'accéder à un échantillon important de personnes LGBTQIA+¹³³, il a aussi confirmé les craintes que nous avons vis-à-vis des CPP. Comme mentionné précédemment (voir Chapitre 3.1.3.), deux refus ont été opposés à notre projet de recherche empirique, avant de finalement recevoir un avis favorable en Décembre 2023. Si les motivations pour ces deux refus contiennent des arguments solides qui pointent notre manque d'expérience dans l'exercice (e.g., analyses statistiques insuffisamment détaillées, clarté pouvant être améliorée dans la présentation des protocoles), ces retours nous ont interrogé sur la faisabilité (tant pratique qu'administrative) de ce type de recherches. Nous souhaitons pour la suite prendre le temps d'aborder les différents enjeux qui ont pu émerger des remarques émises par les CPP.

- **Quelles peuvent être les répercussions pour les personnes qui participent à des études en ligne portant sur l'exposition aux violences et leurs conséquences ?**

« La distribution par les réseaux sociaux des questionnaires du volet quantitatif à des personnes inconnues et non accompagnées peut induire des problèmes psychologiques graves. Le début du titre de l'étude "Le Trouble de Stress Post-Traumatique / TSPT Complexe"¹³⁴ est déjà inquiétant pour un lecteur tout-venant » (Annexe 10).

« Certes l'investigateur a conscience de ces bouleversements potentiels. Mais il n'a pas de prise sur leurs conséquences » (Annexe 10).

« Le dépôt du questionnaire d'une étude sur les réseaux sociaux n'est pas autorisé. De plus, puisque des risques psychologiques sont envisagés, la passation du questionnaire

¹³³ Le recrutement de l'échantillon a duré un mois et demi, en contrepartie d'un important travail de communication.

Chapitre 4 | Discussion générale

devrait avoir lieu en présentiel, la sécurité des personnes qui se prêtent à la recherche doit être assurée par le promoteur de l'étude » (Annexe 12).

Ces remarques questionnent sur la variabilité des réponses qui peuvent être formulées selon les CPP, là où le CPP qui a évalué l'étude psychométrique de l'ITQ (Article 1) n'a pas émis de réserves sur les conditions de passation, pourtant grandement similaires (i.e., mêmes échelles d'évaluation des EPT et du TSPT/TSPT-C ; enquête en ligne diffusée via les réseaux sociaux). Ces remarques interrogent plus largement sur la faisabilité d'études épidémiologiques sur le TSPT/TSPT-C en population générale, qui ne pourraient alors s'être soumises à des passations en présentiel, avec la possibilité d'une réorientation effective vers une prise en charge thérapeutique. Néanmoins, se pose une question de fond : comment les personnes interrogées vivent-elles la passation de tels questionnaires ? C'est à cette question que sont venus répondre Jaffe et ses collaborateurs (2015) dans une méta-analyse relative aux réactions des participants à des recherches portant sur le psycho-traumatisme. Cette étude a l'intérêt d'avoir été pensée afin d'apporter des éléments de réponse aux *Institutional Review Board* (IRB), équivalent des CPP en France. Leur méta-analyse permet de tirer plusieurs enseignements : (1) en effet, les personnes interrogées peuvent ressentir une détresse légère à modérée immédiatement après la participation, ce d'autant plus chez les personnes ayant été exposées à des événements potentiellement traumatiques (moyenne du score de détresse : 2,5/5) et présentant un TSPT (moyenne du score de détresse : 3,4/5) ; (2) néanmoins, la participation à de telles études conduit les participants à ressentir des bénéfices modérés à élevés ; (3) les participants évaluent leur participation comme plutôt positive, sans éprouver de regrets, le tout indépendamment des antécédents d'exposition à des violences, des caractéristiques de ces violences, ou encore de la symptomatologie. Enfin, et c'est peut-être le point le plus important au regard des retours formulés par les CPP, (4) la participation à des études par entretiens conduit à une plus grande détresse des participants, en comparaison des

Chapitre 4 | Discussion générale

études par questionnaires. Les auteurs expliquent ce constat par le fait que répondre à une étude menée par des inconnus, via des questionnaires impersonnels, anonymes et comprenant des réponses prédéterminées constitue une tout autre expérience qu'un entretien physique impliquant des questions ouvertes menées par une personne chargée de l'investigation.

Malgré ces éléments d'argumentation, le second commentaire soulignant la prise en compte des risques pour les participants reste important. Pour chaque protocole de recherche soumis, une liste de ressources à solliciter était mentionnée au cours du questionnaire (e.g., numéro national de prévention du suicide, numéros d'urgences, centres régionaux de prise en charge des psycho-traumatismes). Toutefois, la question du contrôle que nous avons sur ce que deviennent les participants à la suite d'une étude reste présente. Dans le cadre d'une étude en ligne, qui plus est anonyme, le degré de contrôle est effectivement limité et les seuls filets de sécurité à disposition sont le fait de mentionner la possibilité de quitter le questionnaire à tout moment, de transmettre des ressources à solliciter si la personne le souhaite, ou encore de laisser nos coordonnées professionnelles pour que, si la personne nous contacte, nous puissions la réorienter au mieux¹³⁵. Dans le cadre d'une étude par entretiens dans des locaux, nous ne sommes pas certain que le degré de contrôle soit si différent. Certes, nous avons la possibilité de stabiliser émotionnellement la personne si l'entretien est trop bouleversant¹³⁶, d'évaluer sa symptomatologie et au besoin de l'orienter (idéalement au sein de la structure où l'étude¹³⁷ a lieu), ou encore d'intervenir en cas de crise suicidaire. Néanmoins, bien que nous puissions imaginer que le degré d'engagement de la personne participant soit meilleur lorsqu'il lui est proposé une orientation en face à face plutôt qu'une liste de ressources lors

¹³⁵ Mais ce dernier point implique d'autres enjeux : connaissance du réseau professionnel sur le secteur de la personne (pouvant dès lors limiter la zone géographique de l'étude), existence de structures publiques et/ou privées sur le secteur...

¹³⁶ Mais si les entretiens provoquent eux-mêmes plus de détresse (Jaffe et al., 2015), le ratio coût/bénéfice est à discuter.

¹³⁷ Si les passations dans des structures de soin peuvent présenter le meilleur filet de sécurité pour les patients, elles limitent grandement la possibilité d'études épidémiologiques ou plus largement en population générale.

Chapitre 4 | Discussion générale

d'un protocole en ligne, le choix de demander de l'aide relève néanmoins de la personne concernée et notre contrôle reste limité.

- **Quelle est la fiabilité de questionnaires évaluant les événements potentiellement traumatiques, et quel risque y a-t-il d'influencer les participants ?**

« Le questionnaire ITEM liste de si nombreuses situations qu'il est probable que la majorité des sujets sont concernés par l'une de ces situations¹³⁸. Ils sont donc amenés à remplir les questionnaires suivants, et de trouver au moins un item qui va les convaincre qu'ils sont atteints de TSPT. » (Annexe 10).

Ce retour pointe effectivement quelque chose d'important, que nous avons pu développer tout au long de ce manuscrit : une grande partie de la population sera exposée à au moins un événement potentiellement traumatique au cours de sa vie (voir Chapitre 1), et ceci est d'autant plus vrai que les personnes sont issues des minorités sexuelles et de genre (voir Chapitres 2 et 3). Néanmoins, affirmer que cela conduira les personnes à penser qu'elles sont atteintes d'un TSPT nous interroge, sous réserve que les membres du CPP ne fassent pas la confusion entre le fait d'avoir été exposé à un événement traumatique et celui d'avoir développé un TSPT. En effet, compte tenu de la manière dont les participants peuvent interpréter leurs propres réponses à l'échelle de TSPT, nous pouvons alors effectivement concevoir que le fait de répondre positivement à certains items puisse les amener à se poser des questions. C'est d'ailleurs ce qu'ont pu témoigner certains participants, dans des retours informels, qui mentionnaient avoir pris conscience de l'impact de certains événements sur leur santé mentale. Nous ne pouvons que considérer positivement le fait que soit pris en compte par les participants l'impact de ce type d'événement, et espérons qu'ils auront les

¹³⁸ Nous imaginons que le fait que l'ITEM inclut les EPT hors critère A ait joué dans cette remarque.

Chapitre 4 | Discussion générale

ressources d'aller demander de l'aide auprès des structures mentionnées dans le protocole. Néanmoins, nous ne pensons pas que cela pourrait conduire des participants sains¹³⁹ à être convaincus qu'ils sont atteints de TSPT, et n'avons pas vu de littérature scientifique explorant l'expérience de participants à des études sur les psycho-traumatismes alerter les chercheurs sur ce type de réaction (Dryden-Mead et al., 2022; Jaffe et al., 2015).

○ **Comment mener des recherches auprès de populations sensibles et stigmatisées ?**

« Le fait d'étudier la santé mentale des personnes LGBTQI+, comme indiqué dans le titre de l'étude, n'est-il pas une certaine forme de discrimination en considérant ces personnes comme potentiellement mentalement malades ? » (Annexe 12).

Considérée en tant que telle, cette dernière remarque apparaît déconnectée tant de la littérature scientifique, qui souligne les multiples vulnérabilités en termes de santé chez les personnes LGBTQIA+ (voir Chapitres 2.5. et 3.3.), que des projets de recherche en psychologie, de manière plus globale. Etudier la santé mentale d'une population ne revient pas à considérer cette même population comme mentalement malade, tout comme mener une étude sur le rhume chez les adolescents ne revient pas à considérer tous les adolescents comme enrhumés. Qui plus est, et c'est peut-être ce qui rend cette remarque encore plus paradoxale, l'objectif même du projet de recherche était d'explorer les conséquences des violences (comprenant les discriminations) sur la santé mentale des personnes.

Toutefois, cette remarque permet d'aborder quelques questionnements de fond. Volontairement ou non, un projet de recherche peut s'avérer discriminant, reproduire certaines formes de stigmatisation, voire parfois porter discrédit pour toute une population¹⁴⁰. Plusieurs

¹³⁹ C'est-à-dire, épargnés de toute psychopathologie.

¹⁴⁰ Nous pouvons par exemple citer l'étude de Littman (2018) visant à étayer la thèse d'une dysphorie de genre à diffusion rapide (*Rapid-Onset Gender Dysphoria ; ROGD*), notamment au travers des réseaux sociaux, pour expliquer le nombre croissant de mineurs trans et non binaires. De nombreux biais méthodologiques (e.g.,

Chapitre 4 | Discussion générale

stratégies doivent être employées afin de concevoir un projet de recherche qui ne reproduise pas ces violences. Nous avons eu ce questionnement tout au long de cette recherche doctorale, et proposons d'en aborder quelques aspects.

Dès le départ, cette recherche doctorale a été guidée par l'objectif de fournir des apports à la communauté. La philosophie de ce travail était de produire des éléments de preuves supplémentaires qui puissent être mobilisés à tous les niveaux : universitaire, clinique, mais également associatif (e.g., comme argument supplémentaire dans les demandes de subventions). C'est cette vision qui a également construit les priorités considérées en termes de valorisation des résultats (e.g., priorité donnée à la validation de l'ITQ [Article 1] ; accent porté sur les analyses descriptives d'exposition aux violences et de prévalences de TSPT/TSPT-C [Article 3]). Cet objectif ne pouvait pas être réalisé sans l'implication des personnes concernées dans la construction du projet de recherche.

Néanmoins, les conditions de cette recherche doctorale¹⁴¹ nous ont amené à faire des concessions sur notre volonté de co-construction. Il ne nous a pas semblé concevable de mobiliser des personnes, déjà majoritairement bénévoles, à la construction d'un projet de recherche sans pouvoir les rétribuer. Cette réalité a constitué un frein d'autant plus important pour nous que nous imaginions difficile de concilier la temporalité d'une recherche doctorale avec celle d'une structure associative. Nous avons préféré solliciter ces ressources lors de la relecture des protocoles avant leur soumission au CPP et la diffusion de l'appel à

échantillon de parents recrutés sur des forums de personnes soutenant l'hypothèse du ROGD) ne permettent pas de soutenir les conclusions formulées dans l'étude (Ashley, 2020; Restar, 2020). Au regard des critiques, l'article de Littman (2018) a d'abord été rétracté, puis corrigé. Il n'empêche que cette thèse, sous couvert de la science, s'est grandement propagé dans l'opinion public, notamment au travers des médias, et n'est pas sans conséquences pour les personnes concernées. Par la suite, d'autres études sont néanmoins venues invalider le postulat du ROGD (Bauer et al., 2022), avec un moindre écho. Cet exemple souligne de nombreux enjeux éthiques relatifs à la manière de faire de la science, et comment cette dernière peut être utilisée pour construire, mais aussi déconstruire certains argumentaires (Leonhardt et al., 2024).

¹⁴¹ Recherche doctorale menée sur fonds propres, en parallèle d'une activité libérale (0,6 équivalent temps plein) ; faible réseau de l'investigateur principal sur cette thématique en amont de la recherche doctorale, amplifié par un tissu universitaire restreint (notamment en psychologie).

Chapitre 4 | Discussion générale

participation¹⁴². Bien que les associations aient majoritairement répondu favorablement aux demandes de diffusion, cela a pu être rédhibitoire pour certaines d'entre elles qui ont exprimé leur volonté de ne diffuser que des projets de recherche pour lesquels elles avaient participé à l'élaboration¹⁴³.

Au regard de notre expérience, nous invitons les personnes porteuses de tels projets de recherche à mobiliser, dès l'étape de réflexion initiale, les personnes et structures concernées pour la co-construction du projet. Cette approche existe déjà dans d'autres thématiques de recherche, notamment sous le prisme de la pair-aidance (Quiles et al., 2022). Il convient cependant de considérer notamment le financement de ces personnes et structures, ainsi que le temps nécessaire à la coordination de l'ensemble.

1.2. Forces et limites

Cette recherche doctorale présente quelques atouts qui, à nos yeux, forgent son intérêt. Dans son ensemble, elle vient situer l'importance de considérer les symptômes de TSPT et de TSPT-C consécutifs à l'exposition aux violences chez les personnes LGBTQIA+. Il s'agit là d'un sujet encore rarement abordé sur le plan académique en France, et encore limité sur le plan international. Ces travaux apportent ainsi des clés permettant de lever les freins au développement de telles études en France, notamment en rendant disponible un auto-questionnaire rapide et valide permettant d'évaluer les symptômes de TSPT et de TSPT-C selon la dernière classification de l'OMS. Ainsi, ces études permettent de faciliter plus largement la recherche ainsi que la clinique auprès de personnes exposées aux violences en

¹⁴² Certaines associations ont exprimé leur souhait de n'être mobilisées qu'à partir de la diffusion de l'appel à projet.

¹⁴³ Parmi les motifs exprimés, nous pouvons notamment mentionner : l'extrême sollicitation des associations et collectifs pour la diffusion de questionnaires en sciences humaines et sociales (pour lesquels elles ont souvent peu de retours) ; une vigilance sur les objectifs des projets de recherche et une volonté de ne pas impliquer leur association (et les personnes recrutées au travers d'elles) dans des études pouvant leur nuire.

Chapitre 4 | Discussion générale

France¹⁴⁴. De surcroît, cet apport constitue un intérêt qui s'étend au-delà de la recherche auprès des personnes LGBTQIA+.

A notre connaissance, notre revue systématique de la littérature constitue le premier article international à avoir exploré plus de 10 années d'études sur le TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+, afin de synthétiser l'ensemble des facteurs associés à cette symptomatologie. Ce travail vient également compléter les résultats d'une méta-analyse condensant les prévalences observées chez cette population (Marchi et al., 2023a). Nous espérons que cette revue systématique pourra être mobilisée tant par les universitaires que les professionnels gravitant auprès des personnes LGBTQIA+, afin d'actualiser leurs connaissances sur la question.

Enfin, la recherche empirique que nous avons menée constitue un travail d'envergure sur la thématique du TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+, fondé sur les critères de la CIM-11. En effet, il s'agit d'une recherche pionnière en France. Sur le plan international, seules trois études existent à ce jour, une en Espagne auprès d'un échantillon de 225 adultes LGBTQ+ (Charak et al., 2023) et deux aux Etats-Unis : la première, auprès d'un échantillon de 1351 minorités sexuelles (Ellis et al., 2024a), la seconde, auprès d'un sous-échantillon de 632 personnes LGB racisées issues de la même base de données (Ellis & Gutierrez, 2024). En comparaison de ces études, notre recherche présente l'intérêt de porter sur un large échantillon de 1744 personnes, comprenant à la fois des minorités sexuelles, des minorités de genre, ainsi que des personnes intersexuées. Malgré la faible taille d'échantillon de ces dernières (n=29), la possibilité d'obtenir des données chiffrées sur cette population est déjà précieux en soi.

¹⁴⁴ A ce titre, plusieurs échanges, par mail ou lors de congrès, témoignent de la diffusion de l'outil dans divers projets de recherche ou pratiques cliniques.

Chapitre 4 | Discussion générale

Néanmoins, les résultats de cette recherche doctorale dans son ensemble sont à considérés au regard de certaines limites. Si nous ne reprendrons pas dans le détail celles déjà mentionnées au fil des discussions de cette recherche doctorale (voir Chapitres 1.7., 2.7., 3.2. et 3.3.) nous pouvons mentionner les deux limites principales : (1) les effectifs de nos deux études quantitatives (i.e., validation de l'ITQ et étude empirique) sont des échantillons de convenance recrutés essentiellement via les réseaux sociaux, ce qui limite grandement la généralisation de nos résultats ; (2) l'ensemble de nos résultats, qu'ils soient tirés de nos études quantitatives ou de notre revue systématique de la littérature, ne permet pas de dresser des liens de causalités entre toutes les variables identifiées. Considérés en eux-mêmes, ces éléments nous paraissent nécessaires à prendre en compte afin de limiter des interprétations abusives de nos résultats.

Il convient également de mentionner un autre point qui, tout à la fois, a guidé cette recherche doctorale tout le long, mais peut également en constituer la limite principale : nous avons cherché à dresser un état des lieux d'un aspect nosographique déjà complexe en lui-même, à savoir l'intérêt d'une distinction entre TSPT et TSPT-C, auprès d'une population LGBTQIA+ elle-même diverse et complexe, comprenant des enjeux communs mais également de nombreuses particularités. Cette recherche doctorale est finalement une thèse généraliste, au cours de laquelle nous avons toujours jonglé entre synthèse globale et mise en lumière de spécificités, au risque de rendre nos propos confus, ou de n'aborder que superficiellement des éléments pourtant centraux pour certaines populations.

Dans le même sens, l'ensemble de nos analyses et résultats sont restés globaux vis-à-vis du TSPT et du TSPT-C, sans permettre une analyse fine des implications pour chaque cluster de symptômes. De plus, nos analyses de régressions ne portaient pas sur la présence ou l'absence de diagnostic, mais sur le score total de symptômes de TSPT et de TSPT-C. Le score total de TSPT-C (à savoir, cumul du score total de TSPT et du score total de POS)

Chapitre 4 | Discussion générale

dépendant nécessairement du score total de TSPT, un biais doit être considéré dans nos résultats.

Cette limite est également paradoxale car elle est la conséquence de ce qui a été un point central de cette recherche doctorale : consolider des postures (cliniques, universitaires, associatives...) avec un travail de synthèse globale, accessible y compris aux personnes qui ne seraient pas au fait des enjeux LGBTQIA+. Nous comptons sur d'autres travaux pour apporter davantage de finesse aux enjeux spécifiques de certaines populations LGBTQIA+. De manière non exhaustive, nous pouvons par exemple citer une méta-analyse de Scheer et collaborateurs (2023) portant sur le TSPT et les consommations d'alcool comorbides chez les femmes LGB+ en comparaison des femmes hétérosexuelles ; une revue systématique de la littérature sur les facteurs de risque et de protection du TSPT chez les hommes homosexuels suite à des violences interpersonnelles (Lépine et al., 2023) ; ou encore une thèse en cours réalisée par David Mattatia¹⁴⁵ portant sur l'étude des liens entre psychotraumatisme, développement de l'identité d'orientation sexuelle et la pratique du chemsex¹⁴⁶ chez les hommes gays.

2. Perspectives

Cette recherche doctorale, ainsi que les limites inhérentes à cette dernière, nous ont conduit à plusieurs perspectives. Ainsi, nous concluons cette discussion par les différentes pistes qui ont émergé de ce travail, à la fois dans une visée de recherche, de pratique clinique, mais également dans une dimension sociale et politique.

¹⁴⁵ Doctorant en Psychologie, Université Paris 8, Laboratoire Psychopathologie et Processus de Changement (LPPC) ; Sous la direction de Damien Fouques (MCF-HDR) et Olivier Vecho (MCF-HDR).

¹⁴⁶ Le chemsex désigne la prise de drogues lors de rapports sexuels. Pour aller plus loin : <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Les-drogues-et-leur-consommation/Le-chemsex-la-prise-de-drogues-lors-de-rapports-sexuels>

Chapitre 4 | Discussion générale

2.1. Perspectives de recherches

Dans l'ensemble, nos travaux appellent nécessairement à une réplication, que ce soit par la réalisation d'une nouvelle étude auprès d'un échantillon représentatif de la population française afin de consolider la généralisation de nos résultats empiriques, de mettre à l'épreuve l'adaptation française de l'ITQ auprès d'un échantillon clinique (projet de collaboration en cours avec Dr. Géraldine Tapia [MCF-HDR, Université de Bordeaux] et Pr. Wissam El-Hage [Université de Tours]), ou encore d'actualiser notre revue systématique de la littérature au regard des publications publiées depuis (Basting et al., 2024; Day et al., 2024; Ellis et al., 2024a; Ellis & Gutierrez, 2024; Laughney et al., 2024; Valentine et al., 2024) et de celles à venir.

Plus largement, ces travaux de thèse ouvrent de nombreuses perspectives de recherche. Certaines sont directement liées à notre étude empirique ainsi qu'aux données encore non exploitées à disposition. D'autres perspectives viennent prolonger notre réflexion et nos sujets d'intérêt qui ont émergé au cours de ce travail.

Perspectives de recherches issues de la base de données.

Les résultats de l'étude 3 ont montré que certaines personnes au sein de la population LGBTQIA+ étaient particulièrement vulnérables en termes de TSPT et TSPT-C (e.g., personnes pansexuelles, personnes TDG). Ce constat, corroboré par de nombreux auteurs (Charak et al., 2023; Marchi et al., 2023a), appelle à des analyses plus fines des facteurs de vulnérabilité spécifiques à ces populations. A ce stade, des analyses en clusters sont en cours afin d'identifier ce qui caractérise les profils les plus vulnérables parmi les personnes TDG. Ces analyses plus ciblées permettront également d'explorer des variables propres à certaines populations que nous n'avions pas incluses dans les analyses de régressions hiérarchiques, telles que le lien à la communauté LGBTQIA+, l'ouverture sur son orientation sexuelle et/ou

Chapitre 4 | Discussion générale

son identité de genre, ou, plus spécifiquement chez les personnes TDG, des facteurs liés à la transition (sociale, administrative et médicale) et au passing¹⁴⁷.

Nos résultats ont également montré la nécessité d'explorer certaines variables avec plus de finesse. Par exemple, nous estimons qu'il sera nécessaire pour les analyses futures de ne pas regrouper les styles de stratégies de coping entre eux, mais bien de distinguer les 14 stratégies évaluées par le Brief-Cope (Carver, 1997 ; Muller et Spitz, 2003), afin de mieux comprendre leur interaction avec les symptômes de TSPT et TSPT-C¹⁴⁸. Dans le même sens, et comme déjà mentionné en amont, nos analyses de régressions relatives au TSPT et au TSPT-C ont considéré le score total de symptômes pour chaque trouble, sans aborder distinctement les différents clusters de symptômes qui les constituent. Pour aller vers plus de finesse clinique, des analyses en réseaux (Borsboom & Cramer, 2013; Gauld, 2021) nous apparaissent comme une perspective intéressante pour explorer en finesse les interactions entre les différentes sous-dimensions du TSPT et du TSPT-C et les variables antécédentes.

Au regard du questionnement qui nous a traversé tout au long de cette recherche doctorale, il convient de prévoir des analyses plus précises sur les caractéristiques des personnes de notre échantillon qui rapportent avoir été exposées uniquement à des EPT hors critère A, mais présentent malgré tout les signes cliniques d'un TSPT ou d'un TSPT-C. A nos yeux, il est important d'explorer si ces participants diffèrent sur le plan socio-démographique et psycho-social de ceux qui ont été exposés à au moins un EPT critère A et répondent aux critères du TSPT/TSPT-C.

Enfin, des validations psychométriques des échelles traduites pour les besoins de cette recherche doctorale (i.e., DSS-B, SCORE-15, LGBTQIA+ Connectedness Scale) permettront,

¹⁴⁷ Ces variables n'avaient pas été incluses afin de conserver uniquement celles qui permettraient des comparaisons avec l'échantillon de personnes cisgenres hétérosexuelles.

¹⁴⁸ Ce choix avait été fait afin de limiter le nombre de variables incluses dans les modèles de régressions.

Chapitre 4 | Discussion générale

d'une part, de consolider la rigueur méthodologique des analyses réalisées et à venir, et de l'autre, faciliteront les études futures. A ce titre, la rédaction d'un article visant à valider la structure factorielle de la DSS-B à partir de notre base de données est en cours (Brusky, Peraud et al., en préparation). Ce travail de validation est d'autant plus prioritaire que nous observons sur le terrain une réelle demande d'outils fiables, mais également peu coûteux en temps de passation, pour évaluer les symptômes dissociatifs¹⁴⁹.

Autres perspectives de projets de recherches

Plusieurs intérêts de recherches ont émergé tout au long de ces quatre années. Nous développerons ici deux projets qui ont été directement envisagés au sein de cette recherche doctorale, soit dans le projet initial, soit lorsque nous avons été confronté à des barrières administratives.

Initialement, cette recherche doctorale devait inclure une investigation qualitative visant à explorer les stratégies d'adaptation mobilisées par les personnes LGBTQIA+ pour faire face aux violences. Ce projet nous semblait d'autant plus pertinent qu'il aurait apporté un éclairage important quant aux processus qui sous-tendent la mobilisation de telles stratégies, éléments qui nous ont manqué plus en avant nos résultats quantitatifs (voir Chapitre 3.3.). De plus, il nous aurait permis d'obtenir des éléments sur les ressources (identifiées, mobilisées ou manquantes) pour faire face. Ce type de recherches existant déjà dans la littérature scientifique internationale (Bjorkman & Malterud, 2012; Grossman et al., 2009; Sherman, Balthazar, Klepper, et al., 2022), nous souhaitons aller plus loin en évaluant également chez les sujets interviewés les symptômes de TSPT et TSPT-C. Cela aurait permis de comparer si les stratégies d'adaptation employées, les ressources mobilisées et les besoins identifiés peuvent différer selon la présence ou non d'une symptomatologie traumatique.

¹⁴⁹ C'est d'ailleurs ce qui nous avait motivé à inclure cet outil au sein de notre protocole de recherche.

Chapitre 4 | Discussion générale

Nous faisons l'hypothèse que les participants répondant aux critères diagnostiques d'un TSPT ou d'un TSPT-C rapporteraient un panel de stratégies plus restreint et rigide que ceux ne rapportant pas de symptomatologie. A ce jour, ce projet de recherche a obtenu l'avis favorable du CER de l'Université de Bordeaux et a été enregistré au niveau de la cellule RGPD, ce qui le rend directement réalisable.

Lors de la troisième année de cette recherche doctorale, les difficultés rencontrées pour obtenir l'avis favorable d'un comité éthique nous ont conduit à reconsidérer nos projets. A cet effet, nous avons construit un protocole de recherche qualitative visant à explorer les freins et leviers dans l'accompagnement des personnes LGBTQIA+ chez les psychologues formés à la prise en charge des psycho-traumatismes. Nous faisons l'hypothèse que certains freins seraient mentionnés, tels que le manque de sensibilisation au vocabulaire LGBTQIA+, des difficultés dans l'orientation vers des ressources (e.g., professionnels, structures, associations) ou encore des représentations erronées du fait d'une méconnaissance des enjeux spécifiques à ces personnes.

A ce jour, ce projet a obtenu l'avis favorable du CER de l'Université de Bordeaux et a été enregistré au niveau de la cellule RGPD. Une vingtaine d'entretiens ont été réalisés et une dizaine ont été retranscrits. Dans sa finalité, l'objectif de cette recherche est d'identifier clairement les besoins des psychologues qui auraient les compétences thérapeutiques pour accompagner les personnes LGBTQIA+ ayant un TSPT ou un TSPT-C, mais qui ne s'estiment pas suffisamment formés pour une telle prise en charge. Ce travail permettrait de consolider et/ou créer des formations pertinentes pour ces professionnels et, par extension, lever des barrières dans l'accès aux soins des personnes LGBTQIA+.

Chapitre 4 | Discussion générale

2.2. Perspectives cliniques

Notre travail souligne tant l'enjeu de santé publique majeur au sein de la population LGBTQIA+ que représentent les prévalences de TSPT et de TSPT-C, que la multiplicité des facteurs impliqués dans ce phénomène. Cela suscite des perspectives cliniques se situant à des niveaux multiples, tant du côté des personnes concernées que des professionnels et associatifs gravitant autour d'elles. A nos yeux, l'essentiel du besoin aujourd'hui se situe dans la levée des barrières dans l'accès aux soins. A ce titre, certaines associations installées sur le territoire français sont l'illustration du besoin d'intervenir aux différentes interfaces du système de santé. Pour exemple, Le Réseau de Santé Trans (ReST)¹⁵⁰, qui est une association regroupant des personnes trans, des associatifs et des professionnels de santé, a pour mission de travailler avec et pour les personnes trans afin d'améliorer leur accès aux soins, y compris en passant par l'information et la formation des professionnels de santé¹⁵¹. Ce travail répond à différents besoins existants aujourd'hui, tant du côté des personnes concernées (e.g., difficultés à trouver un professionnel de santé s'inscrivant dans un principe d'autodétermination des personnes trans) que des professionnels (e.g., demande de formations, travail en réseau¹⁵²). Ces actions permettent d'actionner différents leviers, tant en facilitant la démarche d'accès aux soins¹⁵³ qu'en réduisant la méfiance dans la relation de soin (Malik et al., 2019; Rahman et al., 2023), favorisant ainsi l'alliance thérapeutique.

¹⁵⁰ Initialement installée en Bretagne, l'association prend une ampleur nationale, avec à ce jour plusieurs antennes régionales (e.g., île de France, Occitanie), dont une antenne en Nouvelle-Aquitaine créée en 2024. <https://reseausantetrans.fr/>

¹⁵¹ D'autres initiatives allant dans ce sens existent aujourd'hui. Nous pouvons par exemple mentionner La Bulle, un local inter-associatif situé à Paris dédié à l'entraide concrète et à l'accompagnement des personnes LGBTQI+ les plus fragiles, par et pour les personnes concernées. Il inclut sept associations (i.e., ANKH, ARDHIS, Espace Santé Trans, FLIRT, OUTrans, Wassla, XY Média). Cette structure développe une approche commune en matière de santé, d'accompagnement social, de soutien psychologie ou d'appui juridique, tout en intégrant la diversité des parcours de vie des publics ainsi que la spécificité de leurs besoins.

¹⁵² Ces éléments ont d'ailleurs fréquemment été mentionnés dans les entretiens que nous avons menés auprès des psychologues.

¹⁵³ Souvent identifiée comme une démarche complexe pour les personnes LGBTQIA+ (Moagi et al., 2021; Romanelli & Hudson, 2017b; Rosenkrantz et al., 2017).

Chapitre 4 | Discussion générale

Dans notre propre pratique clinique, nous avons pu expérimenter à quel point la question de l'alliance thérapeutique avec les personnes LGBTQIA+ était centrale, peut-être plus encore qu'avec d'autres profils¹⁵⁴. Dans certains scénarios, la manière dont nous étions identifié par les personnes (e.g., via des recommandations par des collègues nous présentant comme ayant l'habitude de travailler avec des personnes LGBTQIA+) ou encore la manière dont nous nous présentions au premier entretien (e.g., en mentionnant nos différentes activités professionnelles parallèles, y compris cette recherche doctorale), venait directement influencer les thématiques abordées en séance (et le lien de confiance nécessaire pour en parler). Par exemple, certaines personnes ont pu directement mentionner qu'il était important pour elles de rencontrer un psychologue qui soit au fait du vocabulaire et des enjeux spécifiques à la population LGBTQIA+ car elles-mêmes ressentaient le besoin de pouvoir en discuter au cours de la thérapie. D'autres ont pu d'emblée aborder leurs expériences négatives passées avec d'autres professionnels, y compris psychologues¹⁵⁵. Pour pallier ce problème, de nombreuses listes de soignants « *safer* » existent¹⁵⁶, souvent informelles, co-construites entre usagers du système de santé (qui fournissent des conseils sur la base de leur propre expérience avec les soignants) et associations (qui recommandent des soignants dont elles connaissent leur manière d'exercer).

Il est certain que l'aisance du thérapeute face aux sujets qui sont abordés participe à la mise en sécurité des personnes accueillies (Diener & Monroe, 2011; Papalia et al., 2022; Yusof & Carpenter, 2016). En effet, les entretiens auprès de psychologues pouvant rapporter un manque de formation aux spécificités de la population LGBTQIA+ ont pu mettre en évidence la récurrence d'une forme d'hypervigilance chez ces professionnel, en résonance

¹⁵⁴ Ces éléments sont également ressortis dans les entretiens que nous avons réalisés avec les psychologues.

¹⁵⁵ Certaines de ces expériences avec des professionnels de santé étaient telles qu'elles constituaient parfois des cibles traumatiques considérées dans le travail thérapeutique.

¹⁵⁶ Si ces listes existent pour les personnes LGBTQIA+, elles le sont également pour tout un ensemble de personnes susceptibles de vivre des discriminations ou des manquements dans le soin.

Chapitre 4 | Discussion générale

avec celle vécue par les personnes accueillies. Pour citer un témoignage parmi d'autres : « je suis toujours flippée de me tromper de genre, de mal genrer ou d'utiliser le *deadname*¹⁵⁷... »). Pour ceux un peu plus sensibilisés, diverses stratégies sont parfois employées pour sécuriser les personnes dans le contexte thérapeutique¹⁵⁸. Certaines sont matérielles (e.g., flyers d'associations dans la salle d'attente, petit drapeau ou *pins* sur le bureau), d'autres dans la manière d'interagir (e.g., ne pas genrer ou utiliser le prénom de la personne en l'appelant dans la salle d'attente avant le premier rendez-vous, demander les pronoms), ou sont profondément ancrées dans la stratégie thérapeutique (e.g., psychoéducation visant à recontextualiser les violences vécues sous le prisme des LGBT-phobies). Favoriser l'alliance thérapeutique n'est évidemment pas spécifique à l'accueil des personnes LGBTQIA+. Il s'agit d'un élément central de la thérapie de manière générale, mais qui implique d'être d'autant plus réfléchi qu'il s'agit d'accompagner des personnes pour qui les relations n'ont pas toujours été un lieu de sécurité. Dans l'accompagnement des personnes ayant des symptômes post-traumatiques, qui plus est celles qui ont développé un TSPT-C, construire un lien de confiance sécurisant et permettant l'accordage entre la personne et le thérapeute est un travail au long cours.

Au-delà des enjeux relatifs à l'accueil des personnes LGBTQIA+, il convient également de considérer les stratégies de prise en charge. Un réseau important de psychothérapeutes libéraux est déjà suffisamment outillé pour accompagner efficacement les personnes dans la prise en charge de leurs symptômes traumatiques¹⁵⁹. Néanmoins, deux freins principaux sont à noter. Le premier, déjà mentionné, se situe au niveau de la formation de ces professionnels à l'accompagnement des personnes LGBTQIA+ (ou du moins, leur

¹⁵⁷ Deadname : Prénom assigné à la naissance et indiqué à l'état civil, mais abandonné par la personne pour choisir un nouveau prénom qui correspond mieux à son identité de genre. Aussi appelé en français « morinom ».

¹⁵⁸ Exemples recensées à partir des entretiens réalisées, d'échanges avec des collègues ou issus de notre propre pratique.

¹⁵⁹ Nous pouvons par exemple citer les annuaires de psychothérapeutes formés aux TCC (<https://www.aftcc.org/annuaire>; <https://www.irccade.com/trouver-un-th%C3%A9rapeute/>) ou à l'EMDR (<https://www.emdr-france.org/lannuaire-des-therapeutes-2/>; <https://www.ifemdr.fr/annuaire-emdr/>).

Chapitre 4 | Discussion générale

sensibilisation), qui peut les conduire à refuser certaines prises en charge ou adopter des comportements inadaptés.

Le second, concerne l'accessibilité financière de ces prises en charge, là où une part importante de la population LGBTQIA+ n'accède pas aux soins généraux par manque de moyens financiers (Frazer & Howe, 2015; Masa et al., 2024). Sur ce point, force est de constater que (1) les structures publiques peinent à recevoir les personnes dans des délais raisonnables¹⁶⁰ (Lamer et al., 2024; Ynesta & Danguin, 2015), (2) les professionnels y exerçant ne sont pas toujours formés à des stratégies thérapeutiques ayant fait leurs preuves pour le traitement du TSPT/TSPT-C et (3) ne sont pas toujours formés aux enjeux des personnes LGBTQIA+. Depuis quelques années, un réseau de Centres Régionaux du Psychotraumatisme (CRP) s'est développé¹⁶¹, facilitant ainsi l'accès à des professionnels formés aux prises en charges du TSPT/TSPT-C. Accéder à des professionnels intégrant à la fois une pratique centrée sur le traitement du psychotraumatisme, *a minima* sensibilisés à l'accompagnement des personnes LGBTQIA+, et accessibles financièrement, constitue ainsi un véritable parcours du combattant, comme le traduisent certains témoignages recueillis auprès des psychologues :

« J'ai comme cette impression que le petit nid douillet et sécurisant qu'on a construit ici va être totalement éclaté parce que je ne vais pas forcément pouvoir orienter vers quelqu'un qui va être aussi sensibilisé que nous et qui va faire les choses aussi bien et qui va même parfois être maltraitant, discriminant. Y a vraiment un problème d'orientation. »

¹⁶⁰ Notamment pour des rendez-vous avec des psychiatres ou des psychologues.

¹⁶¹ Voir <https://cn2r.fr/jai-besoin-daide/localiser-les-structures-de-soin/>

Chapitre 4 | Discussion générale

« Ça fait beaucoup de trouver un psy qui va savoir répondre... Le must du must, c'est Psychotrauma, Safe et santé psy étudiant¹⁶². Et ça, c'est difficile. »

De manière pragmatique, ces éléments font partie des besoins prioritaires pour la prise en charge des personnes LGBTQIA+. Mais il convient également de savoir dans quelle mesure les stratégies thérapeutiques existantes peuvent être améliorées au regard des besoins des personnes LGBTQIA+. Nous pouvons citer l'exemple d'une étude portant sur l'efficacité d'un protocole de Thérapie Comportementale Dialectique (TCD)¹⁶³, qui a montré une réduction des symptômes (i.e., dysrégulation émotionnelle, coping dysfonctionnel, perturbations dans le fonctionnement, symptômes dépressifs) auprès de personnes LGBQ, mais moindre en comparaison des personnes hétérosexuelles (Oshin et al., 2024). A ce titre, Oshin et collaborateurs (2024) ainsi que d'autres auteurs (Camp et al., 2023; Cohen et al., 2021) invitent à une réflexion sur la nécessité d'adapter les protocoles aux personnes LGBTQIA+, avec une focale plus importante sur le stress des minorités, la construction de l'identité, le développement de relations positives avec les pairs, ou les stratégies de *coping* face aux comportements cis-hétéro sexistes.

Au-delà des enjeux propres à la psychothérapie, il convient que les professionnels de santé se rattachent aux *guidelines* les plus récentes afin d'adopter une pratique en accord avec les connaissances à disposition. Pour exemple, la *World Professional Association for*

¹⁶² Dispositif gouvernemental permettant de financer 12 séances avec un psychologue libéral conventionné pour les étudiants de l'enseignement supérieur.

¹⁶³ La TCD est une thérapie cognitivo-comportementale de 3^{ème} vague pensée initialement pour les personnes présentant un trouble de la personnalité borderline. Depuis sa création dans les années 1990, elle s'est vue étendre plus largement à des profils ayant des difficultés de régulation émotionnelle, des troubles du comportement et des conduites suicidaires. La TCD vise le développement de compétences centrées sur la régulation émotionnelle, la tolérance à la détresse, l'efficacité interpersonnelle et la pleine conscience. L'efficacité de la TCD est largement établie à ce jour (Cristea et al., 2017; DeCou et al., 2019; Panos et al., 2014), y compris pour le traitement du TSPT (Prillinger et al., 2024). La TCD présente l'avantage de voir ses protocoles adaptés pour des groupes, pouvant être une réponse aux difficultés d'accès à des soins auprès de professionnels formés et dans des conditions financières abordables.

Chapitre 4 | Discussion générale

Transgender Health (WPATH)¹⁶⁴ a publié la 8^{ème} version de ses standards de soins (Coleman et al., 2022)¹⁶⁵, avec plus de 200 pages abordant des aspects tels que la terminologie, l'hormonothérapie, la santé reproductive, ainsi que la santé mentale. Ces recommandations sont essentiellement tournées vers les démarches de transition, y compris dans le champ de la santé mentale, le document rappelant que « de nombreuses personnes TDG n'auront pas besoin de thérapie ou d'autres formes de soins de santé mentale dans le cadre de leur transition, tandis que d'autres pourront bénéficier du soutien des professionnels et des systèmes de santé mentale » (Coleman et al., 2022, p. 198).

D'autres *guidelines* sont à mentionner, notamment celles formulées par l'*American Psychological Association* pour l'accompagnement psychologique des personnes TDG (APA, 2015) ainsi que des minorités sexuelles (APA, 2021b). Parmi les recommandations mentionnées, nous pouvons par exemple citer :

« Les psychologues comprennent que les orientations sexuelles des minorités sexuelles ne sont pas des maladies mentales et que les efforts visant à modifier les orientations sexuelles sont préjudiciables » (APA, 2021, p. 8, recommandation n°4) ;

« Les psychologues sont conscients de la manière dont leurs attitudes et leurs connaissances en matière d'identité et d'expression de genre peuvent affecter la qualité des soins qu'ils prodiguent aux personnes TDG et à leurs familles » (APA, 2015, p. 837, recommandation n°4) ;

« Les psychologues s'efforcent de s'informer et d'informer les autres sur les enjeux psychologiques concernant les minorités sexuelles et d'utiliser ces

¹⁶⁴ Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre.

¹⁶⁵ La version française de ces standards est disponible ici : <https://www.wpath.org/soc8/Translation>

Chapitre 4 | Discussion générale

connaissances pour améliorer les programmes de formation et les systèmes éducatifs » (APA 2021, p. 8, recommandation n°15).

D'autres recommandations sont à venir, notamment la mise à jour des recommandations de la Haute Autorité de la Santé (HAS) relative aux parcours de transition des personnes transgenres, initialement prévue en 2023.

Enfin, il nous semble nécessaire de rappeler l'importance de considérer la famille au sens large dans la prise en charge des personnes LGBTQIA+. L'annonce du *coming out* peut être un moment clé dans la dynamique familiale¹⁶⁶, dont les enjeux peuvent varier selon la position du membre dans la famille (e.g., enfant, parent, conjoint) ainsi que l'âge et le rapport de dépendance qu'il peut impliquer (Baiocco et al., 2014; Baptist & Allen, 2008; LaSala, 2000; Niedlich et al., 2022). Si l'accompagnement de la personne concernée est central dans ce processus, celui de son entourage peut l'être tout autant, que ce soit pour travailler la consolidation des liens, la protection face aux violences mais également parfois la séparation, par exemple dans le couple, afin qu'il soit le plus sécurisant possible, notamment lorsque cet accompagnement implique des enfants.

De notre expérience, de nombreux autres sujets sont souvent abordés : l'aide à apporter à leur proche (e.g., dans leur façon d'agir et de parler, dans la communication avec d'autres proches, dans les démarches), les inquiétudes (e.g., sur le risque pour leur proche de vivre des discriminations et des violences, sur les parcours de transitions), ou plus largement

¹⁶⁶ Une enquête menée par IPSOS et commandée par l'association CONTACT révèle qu'en 2024, près d'un français sur cinq a reçu un *coming out* d'une personne proche au cours des 10 dernières années. Parmi les personnes ayant reçu un *coming out*, 80 % expriment avoir ressenti des émotions positives. Des émotions plus ambivalentes sont notées notamment chez les parents, les personnes de moins de 35 ans, les hommes et les personnes positionnées politiquement à droite ou extrême droite (IPSOS, 2024b).

Chapitre 4 | Discussion générale

les émotions ressenties (e.g., fierté, colère, joie, tristesse¹⁶⁷, culpabilité). Le travail du psychologue auprès du système familial est tout aussi précieux qu'il est complexe. Dans certaines situations, créer une alliance avec chacun des membres de la famille, aux attentes parfois opposées, relève d'un travail d'équilibriste tant pour soutenir la personne concernée que pour accueillir les proches dans les émotions qu'ils traversent. Dans certains scénarios, il conviendra de penser la prise en charge systémique dans le cadre d'un suivi individuel, pour que la thérapie ne devienne pas le lieu de reproduction de violences. Ces nombreux aspects méritent d'être réfléchis, que ce soit dans les formations aux thérapies systémiques que dans les ouvrages cliniques, encore peu disponibles en langue française¹⁶⁸.

2.3. Perspectives institutionnelles et politiques

Pour conclure cette discussion, nous ne pouvons pas aborder des perspectives concernant la santé mentale des personnes LGBTQIA+ sans les situer dans une vision institutionnelle et politique. Les vulnérabilités observées chez les personnes LGBTQIA+ sont en partie expliquée par leur exclusion des dispositifs de droits communs et par des déterminants sociaux structurels (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Matthews et al., 2018; Wesp et al., 2019). Ce sont essentiellement des associations (parfois sur fonds de financements gouvernementaux, mais souvent sur la base de dons) qui tentent de répondre à l'appel des personnes LGBTQIA+. Nous pouvons notamment citer le Fond d'Aide Sociale Trans (FAST) mis en place par l'association Acceptess-T finançant des nuits d'hébergement ou l'accès aux biens de première nécessité pour les personnes trans précaires¹⁶⁹. Ou encore, la fondation Le Refuge qui héberge et accompagne chaque année plus de 500 jeunes

¹⁶⁷ De notre expérience, certains parents témoignent parfois de leur sentiment de vivre un deuil. Si ce n'est pas le deuil de leur enfant en tant que tel, il s'agit plutôt du deuil d'une vision du monde imaginée pour leur enfant, qui doit prendre le temps d'être remodelée.

¹⁶⁸ Voir par exemple l'ouvrage de Bigner et Wetchler (2012) : « *Handbook of LGBT-affirmative couple and family therapy* ».

¹⁶⁹ <https://www.acceptess-t.com/fast>

Chapitre 4 | Discussion générale

LGBTQIA+ victimes de violences intrafamiliales¹⁷⁰. Le financement et la pérennisation de telles actions relèvent d'un enjeu de santé publique auquel l'Etat se doit d'être partie prenante.

Ces freins dans l'accès au droit commun s'expliquent en partie par des dispositifs insuffisamment pensés pour accueillir correctement cette population. La formation des professionnels qui gravitent autour des personnes LGBTQIA+ est nécessaire, et cela ne peut pas se limiter uniquement au monde de la santé : éducation, ressources humaines, système judiciaire. Ce sont de nouveau des associations qui s'emploient à former ces professionnels. Dans l'emploi, l'association l'Autre Cercle accompagne depuis 25 ans les employeurs dans leurs engagements pour l'inclusion des personnes LGBTQIA+ ; l'association FLAG¹⁷¹ forme depuis plusieurs années à l'accompagnement des victimes de LGBT-phobies directement au sein des écoles de police et de gendarmerie. Mais au-delà de l'accompagnement des victimes, cela implique une application effective du droit et un véritable travail d'application de peines à l'encontre des personnes à l'origine de violences LGBT-phobes.

A ce niveau, l'appareil législatif peut tout autant permettre l'accès au droit commun pour les personnes LGBTQIA+ qu'être une menace pour leur existence. Les travaux de Hughto et ses collaborateurs (2022), mentionnés dans la revue systématique que nous avons réalisée, soulignaient déjà que les personnes transgenres vivant dans des états américains visant à réduire les droits des personnes trans rapportaient davantage de symptômes de TSPT que ceux résidant dans d'autres états. Depuis, une étude plus récente a rapporté que l'application de lois anti-trans dans certains états des Etats-Unis avait généré une augmentation de 7 à 72 % des tentatives de suicide au cours de la dernière année chez les jeunes TDG âgés de 13 à 17 ans (Lee et al., 2024). En France, une proposition de loi (PPL) a été déposée en 2024 afin de « protéger les mineurs contre certaines pratiques médicales et

¹⁷⁰ <https://le-refuge.org/>

¹⁷¹ Association LGBT+ des agents des ministères de l'Intérieur et de la Justice.

Chapitre 4 | Discussion générale

chirurgicales en matière de ‘transition de genre’ » (*Proposition de loi, n° 2504, 2024*), et d’interdire notamment « tout traitement médical et hormonal de transition de genre [...] pour les mineurs » (*Proposition de loi, n° 2504, 2024, p. 5*). Devant encore passer le stade de la première lecture à l’assemblée nationale¹⁷², cette proposition de loi s’est vue épinglée par la Défenseure des droits, qui a rappelé que :

« Une telle interdiction, qui concerne au demeurant un très faible nombre de mineurs (1), risque de porter atteinte au droit à la santé de l’enfant, (2) ainsi qu’à l’intérêt supérieur de l’enfant (3). Elle introduirait des incohérences dans les règles applicables susceptibles de constituer une discrimination fondée sur l’identité de genre (4) ». (*La Défenseure des droits, 2024, p. 3*).

Au-delà de la réponse de la défenseure des droits, cette proposition de loi vient s’opposer aux standards de soins (Coleman et al., 2022) et risque d’accentuer davantage la détresse des jeunes trans¹⁷³.

Enfin, une stratégie de lutte contre les violences doit nécessairement passer par une stratégie de prévention, et ce dès l’école. Cela fait partie des recommandations de la Défenseure des droits, qui appelle à « la mise en œuvre effective, tout au long de la scolarité, des trois séances annuelles d’éducation à la vie affective et sexuelle » (*La Défenseure des droits, 2024, p. 13*). A ce titre, des projets sont à mentionner tels que la thèse de Jeanne Pierre¹⁷⁴, portant sur la mise en place et l’évaluation d’un dispositif de réduction de l’homophobie au collège.

¹⁷² *Prise en charge des mineurs en questionnement de genre, 2024* ; <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl23-435.html>

¹⁷³ Voir la réponse au co-porteur de la PPL (Vandendriessche (2024)). <https://blogs.mediapart.fr/claire-vandendriessche/blog/080524/contre-linterdiction-des-transitions-medicales-des-mineurs>

¹⁷⁴ Doctorante en Psychologie, Université Paris Descartes, Laboratoire Clinique Psychanalyse Développement (CLIPSYD) ; Sous la direction de Natalie Rigal (Pr) et Olivier Vecho (MCF-HDR).

Chapitre 4 | Discussion générale

Conclusion

La question de l'exposition aux violences et de ses répercussions en termes de TSPT et de TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+ relève d'un véritable enjeu de santé publique. Cette recherche doctorale a permis de lever quelques freins utiles, nous l'espérons, pour la réalisation de futures recherches ; elle a également apporté certains éclaircissements relatifs à la situation actuelle des personnes LGBTQIA+ en France, et ouvert de nouvelles pistes de réflexion.

Pour mener à bien ce projet, il aura été nécessaire de traduire et valider un outil permettant d'évaluer les symptômes de TSPT et de TSPT-C selon les critères de la CIM-11 (ITQ). La validation de cet outil en France lève une barrière importante à la réalisation de futures études portant sur le TSPT et le TSPT-C, que ce soit auprès de personnes LGBTQIA+, en population générale, ou auprès d'autres populations spécifiques. La revue systématique de la littérature sur les prévalences et facteurs associés au TSPT et TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+ a souligné la multiplicité des facteurs impliqués dans la symptomatologie traumatique et la nécessité d'une lecture systémique afin de considérer cet enjeu de santé majeur. L'étude empirique a permis d'apporter des données statistiques sur les phénomènes discriminatoires et d'exposition aux violences chez les personnes LGBTQIA+, ainsi que leurs répercussions en termes de prévalences de TSPT et TSPT-C, appuyées par une comparaison avec un échantillon de personnes cisgenres hétérosexuelles. Enfin, les analyses menées ont permis d'identifier certains facteurs impliqués dans la symptomatologie de TSPT et de TSPT-C, et de repérer ceux qui sont spécifiques à la population LGBTQIA+.

Cette recherche doctorale est, à notre connaissance, la première à avoir exploré les enjeux relatifs au TSPT et au TSPT-C chez les personnes LGBTQIA+ en France. A l'échelle internationale, elle se situe parmi une poignée de travaux portant sur ces aspects. Afin que

d'autres travaux viennent compléter le nôtre, ce travail a été pensé tout du long avec l'objectif de lever des barrières en apportant des outils, en synthétisant des informations existantes mais éparses, et en rendant compte de premières données à la communauté. La rédaction de ce manuscrit a suivi la même logique, avec l'objectif de rendre accessible au lecteur (y compris non expert) une réflexion globale sur deux sujets complexes en eux mêmes, que sont les diagnostics de TSPT et de TSPT-C et les enjeux de santé au sein de la population LGBTQIA+. Cela passe notamment par la formulation d'un modèle explicatif reprenant l'ensemble des résultats de cette recherche doctorale, et qui illustre les nombreux leviers actionnables, mais qui ne peuvent avoir qu'un poids limité sans une véritable politique publique sous-jacente. Les questionnements et perspectives formulés sont le témoignage de réflexions qui nous ont traversé tout au long de ces quatre années. Nous espérons qu'ils constitueront un passage de relai vers d'autres travaux, appelés à s'inscrire dans une lecture systémique des inégalités de santé.

Bibliographie

- 40 ans de découverte du VIH: Les premiers cas d'une maladie mystérieuse au début des années 1980.* (2024, April 9). Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/fr/journal-recherche/actualites/40-ans-decouverte-du-vih-premiers-cas-maladie-mysterieuse-au-debut-annees-1980>
- Abreu, R. L., & Kenny, M. C. (2018). Cyberbullying and LGBTQ youth: A systematic literature review and recommendations for prevention and intervention. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 11*, 81–97.
- Accueil—Collectif Intersexe Activiste—OII France. (n.d.). Retrieved August 5, 2024, from <https://cia-oiifrance.org/>
- Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect, 22*(8), 759–774.
- Alegría, M., Fortuna, L. R., Lin, J. Y., Norris, F. H., Gao, S., Takeuchi, D. T., Jackson, J. S., Shrout, P. E., & Valentine, A. (2013). Prevalence, Risk, and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder Across Ethnic and Racial Minority Groups in the United States. *Medical Care, 51*(12), 1114–1123. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000007>
- Alencar Albuquerque, G., de Lima Garcia, C., da Silva Quirino, G., Alves, M. J. H., Belém, J. M., dos Santos Figueiredo, F. W., da Silva Paiva, L., do Nascimento, V. B., da Silva Maciel, É., & Valenti, V. E. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights, 16*, 1–10.
- Alessandrin, A., & Dagorn, J. (2022). Quelques éléments sur la vie amoureuse et sexuelle des collégienn. Es homosexuel. Le. S en France. *L'école Des Parents*.
- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 204*(5), 335–340.
- Allport, G. W., Clark, K., & Pettigrew, T. (1954). *The nature of prejudice*.
- Amnesty France. (2019). *Intersexes: Des enfants subissent des interventions chirurgicales visant à les « normaliser »*. Amnesty France. <https://www.amnesty.fr/chronique/intersexe-genre-operation-discrimination>
- Anderson, A. D., Irwin, J. A., Brown, A. M., & Grala, C. L. (2020). “Your picture looks the same as my picture”: An examination of passing in transgender communities. *Gender Issues, 37*, 44–60.

- Andrade, G., & Redondo, M. C. (2022). Is conversion therapy ethical? A renewed discussion in the context of legal efforts to ban it. *Ethics, Medicine and Public Health*, 20, 100732.
- Andreasen, N. C. (2010). Posttraumatic stress disorder: A history and a critique. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1208(1), 67–71.
- APA. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1st Edition). American Psychiatric Association Publishing.
- APA. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd Edition). American Psychiatric Association Publishing.
- APA. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV: Vol. 3rd Edition*. American Psychiatric Association.
- APA. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R* (3rd ed., rev). American Psychiatric Association.
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (Vol. 4th). American Psychiatric Association.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th edition). American Psychiatric Association.
- APA. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American psychologist*, 70(9), 832-864.
- APA. (2021). *Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons*. APA Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons. www.apa.org/about/policy/psychological-practice-sexual-minority-persons.pdf
- APA. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Ashley, F. (2020). A critical commentary on ‘rapid-onset gender dysphoria’. *The Sociological Review*, 68(4), 779-799. <https://doi.org/10.1177/0038026120934693>
- Atkinson, J. R., Kristinsdottir, K. H., Lee, T., & Freestone, M. C. (2024). Comparing the symptom presentation similarities and differences of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder: A systematic review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*.
- Aujoulat, C., Vancappel, A., & Tapia, G. (2024). Efficacité des psychothérapies sur les symptômes dissociatifs en population adulte : Une revue de la littérature PRISMA. *L'Encéphale*.
- Auxéméry, Y. (2018). Post-traumatic psychiatric disorders: PTSD is not the only diagnosis. *La Presse Médicale*, 47(5), 423–430.

- Ayhan, C. H. B., Bilgin, H., Uluman, O. T., Sukut, O., Yilmaz, S., & Buzlu, S. (2020). A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. *International Journal of Health Services*, 50(1), 44-61.
- Baiocco, R., Fontanesi, L., Santamaria, F., Ioverno, S., Baumgartner, E., Cacioppo, M., & Laghi, F. (2014). Parents' reaction to the coming out of their sons : The role for family functioning. *Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 106-106.
- Baiocco, R., Salvati, M., Carone, N., Ioverno, S., Nappa, M., & Pistella, J. (2018). [Positive identity in sexual minorities: A Contribution to the Italian Validation of the Lesbian, Gay, and Bisexual Positive Identity Measure (LGB-PIM)][Identità positiva in persone lesbiche, gay e bisessuali: Un contributo alla validazione Italiana della Lesbian, Gay, and Bisexual Positive Identity Measure (LGB-PIM)]. *IL GIORNALE ITALIANO DI PSICOLOGIA E DI EDUCAZIONE PRENATALE*, 45(4), 953–978.
- Bajos, N., Rahib, D., & Lydié, N. (2018). Baromètre santé 2016. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. *Études et Enquêtes*.
- Balayan, K., Kahloon, M., Tobia, G., Postolova, A., Peek, H., Akopyan, A., Lord, M., Brownstein, A., Aziz, A., & Nwabueze, U. (2014). The impact of posttraumatic stress disorder on the quality of life: A systematic review. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 2(5), 214–233.
- Balsam, K. F., Molina, Y., Beadnell, B., Simoni, J., & Walters, K. (2011). Measuring multiple minority stress: The LGBT People of Color Microaggressions Scale. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 17(2), 163-174. <https://doi.org/10.1037/a0023244>
- Balsam, K. F., Rothblum, E. D., & Beauchaine, T. P. (2005). Victimization over the life span : A comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 477.
- Bandermann, K. M., & Szymanski, D. M. (2014). Exploring coping mediators between heterosexist oppression and posttraumatic stress symptoms among lesbian, gay, and bisexual persons. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(3), Article 3. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1037/sgd0000044>
- Baptist, J. A., & Allen, K. R. (2008). A family's coming out process : Systemic change and multiple realities. *Contemporary Family Therapy*, 30, 92-110.
- Barrett, B. J. (2015). Domestic violence in the LGBT community. In *Encyclopedia of social work*.
- Basting, E. J., Medenblik, A. M., Garner, A. R., Sullivan, J. A., Romero, G. J., Shorey, R. C., & Stuart, G. L. (2024). Intimate Partner Violence Perpetration Among Sexual Minority Young Adults : Associations With Alcohol Use, PTSD Symptoms, Internalized Homophobia, and Heterosexist Discrimination. *Journal of Interpersonal Violence*, 39(1-2), 312-340. <https://doi.org/10.1177/08862605231197152>
- Batchelder, A. W., Foley, J. D., Wirtz, M. R., Mayer, K., & O'Cleirigh, C. (2021). Substance use stigma, avoidance coping, and missed HIV appointments among MSM who use substances. *AIDS and Behavior*, 25, 1454-1463.

- Bauer, G. R., Lawson, M. L., Metzger, D. L., & Trans Youth CAN! Research Team. (2022). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of “rapid onset gender dysphoria”? *The Journal of Pediatrics*, *243*, 224-227.
- Bayrakdar, S., & King, A. (2023). LGBT discrimination, harassment and violence in Germany, Portugal and the UK: A quantitative comparative approach. *Current sociology*, *71*(1), 152-172.
- Beauchemin, C., Ichou, M., & Simon, P. (2023). Trajectoires et Origines 2019-2020 (TeO2) : Présentation d’une enquête sur la diversité des populations en France. *Population (édition française)*, *78*(1), 11-28.
- Begun, S., & Kattari, S. K. (2016). Conforming for survival: Associations between transgender visual conformity/passing and homelessness experiences. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, *28*(1), 54–66.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Rodriguez, G. R., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, *4*(10), e517–e528.
- Belmonte, L. A. (2020). *The international LGBT rights movement: A history*. Bloomsbury Publishing.
- Beltran, R. O., & Silove, D. (1999). Expert opinions about the ICD-10 category of enduring personality change after catastrophic experience. *Comprehensive Psychiatry*, *40*(5), 396–403.
- Ben Salah, A., DeAngelis, B. N., & Al’Absi, M. (2023). Uncertainty and psychological distress during COVID-19: What about protective factors? *Current Psychology*, *42*(25), 21470-21477.
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Lueger-Schuster, B., & Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, *35*(3), 264–274.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., & Hill, E. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, *46*(2), 327–343.
- Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2009). Implications of treating family violence for the therapist : Secondary traumatization, vicarious traumatization, and growth. *Journal of Family Violence*, *24*(7), 507-515.
- Bernhard, A., Martinelli, A., Ackermann, K., Saure, D., & Freitag, C. M. (2018). Association of trauma, posttraumatic stress disorder and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *91*, 153–169.
- Bigner, J. J., & Wetchler, J. L. (2012). *Handbook of LGBT-affirmative couple and family therapy*. Routledge.

- Bing-Canar, H., McNett, S., Gonzalez, A., Ranney, R. M., Paltell, K., Roberson-Nay, R., & Berenz, E. C. (2022). Lifetime trauma endorsement, posttraumatic stress disorder, and alcohol dependence as a function of sexual minority status. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *14*(7), 1149-1157. <https://doi.org/10.1037/tra0000551>
- Birkett, M., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2015). Does it get better? A longitudinal analysis of psychological distress and victimization in lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Journal of adolescent health*, *56*(3), 280-285.
- Bjorkman, M., & Malterud, K. (2012). Lesbian women coping with challenges of minority stress: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, *40*(3), 239-244. <https://doi.org/10.1177/1403494812443608>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, *28*(6), 489-498.
- Bloch, G., Rozmovits, L., & Giambrone, B. (2011). Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health. *BMC Family Practice*, *12*, 1-6.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., & Stiglmayr, C. (2020). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, *77*(12), 1235-1245.
- Bond, M. A., Stone, A. L., Salcido Jr, R., & Schnarrs, P. W. (2021). How often were you traumatized? Reconceptualizing adverse childhood experiences for sexual and gender minorities. *Journal of Affective Disorders*, *282*, 407-414.
- Bonde, J. P., Utzon-Frank, N., Bertelsen, M., Borritz, M., Eller, N., Nordentoft, M., Olesen, K., Rod, N., & Rugulies, R. (2016). Risk of depressive disorder following disasters and military deployment: Systematic review with meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *208*(4), 330-336.
- Bondjers, K., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Willebrand, M., & Arnberg, F. K. (2019). Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: The International Trauma Interview in a Swedish sample. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), 1665617.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, *2*(6), 576-582.
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, *9*(1), 91-121.
- Botha, M., & Frost, D. M. (2020). Extending the minority stress model to understand mental health problems experienced by the autistic population. *Society and Mental Health*, *10*(1), 20-34.

- Bowling, J., Barker, J., Gunn, L. H., & Lace, T. (2020). "It just feels right": Perceptions of the effects of community connectedness among trans individuals. *PloS One*, *15*(10), e0240295.
- Braga, I. F., Oliveira, W. A. de, Silva, J. L. da, Mello, F. C. M. de, & Silva, M. A. I. (2018). Family violence against gay and lesbian adolescents and young people: A qualitative study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(suppl 3), 1220–1227.
- Bresin, K., Nicholas, J. K., Cowand, A. L., Alacha, H. F., Rodriguez, A. M., & Parrott, D. J. (2023). The effects of sexual and gender minority stress on relationship functioning: A meta-analysis. *Personal Relationships*, *30*(4), 1208–1231.
- Brewin, C. R. (2020). Complex post-traumatic stress disorder : A new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, *26*(3), 145-152.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(5), 748.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., & Rousseau, C. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review*, *58*, 1-15.
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, *22*(5), 366–373.
- Brewin, C. R., Miller, J. K., Soffia, M., Peart, A., & Burchell, B. (2022). Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in UK police officers. *Psychological medicine*, *52*(7), 1287-1295.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, É. (2014). *Psychologie de la santé: Concepts, méthodes et modèles* (2e éd). Dunod.
- Brunet, A., Monson, E., Liu, A., & Fikretoglu, D. (2015). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the Canadian military. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *60*(11), 488–496.
- Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K. A., Schneider, C. L., & Rodriguez, A. (2013). Transgender emotional and coping processes: Facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. *The Counseling Psychologist*, *41*(4), 601–647.
- Budge, S. L., Rossman, H. K., & Howard, K. A. (2014). Coping and psychological distress among genderqueer individuals: The moderating effect of social support. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *8*(1), 95–117.
- Budge, S. L., Thai, J. L., Tebbe, E. A., & Howard, K. A. (2016). The intersection of race, sexual orientation, socioeconomic status, trans identity, and mental health outcomes. *The Counseling Psychologist*, *44*(7), 1025–1049.
- Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Kim, E. A., Langstein, H. N., & Manrique, O. J. (2021). Regret after gender-affirmation surgery: A systematic

- review and meta-analysis of prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery–Global Open*, 9(3), e3477.
- Caceres, B. A., Streed Jr, C. G., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., Poteat, T., Rosendale, N., Ross, L. M., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Peripheral Vascular Disease; and Stroke Council. (2020). Assessing and addressing cardiovascular health in LGBTQ adults: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 142(19), e321-e332.
- Camp, J., Morris, A., Wilde, H., Smith, P., & Rimes, K. (2023). Gender-and sexuality-minoritised adolescents in DBT: a reflexive thematic analysis of minority-specific treatment targets and experience. *the Cognitive Behaviour Therapist*, 16, e36.
- Campbell, T., & van der Meulen Rodgers, Y. (2023). Conversion therapy, suicidality, and running away: An analysis of transgender youth in the US. *Journal of Health Economics*, 89, 102750.
- Cao, Z., Cini, E., Pellegrini, D., & Fragkos, K. C. (2023). The association between sexual orientation and eating disorders-related eating behaviours in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 31(1), 46–64.
- Cardeña, E., & Carlson, E. (2011). Acute stress disorder revisited. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 245–267.
- Carleton, R. N., Afifi, T. O., Taillieu, T., Turner, S., Krakauer, R., Anderson, G. S., MacPhee, R. S., Ricciardelli, R., Cramm, H. A., & Groll, D. (2019). Exposures to potentially traumatic events among public safety personnel in Canada. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 51(1), 37.
- Carlson, E. B., Dalenberg, C., & McDade-Montez, E. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Definitions and review of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 479.
- Carlson, E. B., Waelde, L. C., Palmieri, P. A., Macia, K. S., Smith, S. R., & McDade-Montez, E. (2018). Development and validation of the Dissociative Symptoms Scale. *Assessment*, 25(1), 84-98.
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems : The current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153-213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol'too long : Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92-100.
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79–90.
- Cass, V. C. (1984). Homosexual identity formation: Testing a theoretical model. *Journal of Sex Research*, 20(2), 143–167.

- Castro-Ramirez, F., Al-Suwaidi, M., Garcia, P., Rankin, O., Ricard, J. R., & Nock, M. K. (2021). Racism and poverty are barriers to the treatment of youth mental health concerns. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 50*(4), 534-546.
- Charak, R., Cano-Gonzalez, I., Ronzón-Tirado, R., Ford, J. D., Byllesby, B. M., Shevlin, M., Karatzias, T., Hyland, P., & Cloitre, M. (2023). Factor structure of the international trauma questionnaire in trauma exposed LGBTQ+ adults: Role of cumulative traumatic events and minority stress heterosexist experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 15*(4), 628.
- Charbonnier, & Graziani, P. (2012). La perception de jeunes lesbiennes et gais concernant l'attitude de leurs parents à l'égard de leur homosexualité. *Canadian Journal of Community Mental Health, 30*(2), 31-46.
- Charbonnier, E., & Graziani, P. (2016). The stress associated with the coming out process in the young adult population. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 20*(4), 319-328.
- Clapp, J. D., & Gayle Beck, J. (2009). Understanding the relationship between PTSD and social support: The role of negative network orientation. *Behaviour Research and Therapy, 47*(3), 237-244. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.006>
- Clark, K. A., Kellerman, J. K., Argiros, A. P., Phillips, K. L., Park, E. C., Cyperski, M., Pachankis, J. E., & Kleiman, E. (2024). Real-Time Exposure to Negative News Media and Suicidal Ideation Intensity Among LGBTQ+ Young Adults. *JAMA Pediatrics*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.3133>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 5*(1), 25097.
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress, 32*(6), 833-842.
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 138*(6), 536-546.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. van der, Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress, 22*(5), 399-408.
- Coenen, P., & Van Der Molen, H. F. (2021). What work-related exposures are associated with post-traumatic stress disorder? A systematic review with meta-analysis. *BMJ Open, 11*(8), e049651. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049651>
- Cohen, J. M., Norona, J. C., Yadavia, J. E., & Borsari, B. (2021). Affirmative dialectical behavior therapy skills training with sexual minority veterans. *Cognitive and Behavioral Practice, 28*(1), 77-91.

- Cohler, B. J. (2003). 11. The experience of ambivalence within the family: Young adults “coming out” gay or lesbian and their parents. In *Intergenerational ambivalences: New perspectives on parent-child relations in later life* (Vol. 4, pp. 255–284). Emerald Group Publishing Limited.
- Coleman, E. (1982). Developmental Stages of the Coming Out Process. *Journal of Homosexuality*, 7(2–3), 31–43. https://doi.org/10.1300/J082v07n02_06
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., & Green, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International journal of transgender health*, 23(sup1), S1-S259.
- Collectif Intersexe Activiste. (2018, juillet 3). Intersexe, c’est quoi? *Collectif Intersexe Activiste - OII France*. <https://cia-oii france.org/intersexe-cest-quoi-2/>
- Commone, C., Pistella, J., Pellegrini, V., & Baiocco, R. (2024). Nonbinary people in the family context: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Transgender Health*, 1–23.
- Conseil de l’Europe. (2015). *Droits de l’homme et personnes intersexes. Document thématique publié par le Commissaire aux droits de l’homme du Conseil de l’Europe*.
- Convertino, A. D., Morland, L. A., & Blashill, A. J. (2022). Trauma exposure and eating disorders: Results from a United States nationally representative sample. *International Journal of Eating Disorders*, 55(8), 1079–1089.
- Cotaina, M., Peraire, M., Boscá, M., Echeverria, I., Benito, A., & Haro, G. (2022). Substance use in the transgender population: A meta-analysis. *Brain Sciences*, 12(3), 366.
- Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., & Roberts, N. P. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS medicine*, 17(8), e1003262.
- Craig, S. L., Austin, A., Levenson, J., Leung, V. W., Eaton, A. D., & D’Souza, S. A. (2020). Frequencies and patterns of adverse childhood events in LGBTQ+ youth. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104623.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Jama psychiatry*, 74(4), 319-328.
- D’haese, L., Dewaele, A., & Van Houtte, M. (2015). Coping with antigay violence: In-depth interviews with Flemish LGB adults. *The Journal of Sex Research*, 52(8), 912–923.
- Dalenberg, C., & Carlson, E. B. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part II: How theoretical models fit the empirical evidence and recommendations for modifying the diagnostic criteria for PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(6), 551.

- Davies, R. D., & Davies, M. E. (2020). The (slow) depathologizing of gender incongruence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(2), 152–154.
- Day, N. E., Meglich, P., & Porter, T. H. (2024). Comparing the relationship of workplace bullying and PTSD in bisexual versus monosexual workers. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 11(1), 126-138. <https://doi.org/10.1037/sgd0000586>
- de Lange, J., Baams, L., van Bergen, D. D., Bos, H. M., & Bosker, R. J. (2022). Minority stress and suicidal ideation and suicide attempts among LGBT adolescents and young adults: A meta-analysis. *LGBT Health*, 9(4), 222–237.
- de Lira, A. N., & de Morais, N. A. (2018). Resilience in lesbian, gay, and bisexual (LGB) populations: An integrative literature review. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(3), 272–282.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior : A meta-analysis. *Behavior therapy*, 50(1), 60-72.
- Défenseur des droits (Éd.). (2019). *Inégalités d'accès aux droits et discriminations en France*. la Documentation française.
- Demander un avis éthique à un CER ou à un CPP ?* (s. d.). Consulté 29 août 2024, à l'adresse <https://www.federation-cer.fr/cer-ou-cpp-pas-simple.../comment-savoir-si-on-doit-demander-un-avis-ethique-a-un-cer-ou-a-un-cpp,24565,40663.html>
- Dettlaff, A. J., & Washburn, M. (2018). Lesbian, gay, and bisexual (LGB) youth within in welfare: Prevalence, risk and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 80, 183–193.
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy : A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237-248. <https://doi.org/10.1037/a0022425>
- DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B., & Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 728–744.
- DILCRAH. (2024). *Le respect des droits des personnes intersexes*. <https://www.dilcrah.gouv.fr/actualites/le-respect-des-droits-des-personnes-intersexes>
- DILCRAH. (2024). *Plan national d'actions pour l'égalité, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2023-2026* / DILCRAH. <https://www.dilcrah.gouv.fr/ressources/plan-national-dactions-pour-legalite-contre-la-haine-et-les-discriminations-anti-lgbt-2023-2026>
- Dotan, A., Bachner-Melman, R., & Dahlenburg, S. C. (2021). Sexual orientation and disordered eating in women: A meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 13–25.

- Dowling, B. A., Grigsby, T. J., Ziomek, G. J., & Schnarrs, P. W. (2023). Substance use outcomes for sexual and gender minority adults with a history of adverse childhood experiences: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence Reports, 6*, 100129.
- Drabish, K., & Theeke, L. A. (2022). Health impact of stigma, discrimination, prejudice, and bias experienced by transgender people: A systematic review of quantitative studies. *Issues in Mental Health Nursing, 43*(2), 111–118.
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 427–460.
- Dryden-Mead, T., Nelson, B., & Bendall, S. (2022). “They may be confronting but they are good questions to be asking” young people’s experiences of completing a trauma and PTSD screening tool in an early psychosis program. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 95*(4), 1090-1107.
- Dürrbaum, T., & Sattler, F. A. (2020). Minority stress and mental health in lesbian, gay male, and bisexual youths: A meta-analysis. *Journal of LGBT Youth, 17*(3), 298–314.
- Elliffe, R., & Holt, S. (2019). Reconceptualizing the child victim in the police response to domestic violence. *Journal of family violence, 34*, 589-600.
- Ellis, É., & Gutierrez, D. (2024). The trauma-suicide connection among racial and ethnically diverse lesbian, gay, and bisexual adults : Examining the roles of intersectional discrimination and complex posttraumatic stress disorder. *Sexual and Gender Diversity in Social Services, 1-28*.
- Ellis, É., Wieling, E., & Tate, A. (2024). Complex posttraumatic stress disorder links trauma exposure and suicidal behaviors among sexual minority populations : A new target in suicide prevention? *Journal of homosexuality, 71*(10), 2300-2318.
- Ellison, L., & Munro, V. E. (2017). Taking trauma seriously : Critical reflections on the criminal justice process. *The International Journal of Evidence & Proof, 21*(3), 183-208. <https://doi.org/10.1177/1365712716655168>
- Erlangsen, A., Jacobsen, A. L., Ranning, A., Delamare, A. L., Nordentoft, M., & Frisch, M. (2023). Transgender identity and suicide attempts and mortality in Denmark. *Jama, 329*(24), 2145–2153.
- Escobar-Viera, C. G., Shensa, A., Sidani, J., Primack, B., & Marshal, M. P. (2020). Association between LGB sexual orientation and depression mediated by negative social media experiences : National survey study of US young adults. *JMIR Mental Health, 7*(12), e23520.
- EUAFR. (2024, avril 29). *LGBTIQ at a crossroads : Progress and challenges*. European Union Agency for Fundamental Rights. <https://fra.europa.eu/en/publication/2024/lgbtiq-crossroads-progress-and-challenges>
- Evans, G. W., & Kim, P. (2007). Childhood poverty and health : Cumulative risk exposure and stress dysregulation. *Psychological science, 18*(11), 953-957.

- Evans-Polce, R. J., Kcomt, L., Veliz, P. T., Boyd, C. J., & McCabe, S. E. (2020). Alcohol, Tobacco, and Comorbid Psychiatric Disorders and Associations With Sexual Identity and Stress-Related Correlates. *American Journal of Psychiatry*, *177*(11), 1073-1081. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20010005>
- Exposito-Campos, P., Pérez-Fernández, J. I., & Salaberria, K. (2023). Empirically supported affirmative psychological interventions for transgender and non-binary youth and adults: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *100*, 102229.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245–258.
- Fernandes, V., & Osório, F. L. (2015). Are there associations between early emotional trauma and anxiety disorders? Evidence from a systematic literature review and meta-analysis. *European Psychiatry*, *30*(6), 756–764.
- Ferrajão, P., Dias, J., & Elklit, A. (2022). Defense mechanisms mediate associations between exposure to adverse childhood experiences and anxiety and depression in Kenyan adolescents. *Traumatology*.
- First, M. B. (2014). Structured clinical interview for the DSM (SCID). *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1–6.
- Fitch, C., Shepard, C., Foley, J., Ironson, G., Safren, S., Carrico, A., Rodriguez, A., & O’Cleirigh, C. (2022). Association of positive psychobehavioral factors and structural disadvantage with condomless sex in men who have sex with men with childhood sexual abuse histories. *Journal of Behavioral Medicine*, *45*(1), 90-102. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00251-9>
- Fondation Le Refuge. (2024). *Ressources—Fondation Le Refuge*. <https://le-refuge.org/ressources/>
- Forsythe, A., Pick, C., Tremblay, G., Malaviya, S., Green, A., & Sandman, K. (2022). Humanistic and economic burden of conversion therapy among LGBTQ youths in the United States. *JAMA Pediatrics*, *176*(5), 493–501.
- Frans, Ö., Rimmö, P., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(4), 291–290.
- Frazer, S., & Howe, E. (2015). Transgender health and economic insecurity : A report from the 2015 LGBT Health and Human Services Needs Assessment Survey. *New York, NY: Empire State Pride Agenda*.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Simoni, J. M., Kim, H.-J., Lehavot, K., Walters, K. L., Yang, J., Hoy-Ellis, C. P., & Muraco, A. (2014). The health equity promotion model : Reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities. *American Journal of Orthopsychiatry*, *84*(6), 653-663. <https://doi.org/10.1037/ort0000030>

- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health, 101*(8), 1481–1494.
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology, 51*, 101579.
- Fulton, J. J., Calhoun, P. S., Wagner, H. R., Schry, A. R., Hair, L. P., Feeling, N., Elbogen, E., & Beckham, J. C. (2015). The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) Veterans: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 31*, 98–107. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.003>
- Fung, H. W., Chien, W. T., Lam, S. K. K., & Ross, C. A. (2023). The relationship between dissociation and complex post-traumatic stress disorder: A scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse, 24*(5), 2966-2982.
- Gandubert, C., Scali, J., Ancelin, M., Carrière, I., Dupuy, A., Bagnolini, G., Ritchie, K., Sebanne, M., Martrille, L., & Baccino, E. (2016). Biological and psychological predictors of posttraumatic stress disorder onset and chronicity. A one-year prospective study. *Neurobiology of Stress, 3*, 61–67.
- Garaigordobil, M., & Larrain, E. (2020). Bullying and cyberbullying in LGBT adolescents: Prevalence and effects on mental health. *Comunicar, 28*(62), 79-90.
- Garcia Saiz, E., Sarda, V., Pletta, D. R., Reisner, S. L., & Katz-Wise, S. L. (2021). Family functioning as a protective factor for sexual risk behaviors among gender minority adolescents. *Archives of Sexual Behavior, 50*(7), 3023–3033.
- Gardner, M. J., Thomas, H. J., & Erskine, H. E. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 96*, 104082.
- Garo, L., Allen-Handy, A., & Lewis, C. W. (2018). Race, poverty, and violence exposure: A critical spatial analysis of African American trauma vulnerability and educational outcomes in Charlotte, North Carolina. *Journal of Negro Education, 87*(3), 246-269.
- Gauld, C. (2021). *Les réseaux de symptômes en psychopathologie: Enjeux théoriques, méthodologiques et sémiologiques*. UGA éditions.
- Gelezelyte, O., Roberts, N. P., Kvedaraite, M., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Cloitre, M., Kairyte, A., Karatzias, T., Shevlin, M., & Kazlauskas, E. (2022). Validation of the international trauma interview (ITI) for the clinical assessment of ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian sample. *European Journal of Psychotraumatology, 13*(1), 2037905.
- George, E., & Engel, L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry, 137*(5), 535–544.

- Goddard, C., & Bedi, G. (2010). Intimate partner violence and child abuse : A child-centred perspective. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, 19(1), 5-20.
- Goldbach, J. T., Tanner-Smith, E. E., Bagwell, M., & Dunlap, S. (2014). Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: A meta-analysis. *Prevention Science*, 15, 350–363.
- Golitaleb, M., Mazaheri, E., Bonyadi, M., & Sahebi, A. (2022). Prevalence of post-traumatic stress disorder after flood: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 13, 890671.
- Gonzalez, K. A., Pulice-Farrow, L., & Abreu, R. L. (2022). “In the voices of people like me”: LGBTQ coping during Trump’s administration. *The Counseling Psychologist*, 50(2), 212–240.
- Grocott, L. R., Schlechter, T. E., Wilder, S. M. J., O’Hair, C. M., Gidycz, C. A., & Shorey, R. C. (2023). Social Support as a Buffer of the Association between Sexual Assault and Trauma Symptoms Among Transgender and Gender Diverse Individuals. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(1/2), NP1738-NP1761. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1177/08862605221092069>
- Grossman, A. H., Haney, A. P., Edwards, P., Alessi, E. J., Ardon, M., & Howell, T. J. (2009). Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth Talk about Experiencing and Coping with School Violence : A Qualitative Study. *Journal of LGBT Youth*, 6(1), 24-46. <https://doi.org/10.1080/19361650802379748>
- Guittar, N. A. (2013). The meaning of coming out: From self-affirmation to full disclosure. *Qualitative Sociology Review*, 9(3), 168–187.
- Guzman Torres, E., Krause-Utz, A., & Sack, M. (2023). Predictors of complex PTSD: The role of trauma characteristics, dissociation, and comorbid psychopathology. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1), 1.
- H. Logie, C., Lee-Foon, N., Jones, N., Mena, K., Levermore, K., Newman, P. A., Andrinopoulos, K., & Baral, S. (2016). Exploring lived experiences of violence and coping among lesbian, gay, bisexual and transgender youth in Kingston, Jamaica. *International Journal of Sexual Health*, 28(4), 343–353.
- Haarmann, L., Folkerts, A.-K., Lieker, E., Eichert, K., Neidlinger, M., Monsef, I., Skoetz, N., Träuble, B., & Kalbe, E. (2023). Comprehensive systematic review and meta-analysis on physical health conditions in lesbian-and bisexual-identified women compared with heterosexual-identified women. *Women’s Health*, 19, 17455057231219610.
- Haarmann, L., Lieker, E., Folkerts, A.-K., Eichert, K., Neidlinger, M., Monsef, I., Skoetz, N., Träuble, B., & Kalbe, E. (2024). Higher risk of many physical health conditions in sexual minority men: Comprehensive systematic review and meta-analysis in gay-and bisexual-identified compared with heterosexual-identified men. *LGBT Health*, 11(2), 81–102.

- Hagenaars, M. A., Fisch, I., & van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *Journal of affective disorders*, *132*(1-2), 192-199.
- Hailey, J., Burton, W., & Arscott, J. (2020). We are family: Chosen and created families as a protective factor against racialized trauma and anti-LGBTQ oppression among African American sexual and gender minority youth. *Journal of GLBT Family Studies*, *16*(2), 176–191.
- Hall, W. J., Dawes, H. C., & Plocek, N. (2021). Sexual orientation identity development milestones among lesbian, gay, bisexual, and queer people: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *12*, 753954.
- Halpern, S. C., Schuch, F. B., Scherer, J. N., Sordi, A. O., Pachado, M., Dalbosco, C., Fara, L., Pechansky, F., Kessler, F., & Von Diemen, L. (2018). Child maltreatment and illicit substance abuse: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse Review*, *27*(5), 344–360.
- Hamer, R., Bestel, N., & Mackelprang, J. L. (2024). Dissociative symptoms in complex posttraumatic stress disorder : A systematic review. *Journal of Trauma & Dissociation*, *25*(2), 232-247.
- Hannema, S. E., Klink, D. T., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2022). Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: A cohort study in the Netherlands. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *6*(12), 869–875.
- Haro, J. M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T. S., De Girolamo, G., Guyer, M. E., Jin, R., Lepine, J. P., Mazzi, F., Reneses, B., & Vilagut, G. (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *15*(4), 167–180.
- Harris, J., Loth, E., & Sethna, V. (2024). Tracing the paths: A systematic review of mediators of complex trauma and complex post-traumatic stress disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1331256.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, *135*(5), 707.
- Hay, P., Aouad, P., Le, A., Marks, P., Maloney, D., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Epidemiology of eating disorders : Population, prevalence, disease burden and quality of life informing public policy in Australia—A rapid review. *Journal of Eating Disorders*, *11*(1), 23.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., Diamond, G. M., Escudero, V., & Pinsof, W. M. (2015). 25 Years of systemic therapies research : Progress and promise. *Psychotherapy Research*, *25*(3), 348-364. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.983208>
- Henderson, E. R., Goldbach, J. T., & Blosnich, J. R. (2022). Social determinants of sexual and gender minority mental health. *Current Treatment Options in Psychiatry*, *9*(3), 229-245.

- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—From domestic abuse to political terror*. Hachette uK.
- Héron, A. M. (2020, janvier 22). La loi Jardé en 4 minutes. *SoEpidemio*. <https://soepidemio.com/2020/01/22/la-loi-jarde-en-4-minutes/>
- Ho, G. W., Chan, K. L., Karatzias, T., Hyland, P., Fung, H. W., & Shevlin, M. (2024). Prevalence and validity of ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD: A population-based survey of Hong Kong adults. *Asian Journal of Psychiatry*, 96, 104045.
- Holmes, S. C., Facemire, V. C., & DaFonseca, A. M. (2016). Expanding criterion a for posttraumatic stress disorder: Considering the deleterious impact of oppression. *Traumatology*, 22(4), 314.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366.
- Hughes, K., Ford, K., Bellis, M. A., Glendinning, F., Harrison, E., & Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 6(11), e848–e857.
- Hughto, J. M., Meyers, D. J., Mimiaga, M. J., Reisner, S. L., & Cahill, S. (2022). Uncertainty and confusion regarding transgender non-discrimination policies: Implications for the mental health of transgender Americans. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(3), 1069-1079.
- Hughto, J. M., Pletta, D., Gordon, L., Cahill, S., Mimiaga, M. J., & Reisner, S. L. (2021). Negative transgender-related media messages are associated with adverse mental health outcomes in a multistate study of transgender adults. *LGBT health*, 8(1), 32-41.
- Husky, M. M., Lépine, J., Gasquet, I., & Kovess-Masfety, V. (2015). Exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder in France: Results from the WMH survey. *Journal of Traumatic Stress*, 28(4), 275-282.
- Hyland, P., Hamer, R., Fox, R., Vallières, F., Karatzias, T., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2024). Is dissociation a fundamental component of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder? *Journal of Trauma & Dissociation*, 25(1), 45–61.
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., & Brewin, C. R. (2021). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for DSM-5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(2), 133.

- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., Christoffersen, M., & Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: The role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 727–736.
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., & Karatzias, T. (2018). Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and behavioral correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 174–180.
- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: Prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 649–658.
- IFOP. (2019). *Le regard des Français sur l'homosexualité et la place des LGBT dans la société*. IFOP. <https://www.ifop.com/publication/observatoire-des-lgbtphobies-le-regard-des-francais-sur-lhomosexualite-et-la-place-des-lgbt-dans-la-societe/>
- IFOP. (2019). *OBSERVATOIRE DES LGBT PHOBIES: État des lieux 2019*. IFOP. <https://www.ifop.com/publication/observatoire-des-lgbtphobies-etat-des-lieux-2019/>
- Iniewicz, G., Sałapa, K., Wrona, M., & Marek, N. (2017). Minority stress among homosexual and bisexual individuals – from theoretical concepts to research tools: The Sexual Minority Stress Scale. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 19(3), 69–80. <https://doi.org/10.12740/APP/75483>
- IPSOS. (2023). *IPSOS LGBT+ Pride 2023* (p. 43).
- IPSOS. (2023, juin 1). *Pride month 2023: 9 % of adults identify as LGBT+ | Ipsos*. <https://www.ipsos.com/en/pride-month-2023-9-of-adults-identify-as-lgbt>
- IPSOS. (2024). *IPSOS LGBT+ Pride 2024: A 26-Country Ipsos Global Advisor Survey* (p. 58). <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2024-05/GA%20Pride%202024.pdf>
- IPSOS. (2024, octobre 11). *82 % des personnes ayant reçu un coming out ont une bonne image des personnes LGBT+ | Ipsos*. <https://www.ipsos.com/fr-fr/82-des-personnes-ayant-reçu-un-coming-out-ont-une-bonne-image-des-personnes-lgbt>
- Izzo, F., Baiocco, R., & Pistella, J. (2022). Children's and adolescents' happiness and family functioning: A systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16593.
- Jackson, S. S., Brown, J., Pfeiffer, R. M., Shrewsbury, D., O'Callaghan, S., Berner, A. M., Gadalla, S. M., & Shiels, M. S. (2023). Analysis of mortality among transgender and gender diverse adults in England. *JAMA Network Open*, 6(1), e2253687–e2253687.
- Jackson. (2017). “Connection is the antidote”: Psychological distress, emotional processing, and virtual community building among LGBTQ students after the Orlando shooting. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(2), 160.

- Jadva, V., Guasp, A., Bradlow, J., Bower-Brown, S., & Foley, S. (2023). Predictors of self-harm and suicide in LGBT youth: The role of gender, socio-economic status, bullying and school experience. *Journal of Public Health, 45*(1), 102–108.
- Jadwin-Cakmak, L. A., Pingel, E. S., Harper, G. W., & Bauermeister, J. A. (2015). Coming out to dad: Young gay and bisexual men's experiences disclosing same-sex attraction to their fathers. *American Journal of Men's Health, 9*(4), 274–288.
- Jaffe, A. E., DiLillo, D., Hoffman, L., Haikalis, M., & Dykstra, R. E. (2015). Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical psychology review, 40*, 40-56.
- James, Herman, J., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 US transgender survey*. National Center for Transgender Equality [NCTE].
- James, S. E., Herman, J. L., Durso, L. E., & Heng-Lehtinen, R. (2024). *Early insights: A report of the 2022 US transgender survey*.
- Jannini, T. B., Longo, L., Rossi, R., Niolu, C., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2023). Complex post-traumatic stress disorder (cPTSD) and suicide risk: A multigroup mediation analysis exploring the role of post-traumatic symptomatology on hopelessness. *Journal of psychiatric research, 165*, 165-169.
- Jellestad, L., Vital, N. A., Malamud, J., Taeymans, J., & Mueller-Pfeiffer, C. (2021). Functional impairment in posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 136*, 14–22.
- Johnson, R. J., Antonaccio, O., Botchkovar, E., & Hobfoll, S. E. (2022). War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: Comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 57*(9), 1807–1816. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02176-9>
- Jonas, L., Salazar de Pablo, G., Shum, M., Nosarti, C., Abbott, C., & Vaquerizo-Serrano, J. (2022). A systematic review and meta-analysis investigating the impact of childhood adversities on the mental health of LGBT+ youth. *JCPP advances, 2*(2), e12079.
- Jones, M. S., & Worthen, M. G. (2023). Measuring the prevalence and impact of adverse childhood experiences in the lives of LGBTQ individuals: A much-needed expansion. *Child Abuse & Neglect, 106*560.
- Jouriles, E. N., Johnson, E., Rancher, C., Johnson, J. L., Cook, K., & McDonald, R. (2024). Adolescents who have been sexually abused: Trauma symptoms and self-blame while waiting for treatment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 53*(4), 680-689.
- Jowett, S., Karatzias, T., & Albert, I. (2020). Multiple and interpersonal trauma are risk factors for both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A systematic review on the traumatic backgrounds and clinical characteristics of comorbid post-traumatic stress disorder/borderline personality disorder groups versus single-disorder groups. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 93*(3), 621–638.

- Kaniuka, A., Pugh, K. C., Jordan, M., Brooks, B., Dodd, J., Mann, A. K., Williams, S. L., & Hirsch, J. K. (2019). Stigma and suicide risk among the LGBTQ population: Are anxiety and depression to blame and can connectedness to the LGBTQ community help? *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 23*(2), 205–220.
- Karatekin, C., Mason, S. M., Riegelman, A., Bakker, C., Hunt, S., Gresham, B., Corcoran, F., & Barnes, A. (2022). Adverse childhood experiences: A scoping review of measures and methods. *Children and Youth Services Review, 136*, 106425.
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Shevlin, M. (2019). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depression and Anxiety, 36*(9), 887–894.
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., & Coventry, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine, 49*(11), 1761-1775.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Cloitre, M., Busuttill, W., Graham, K., Hendrikx, L., Hyland, P., Biscoe, N., & Murphy, D. (2024). Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation versus Treatment as Usual for ICD-11 Complex PTSD: A Pilot Randomised Controlled Trial (The RESTORE Trial). *Psychotherapy and Psychosomatics, 93*(3), 203-215. <https://doi.org/10.1159/000538428>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Ford, J. D., Fyvie, C., Grandison, G., Hyland, P., & Cloitre, M. (2022). Childhood trauma, attachment orientation, and complex PTSD (CPTSD) symptoms in a clinical sample: Implications for treatment. *Development and Psychopathology, 34*(3), 1192-1197. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001509>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders, 207*, 181–187.
- Karimov-Zwienenberg, M., Symphor, W., Peraud, W., & Décamps, G. (2024). Childhood trauma, PTSD/CPTSD and chronic pain: A systematic review. *PloS one, 19*(8), e0309332.
- Karl, A., Schaefer, M., Malta, L. S., Dörfel, D., Rohleder, N., & Werner, A. (2006). A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 30*(7), 1004–1031.
- Kasprowski, D., Fischer, M., Chen, X., de Vries, L., Kroh, M., Kühne, S., Richter, D., & Zindel, Z. (2021). LGBTQI* people in Germany face staggering health disparities. *DIW Weekly Report, 11*(5/6), 42-50.
- Kattari, S. K., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Langenderfer-Magruder, L., & Ramos, D. (2016). Policing gender through housing and employment discrimination: Comparison of discrimination experiences of transgender and cisgender LGBTQ individuals. *Journal of the Society for Social Work and Research, 7*(3), 427-447.

- Katz-Wise, S. L., & Hyde, J. S. (2012). Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: A meta-analysis. *Journal of Sex Research, 49*(2–3), 142–167.
- Katz-Wise, S. L., Ehrensaft, D., Veters, R., Forcier, M., & Austin, S. B. (2018). Family functioning and mental health of transgender and gender-nonconforming youth in the trans teen and family narratives project. *The Journal of Sex Research, 55*(4–5), 582–590.
- Katz-Wise, S. L., Rosario, M., & Tsappis, M. (2016). Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth and family acceptance. *Pediatric Clinics, 63*(6), 1011-1025.
- Keating, L., & Muller, R. T. (2019). Lgbtq+ based discrimination is associated with ptsd symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among lgbtq+ adults who have experienced trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675222>
- Keating, L., & Muller, R. T. (2020). LGBTQ+ based discrimination is associated with ptsd symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among LGBTQ+ adults who have experienced trauma. *Journal of Trauma & Dissociation, 21*(1), 124-141.
- Kessler, R. C. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., & Ferry, F. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup5), 1353383.
- Kia, H., Robinson, M., MacKay, J., & Ross, L. E. (2020). Poverty in lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and two-spirit (LGBTQ2S+) populations in Canada: An intersectional review of the literature. *Journal of Poverty and Social Justice, 28*(1), 21-54.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 537–547.
- Kirkinis, K., Pieterse, A. L., Martin, C., Agiliga, A., & Brownell, A. (2021). Racism, racial discrimination, and trauma: A systematic review of the social science literature. *Ethnicity & Health, 26*(3), 392–412.
- Klest, B. (2012). Childhood trauma, poverty, and adult victimization. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(3), 245.
- Kline, N. K., Berke, D. S., Rhodes, C. A., Steenkamp, M. M., & Litz, B. T. (2021). Self-blame and PTSD following sexual assault: A longitudinal analysis. *Journal of interpersonal violence, 36*(5-6), NP3153-NP3168.

- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K., Bromet, E., Stein, D., Karam, E. G., Ruscio, A. M., Benjet, C., & Scott, K. (2017). Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys. *Psychological Medicine, 47*(13), 2260–2274.
- Kohnepoushi, P., Nikouei, M., Cheraghi, M., Hasanabadi, P., Rahmani, H., Moradi, M., Moradi, G., Moradpour, F., & Moradi, Y. (2023). Prevalence of suicidal thoughts and attempts in the transgender population of the world: A systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry, 22*(1), 28.
- Kornhaber, R., Childs, C., & Cleary, M. (2018). Experiences of guilt, shame and blame in those affected by burns : A qualitative systematic review. *Burns, 44*(5), 1026-1039.
- Lagrange, C., Brunelle, J., Poirier, F., Pellerin, H., Mendes, N., Mamou, G., Forno, N., Woestelandt, L., Cohen, D., & Condat, A. (2023). Profils cliniques et prise en charge des enfants et adolescents transgenres dans une consultation spécialisée d’Île-de-France. *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence, 71*(5), 270-280.
- Lam, S. K. K., Ng, A. S. Y., Zhou, C. R., Hung, S. L., & Fung, H. W. (2023). Persistence and psychological predictors of ICD-11 complex PTSD: A six-month longitudinal study in Hong Kong. *Journal of Loss and Trauma, 1*–21.
- Lamer, A., Carette, F., Mobi, H., Warembourg, I., Amariei, A., Saint-Dizier, C., & Bubrovsky, M. (2024). Organization of French outpatient psychiatric clinics and delay to appointment. *L’Encéphale, 50*(4), 465-468.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.09.005>
- Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., Schoenbuecher, V., & Mohler-Kuo, M. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: A national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress, 26*(2), 209–216.
- Larsen, S. E., & Berenbaum, H. (2018). Did the DSM-5 improve the traumatic stressor criterion?: Association of DSM-IV and DSM-5 criterion a with posttraumatic stress disorder symptoms. *Psychopathology, 50*(6), 373–378.
- LaSala, M. C. (2000). Lesbians, gay men, and their parents: Family therapy for the coming-out crisis. *Family process, 39*(1), 67-81.
- Lasiuk, G. C., & Hegadoren, K. (2006). Posttraumatic stress disorder part I: Historical development of the concept. *Perspectives in Psychiatric Care, 42*(1), 13–20.
- Laughney, C. I., Lee, Y. G., Paine, E. A., & Wu, E. (2024). Posttraumatic stress disorder mediating associations between child sexual abuse and substance use among transgender adults in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry. <https://doi.org/10.1037/ort0000761>*
- Laurel Franklin, C., Raines, A. M., & Hurlocker, M. C. (2019). No trauma, no problem: Symptoms of posttraumatic stress in the absence of a criterion a stressor. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 41*, 107–111.
- Lavandier, A., Peraud, W., Hebrard, L., Tortes Saint-Jammes, J., Tarquinio, C., & Brennstuhl, M.-J. (Soumis). Complex Post-Traumatic Stress Disorder: Definition and conceptual

- interrogation—A scoping review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lee, W. Y., Hobbs, J. N., Hobaica, S., DeChants, J. P., Price, M. N., & Nath, R. (2024). State-level anti-transgender laws increase past-year suicide attempts among transgender and non-binary young people in the USA. *Nature Human Behaviour*, 1-11.
- Leiva-Bianchi, M., Nvo-Fernandez, M., Villacura-Herrera, C., Mino-Reyes, V., & Parra, N. (2023). What are the predictive variables that increase the risk of developing a complex trauma? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*.
- Leonhardt, A., Fuchs, M., Gander, M., & Sevecke, K. (2024). Gender dysphoria in adolescence : Examining the rapid-onset hypothesis. *Neuropsychiatrie*. <https://doi.org/10.1007/s40211-024-00500-8>
- Lépine, O., Brillon, P., & Lebel, S. (2023). Interpersonal trauma in gay men : A systematic review of post-aggression risk and protective factors for PTSD. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 1-27.
- Les grandes dates de l'histoire LGBT+ en France*. (2019, October 4). C'est comme ça. <https://cestcommeça.net/mes-droits/les-grandes-dates-de-lhistoire-lgbt-en-france/>
- Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S., & Chambers, C. T. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *The journal of pain*, 11(11), 1027-1038.
- Lindley, L., & Bauerband, L. (2023). The mediating role of avoidant and facilitative coping on the relation between discrimination and alcohol use among transgender and gender-diverse individuals. *Transgender Health*, 8(6), 500–508.
- Lippold, M. A., Hall, W., Williams, D. Y., Jenkins, M., Dawes, H., & Mills-Koonce, R. (2024). Parenting and Queer Youth Mental Health and Substance Use: A Systematic Review and Meta-analysis. *Adolescent Research Review*, 1–24.
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One*, 13(8), e0202330.
- Liu, R. T., Sheehan, A. E., Walsh, R. F., Sanzari, C. M., Cheek, S. M., & Hernandez, E. M. (2019). Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 74, 101783.
- Livingston, N. A., Berke, D., Scholl, J., Ruben, M., & Shipherd, J. C. (2020). Addressing diversity in PTSD treatment : Clinical considerations and guidance for the treatment of PTSD in LGBTQ populations. *Current treatment options in psychiatry*, 7, 53-69.
- Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, 2012-300 (2012).

- Loignon, C., Hudon, C., Goulet, É., Boyer, S., De Laat, M., Fournier, N., Grabovschi, C., & Bush, P. (2015). Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: The EQUIhealThY project. *International journal for equity in health, 14*, 1-11.
- Lorås, L., Bertrando, P., & Ness, O. (2017). Researching systemic therapy history : In search of a definition. *Journal of Family Psychotherapy, 28*(2), 134-149.
- Lorenz, K., Kirkner, A., & Ullman, S. E. (2019). A Qualitative Study Of Sexual Assault Survivors' Post-Assault Legal System Experiences. *Journal of Trauma & Dissociation, 20*(3), 263-287. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1592643>
- Love, H. (2014). Queer. *Transgender Studies Quarterly, 1*(1-2), 172-176.
- Lynn, S. J., Polizzi, C., Merckelbach, H., Chiu, C.-D., Maxwell, R., van Heugten, D., & Lilienfeld, S. O. (2022). Dissociation and dissociative disorders reconsidered: Beyond sociocognitive and trauma models toward a transtheoretical framework. *Annual Review of Clinical Psychology, 18*(1), 259-289.
- Lyons, A. (2015). Resilience in lesbians and gay men: A review and key findings from a nationwide Australian survey. *International Review of Psychiatry, 27*(5), 435-443.
- Macia, K. S., Carlson, E. B., Palmieri, P. A., Smith, S. R., Anglin, D. M., Ghosh Ippen, C., Lieberman, A. F., Wong, E. C., Schell, T. L., & Waelde, L. C. (2023). Development of a brief version of the Dissociative Symptoms Scale and the reliability and validity of DSS-B scores in diverse clinical and community samples. *Assessment, 30*(7), 2058-2073.
- MacKenzie, D., Huntington, A., & Gilmour, J. A. (2009). The experiences of people with an intersex condition: A journey from silence to voice. *Journal of Clinical Nursing, 18*(12), 1775-1783.
- Madigan, S., Deneault, A., Racine, N., Park, J., Thiemann, R., Zhu, J., Dimitropoulos, G., Williamson, T., Fearon, P., & Cénat, J. M. (2023). Adverse childhood experiences: A meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry, 22*(3), 463-471.
- Madrigal-Borloz. (2020, May 1). *A/HRC/44/53: Pratique des thérapies dites « de conversion » - Rapport de l'Expert indépendant sur la protection contre la violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre*. OHCHR. <https://www.ohchr.org/fr/documents/thematic-reports/practices-so-called-conversion-therapyreport-independent-expert>
- Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 8*, 1-4.
- Maercker, A., Bernays, F., Rohner, S. L., & Thoma, M. V. (2022). A cascade model of complex posttraumatic stress disorder centered on childhood trauma and maltreatment, attachment, and socio-interpersonal factors. *Journal of Traumatic Stress, 35*(2), 446-460. <https://doi.org/10.1002/jts.22756>

- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The lancet*, *400*(10345), 60-72.
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., & Kliem, S. (2018). ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *206*(4), 270–276.
- Magruder, K. M., McLaughlin, K. A., & Elmore Borbon, D. L. (2017). Trauma is a public health issue. *European journal of psychotraumatology*, *8*(1), 1375338.
- Maji, S., Yadav, N., & Gupta, P. (2024). LGBTQ+ in workplace : A systematic review and reconsideration. *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal*, *43*(2), 313-360.
- Malik, S., Master, Z., Parker, W., DeCoster, B., & Campo-Engelstein, L. (2019). In Our Own Words : A Qualitative Exploration of Complex Patient-Provider Interactions in an LGBTQ Population. *Canadian Journal of Bioethics*, *2*(2), 83-93. <https://doi.org/10.7202/1062305ar>
- Mara, L.-C., Ginieis, M., & Brunet-Icart, I. (2021). Strategies for coping with LGBT discrimination at work : A systematic literature review. *Sexuality Research and Social Policy*, *18*, 339-354.
- Marchi, M., Arcolin, E., Fiore, G., Travascio, A., Uberti, D., Amaddeo, F., Converti, M., Fiorillo, A., Mirandola, M., & Pinna, F. (2022). Self-harm and suicidality among LGBTIQ people: A systematic review and meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, *34*(3–4), 240–256.
- Marchi, M., Travascio, A., Uberti, D., De Micheli, E., Grenzi, P., Arcolin, E., Pingani, L., Ferrari, S., & Galeazzi, G. M. (2023). Post-traumatic stress disorder among LGBTQ people: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *32*, e44.
- Marchi, M., Travascio, A., Uberti, D., De Micheli, E., Quartaroli, F., Laquatra, G., Grenzi, P., Pingani, L., Ferrari, S., & Fiorillo, A. (2024). Microaggression toward LGBTIQ people and implications for mental health : A systematic review. *International journal of social psychiatry*, *70*(1), 23-35.
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., Bukstein, O. G., & Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: A meta-analysis and methodological review. *Addiction*, *103*(4), 546-556.
- Martins, P., Potard, C., Gohier, B., & Lignier, B. (2024). Definitions and Measurement Tools for Assessing Parental Reactions to LGB People Coming Out: A Critical Review. *Journal of Homosexuality*, 1–22.
- Marx, B. P., Hall-Clark, B., Friedman, M. J., Holtzheimer, P., & Schnurr, P. P. (2024). The PTSD Criterion A debate: A brief history, current status, and recommendations for moving forward. *Journal of Traumatic Stress*, *37*(1), 5–15.
- Masa, R., Shangani, S., Baruah, D., & Operario, D. (2024). The Association of Food Insecurity, Mental Health, and Healthcare Access and Use Among Lesbian, Gay, and

- Bisexual Adults in the United States: Results From the 2021 National Health Interview Survey. *American Journal of Health Promotion*, 38(1), 68-79. <https://doi.org/10.1177/08901171231211134>
- Matthews, A. K., Breen, E., & Kittiteerasack, P. (2018). Social Determinants of LGBT Cancer Health Inequities. *Seminars in Oncology Nursing*, 34(1), 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.11.001>
- McCarthy, L., & Parr, S. (2022). Is LGBT homelessness different? Reviewing the relationship between LGBT identity and homelessness. *Housing Studies*, 1–19.
- McConnell, E. A., Birkett, M., & Mustanski, B. (2016). Families matter: Social support and mental health trajectories among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(6), 674–680.
- McGeough, B. L., & Sterzing, P. R. (2018). A systematic review of family victimization experiences among sexual minority youth. *The Journal of Primary Prevention*, 39(5), 491–528.
- McGinty, G., Fox, R., & Hyland, P. (2023). Assessing prevalence, validity, and correlates of ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in Ireland. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- McGuire, J. (2022). “We Are Not Ill”: A History and Analysis of LGBT Pathologization. *Revue YOUR Review (York Online Undergraduate Research)*.
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., Healy, C., O’Donnell, L., & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder : A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 189-205.
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815–830.
- Mendos, L. R. (2019). State-sponsored homophobia. *ILGA, Geneva*.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674.
- Meyer, I. H. (2020). Rejection sensitivity and minority stress: A challenge for clinicians and interventionists. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2287–2289.
- Mezza, F., Mezzalira, S., Pizzo, R., Maldonato, N. M., Bochicchio, V., & Scandurra, C. (2024). Minority stress and mental health in European transgender and gender diverse people : A systematic review of quantitative studies. *Clinical Psychology Review*, 107, 102358. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102358>

- Mills, K. L., McFarlane, A. C., Slade, T., Creamer, M., Silove, D., Teesson, M., & Bryant, R. (2011). Assessing the prevalence of trauma exposure in epidemiological surveys. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(5), 407–415.
- Mills-Koonce, W. R., Rehder, P. D., & McCurdy, A. L. (2018). The significance of parenting and parent–child relationships for sexual and gender minority adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, *28*(3), 637–649.
- Ministère de l'Intérieur. (2022). *Rapport d'enquête « Vécu et ressenti en matière de sécurité » 2022, victimation—Délinquance et sentiment d'insécurité*. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-2022-victimation-delinquance-et-sentiment-d-insecurite>.
- Mink, M. D., Lindley, L. L., & Weinstein, A. A. (2014). Stress, stigma, and sexual minority status : The intersectional ecology model of LGBTQ health. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, *26*(4), 502-521.
- Moagi, M. M., van Der Wath, A. E., Jiyane, P. M., & Rikhotso, R. S. (2021). Mental health challenges of lesbian, gay, bisexual and transgender people : An integrated literature review. *Health SA Gesondheid*, *26*(1).
- Morgan, S. W., & Stevens, P. E. (2012). Transgender identity development as represented by a group of transgendered adults. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*(5), 301–308.
- Morina, N., Stam, K., Pollet, T. V., & Priebe, S. (2018). Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions. A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, *239*, 328–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.027>
- Morris, B. J. (2019). History of lesbian, gay, bisexual and transgender social movements. *American Psychological Association*.
- Moulds, M. L., Bisby, M. A., Wild, J., & Bryant, R. A. (2020). Rumination in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *82*, 101910.
- Moyano, N., & del Mar Sanchez-Fuentes, M. (2020). Homophobic bullying at schools : A systematic review of research, prevalence, school-related predictors and consequences. *Aggression and violent behavior*, *53*, 101441.
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: Validation of the Brief COPE among French population. *L'encéphale*, *29*(6), 507–518.
- Myers, W., Turanovic, J. J., Lloyd, K. M., & Pratt, T. C. (2020). The victimization of LGBTQ students at school: A meta-analysis. *Journal of School Violence*, *19*(4), 421–432.
- Nadal, K. L., Rivera, D. P., & Corpus, M. J. (2010). *Sexual orientation and transgender microaggressions: Implications for mental health and counseling*.
- Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., & Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions toward lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and genderqueer people : A review of the literature. *The journal of sex research*, *53*(4-5), 488-508.

- Nadal, K. L., Wong, Y., Issa, M.-A., Meterko, V., Leon, J., & Wideman, M. (2011). Sexual orientation microaggressions: Processes and coping mechanisms for lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 5*(1), 21–46.
- Niedlich, C., Steffens, M. C., & Dieckmann, J. (2022). Reactions and feelings to a close relative's coming out in a heterosexual relationship. *Frontiers in Psychology, 13*, 836428.
- Nijenhuis, E. R., & Van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation, 12*(4), 416–445.
- Nijenhuis, E., Van Der Hart, O., & Steele, K. (2010). Trauma-related Structural Dissociation of the Personality. *Activitas Nervosa Superior, 52*(1), 1-23. <https://doi.org/10.1007/BF03379560>
- Nos revendications – Inter-LGBT.* (n.d.). Retrieved August 5, 2024, from <https://www.inter-lgbt.org/presentation/nos-revendications/>
- Observatoire des Inégalités. (2023). *Travail, sorties, santé : La discrimination vécue par les transgenres et les homosexuels.* Observatoire des inégalités. <https://www.inegalites.fr/gays-lesbiennes-trans-discriminations>
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., Berntsen, D., & Siegler, I. C. (2013). The frequency and impact of exposure to potentially traumatic events over the life course. *Clinical Psychological Science, 1*(4), 426–434.
- Oshin, L. A., Silamongkol, T., Pucker, H., Finkelstein, J., King, A. M., & Rizvi, S. L. (2024). ... And we could do better : Comparing the efficacy of dialectical behavior therapy between LGBQ and heterosexual adults with borderline personality disorder. *Professional Psychology: Research and Practice, 55*(1), 58.
- Owczarek, M., Karatzias, T., McElroy, E., Hyland, P., Cloitre, M., Kratzer, L., Knefel, M., Grandison, G., Ho, G. W., & Morris, D. (2023). Borderline personality disorder (BPD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD): A network analysis in a highly traumatized clinical sample. *Journal of Personality Disorders, 37*(1), 112–129.
- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms : A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(1), 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men : A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of consulting and clinical psychology, 83*(5), 875.
- Pai, A., Suris, A. M., & North, C. S. (2017). Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: Controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral Sciences, 7*(1), 7.
- Pan, M. C., & Yang, E. (2023). PTSD symptoms, emotion regulation difficulties, and family functioning among trauma-exposed college students. *Current Psychology, 42*(7), 5728-5739. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01896-0>

- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on social work practice, 24*(2), 213-223.
- Papalia, N., Dunne, A., Maharaj, N., Fortunato, E., Luebbers, S., & Ogloff, J. R. P. (2022). Determinants and Outcomes of the Therapeutic Alliance in Treating Justice-Involved Youth : A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 25*(4), 658-680. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00407-2>
- Parker, C. M., Hirsch, J. S., Philbin, M. M., & Parker, R. G. (2018). The urgent need for research and interventions to address family-based stigma and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth. *Journal of Adolescent Health, 63*(4), 383-393.
- Peitzmeier, S. M., Malik, M., Kattari, S. K., Marrow, E., Stephenson, R., Agénor, M., & Reisner, S. L. (2020). Intimate partner violence in transgender populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence and correlates. *American Journal of Public Health, 110*(9), e1–e14.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*(1), 3–16.
- Pellicane, M. J., & Ciesla, J. A. (2022). Associations between minority stress, depression, and suicidal ideation and attempts in transgender and gender diverse (TGD) individuals : Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 91*, 102113. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102113>
- Peraud, W., Hebrard, L., Lavandier, A., Brockbanck-Chasey, S., Brennstuhl, M., & Quintard, B. (2022). French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample. *European Journal of Psychotraumatology, 13*(2), 2152109.
- Perkonig, A., Höfler, M., Cloitre, M., Wittchen, H.-U., Trautmann, S., & Maercker, A. (2016). Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 266*, 317–328.
- Petrie, K., Milligan-Saville, J., Gayed, A., Deady, M., Phelps, A., Dell, L., Forbes, D., Bryant, R. A., Calvo, R. A., Glozier, N., & Harvey, S. B. (2018). Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53*(9), 897–909. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1539-5>
- Petrocchi, N., Pistella, J., Salvati, M., Carone, N., Laghi, F., & Baiocco, R. (2020). I embrace my LGB identity: Self-reassurance, social safeness, and the distinctive relevance of authenticity to well-being in Italian lesbians, gay men, and bisexual people. *Sexuality Research and Social Policy, 17*(1), 75–86.

- Pimentel, F. U., & de Oliveira, S. E. S. (2024). Personality functioning, positive outlook for the future, and simple and complex post-traumatic stress disorder. *Acta Psychologica*, 244, 104165.
- Pires, R., Ferreira, A. S., Paulino, M., Gama Marques, J., Henriques-Calado, J., & Gonçalves, B. (2022). The Self-Administered Version of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES-SR) in a Clinical and Non-Clinical Portuguese Sample. *Behavioral Sciences*, 12(12), 468.
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20.
- Price, E. W., & Prosek, E. A. (2020). The lived experiences of GLB college students who feel supported by their parents. *Journal of GLBT Family Studies*, 16(1), 83–102.
- Prillinger, K., Goreis, A., Macura, S., Hajek Gross, C., Lozar, A., Fanninger, S., Mayer, A., Oppenauer, C., Plener, P. L., & Kothgassner, O. D. (2024). A systematic review and meta-analysis on the efficacy of dialectical behavior therapy variants for the treatment of post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2406662.
- Prince, D. M., Ray-Novak, M., Gillani, B., & Peterson, E. (2022). Sexual and gender minority youth in foster care: An evidence-based theoretical conceptual model of disproportionality and psychological comorbidities. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(5), 1643–1657.
- Prise en charge des mineurs en questionnement de genre.* (2024, mars 19). Sénat. <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp123-435.html>
- Proposition de loi, n° 2504.* (2024). https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b2504_proposition-loi
- Pullen Sansfaçon, A., Gravel, É., Gelly, M., Planchat, T., Paradis, A., & Medico, D. (2024). A retrospective analysis of the gender trajectories of youth who have discontinued a transition. *International Journal of Transgender Health*, 25(1), 74–89.
- Pullen-Sansfaçon, A., & Medico-Vergriete, D. (2021). *Jeunes trans et non binaires: De l'accompagnement à l'affirmation.* Les Éditions du Remue-ménage.
- Quiles, C., Renelleau, C., Douriez, E., & Verdoux, H. (2022). Efficacité des interventions de pair-aidants (schizophrénie, trouble bipolaire). *Revue systématique de la littérature. L'Encéphale*, 48(6), 674-681. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.01.009>
- Racine, N., Devereaux, C., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Adverse childhood experiences and maternal anxiety and depression: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21, 1–10.
- Rahman, M., Fikslin, R. A., Matthews, E., Vazquez Sanchez, M. A., Ahn, G. O., Kobrak, P. H., Lovinger, E. S., & Golub, S. A. (2023). Exploring Factors Affecting Patient–Provider Interactions and Healthcare Engagement Among a Diverse Sample of

- Women Who Have Sex with Women in New York City. *Archives of Sexual Behavior*, 52(2), 833-849. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02478-2>
- Rasmussen, S. M., Dalgaard, M. K., Roloff, M., Pinholt, M., Skrubbeltrang, C., Clausen, L., & Kjaersdam Telléus, G. (2023). Eating disorder symptomatology among transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 84.
- Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 79, 102381.
- Rees, S. N., Crowe, M., & Harris, S. (2021). The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services : An integrative review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 578-589.
- Reisner, S. L., Radix, A., & Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S235–S242.
- Reisner, S. L., White Hughto, J. M., Gamarel, K. E., Keuroghlian, A. S., Mizock, L., & Pachankis, J. E. (2016). Discriminatory experiences associated with posttraumatic stress disorder symptoms among transgender adults. *Journal of counseling psychology*, 63(5), 509.
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., Suvak, M. K., Wells, S. Y., Stirman, S. W., & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241–251.
- Restar, A. J. (2020). Methodological Critique of Littman's (2018) Parental-Respondents Accounts of "Rapid-Onset Gender Dysphoria". *Archives of Sexual Behavior*, 49(1), 61-66. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1453-2>
- Riggle, E. D., Mohr, J. J., Rostosky, S. S., Fingerhut, A. W., & Balsam, K. F. (2014). A multifactor lesbian, gay, and bisexual positive identity measure (LGB-PIM). *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 398.
- Roberts, A. L., Austin, S. B., Corliss, H. L., Vandermorris, A. K., & Koenen, K. C. (2010). Pervasive trauma exposure among US sexual orientation minority adults and risk of posttraumatic stress disorder. *American journal of public health*, 100(12), 2433-2441.
- Romanelli, M., & Hudson, K. D. (2017). Individual and systemic barriers to health care : Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(6), 714.
- Rosenkrantz, D. E., Black, W. W., Abreu, R. L., Aleshire, M. E., & Fallin-Bennett, K. (2017). Health and health care of rural sexual and gender minorities : A systematic review. *Stigma and Health*, 2(3), 229.

- Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K., & Flatt, J. D. (2020). A national study on the physical and mental health of intersex adults in the U.S. *PLOS ONE*, *15*(10), e0240088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240088>
- Ross, L. E., O’Gorman, L., MacLeod, M. A., Bauer, G. R., MacKay, J., & Robinson, M. (2016). Bisexuality, poverty and mental health : A mixed methods analysis. *Social Science & Medicine*, *156*, 64-72.
- Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W., & Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, *55*(4–5), 435–456.
- Russell, G. M., Bohan, J. S., McCarroll, M. C., & Smith, N. G. (2011). Trauma, recovery, and community : Perspectives on the long-term impact of anti-LGBT politics. *Traumatology*, *17*(2), 14-23. <https://doi.org/10.1177/1534765610362799>
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *23*(4), 205–213.
- Sahib, A., Chen, J., Cárdenas, D., & Calear, A. L. (2023). Intolerance of uncertainty and emotion regulation : A meta-analytic and systematic review. *Clinical Psychology Review*, *101*, 102270.
- Sahle, B. W., Reavley, N. J., Li, W., Morgan, A. J., Yap, M. B. H., Reupert, A., & Jorm, A. F. (2021). The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–11.
- Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, C. L., Pynoos, R. S., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., Friedman, M. J., & Fullerton, C. S. (2013). A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: Intentional and non-intentional traumatic events. *PloS One*, *8*(4), e59236.
- Scalabrini, A., Mucci, C., Esposito, R., Damiani, S., & Northoff, G. (2020). Dissociation as a disorder of integration—On the footsteps of Pierre Janet. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *101*, 109928.
- Scheer, J. R., Helminen, E. C., Cascalheira, C. J., Jaipurayar, V., Shaw, T. J., Zabelski, S., Behari, K., Pirog, S., Batchelder, A. W., & Possemato, K. (2023). Probable PTSD, PTSD symptom severity, and comorbid PTSD and hazardous drinking among sexual minority women compared to heterosexual women : A meta-analysis. *Clinical psychology review*, *102*, 102283.
- Scott, J. C., Matt, G. E., Wrocklage, K. M., Crnich, C., Jordan, J., Southwick, S. M., Krystal, J. H., & Schweinsburg, B. C. (2015). A quantitative meta-analysis of neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, *141*(1), 105.
- Scully, C., McLaughlin, J., & Fitzgerald, A. (2020). The relationship between adverse childhood experiences, family functioning, and mental health problems among

- children and adolescents : A systematic review. *Journal of family therapy*, 42(2), 291-316.
- Seiler, N., Davoodi, K., Keem, M., & Das, S. (2023). Assessment tools for complex post traumatic stress disorder: A systematic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 27(3), 292–300.
- Sénat. (2019, April 25). *Mutilations des personnes intersexes*. Sénat. <https://www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ190410164.html>
- Shahmiri Barzoki, H., Ebrahimi, M., Khoshdel, A., Noorbala, A. A., Rahnejat, A. M., Avarzamani, L., Shahed Hagh Ghadam, H., & Avakh, F. (2023). Studying the prevalence of PTSD in veterans, combatants and freed soldiers of Iran-Iraq war : A systematic and meta-analysis review. *Psychology, Health & Medicine*, 28(3), 812-818.
- Sharp, T. J., & Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21(6), 857–877.
- Shelemy, L., Cotton, S., Crane, C., & Knight, M. (2024). Systematic review of prospective adult mental health outcomes following affirmative interventions for gender dysphoria. *International Journal of Transgender Health*, 1–21.
- Sherman, A. D., Balthazar, M. S., Daniel, G., Bonds Johnson, K., Klepper, M., Clark, K. D., Baguso, G. N., Cicero, E., Allure, K., & Wharton, W. (2022). Barriers to accessing and engaging in healthcare as potential modifiers in the association between polyvictimization and mental health among Black transgender women. *PLoS one*, 17(6), e0269776.
- Sherman, A. D., Balthazar, M., Klepper, M., Febres-Cordero, S., Valmeekanathan, A., Prakash, D., Cimino, A. N., Wharton, W., Allure, K., & Kelly, U. (2022). Approach and avoidant coping among black transgender women who have experienced violence : A qualitative analysis. *Psychological services*, 19(S1), 45.
- Sherman, A. D., Clark, K. D., Robinson, K., Noorani, T., & Poteat, T. (2020). Trans* community connection, health, and wellbeing: A systematic review. *LGBT Health*, 7(1), 1–14.
- Shokoohi, M., Kinitz, D. J., Pinto, D., Andrade-Romo, Z., Zeng, Z., Abramovich, A., Salway, T., & Ross, L. E. (2022). Disparities in alcohol use and heavy episodic drinking among bisexual people: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Drug and Alcohol Dependence*, 235, 109433.
- Siddaway, A. P. (2024). Assessment and diagnosis of post-traumatic stress disorders (PTSDs) for medico-legal and other clinical purposes: DSM-5-TR PTSD, ICD-11 PTSD and ICD-11 complex PTSD. *BJPsych Advances*, 1–15.
- Silvestre, M., & Tarquinio, C. L. (2021). Thérapie familiale systémique et thérapie EMDR : Une approche intégrative. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 100196. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100196>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. WHO Document Production Services.

- Soler, J. H., Caldwell, C. H., Córdova, D., Harper, G., & Bauermeister, J. A. (2018). Who counts as family? Family typologies, family support, and family undermining among young adult gay and bisexual men. *Sexuality Research and Social Policy*, *15*, 123–138.
- SOS Homophobie. (2024). *Rapport sur les LGBTIphobies | SOS homophobie*. <https://www.sos-homophobie.org/informer/rapport-annuel-lgbtiphobies>
- Spikol, E., Robinson, M., McGlinchey, E., Ross, J., & Armour, C. (2022). Exploring complex-PTSD comorbidity in trauma-exposed Northern Ireland veterans. *European Journal of Psychotraumatology*, *13*(1), 2046953.
- Spinazzola, J., Van der Kolk, B., & Ford, J. D. (2018). When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *31*(5), 631–642.
- Spinazzola, J., Van der Kolk, B., & Ford, J. D. (2021). Developmental trauma disorder: A legacy of attachment trauma in victimized children. *Journal of Traumatic Stress*, *34*(4), 711–720.
- SSMSI. (2019). *L'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS)*. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS>
- SSMSI. (2022). *Rapport d'enquête « Vécu et ressenti en matière de sécurité » 2022, victimation—Délinquance et sentiment d'insécurité*. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-2022-victimation-delinquance-et-sentiment-d-insecurite>.
- Ștefăniță, O., & Buf, D.-M. (2021). Hate speech in social media and its effects on the LGBT community : A review of the current research. *Romanian Journal of Communication and Public Relations*, *23*(1), 47-55.
- Stenersen, M., Ovrebo, E., Emery, H., Brown, E., New, C., Brasfield, C., & Turner, L. (2019). Interpersonal trauma, and PTSD symptomology among lesbian, gay, and bisexual individuals : A closer look at gender, minority stress, and help-seeking behaviors. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *13*(3), Article 3. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1627976>
- Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Janes, E., & Peppiatt, A. (2014). Detecting therapeutic improvement early in therapy: Validation of the SCORE-15 index of family functioning and change. *Journal of Family Therapy*, *36*(1), 3-19.
- Suarez, N. A., Peitzmeier, S. M., Potter, J., Samandur, A., & Reisner, S. L. (2021). Preliminary findings for adverse childhood experiences and associations with negative physical and mental health and victimization in transmasculine adults. *Child Abuse & Neglect*, *118*, 105161.
- Surace, T., Fusar-Poli, L., Voza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., Basile, L., Rodolico, A., Bisicchia, P., & Caponnetto, P. (2021). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *30*, 1147–1161.

- Sutter, M., & Perrin, P. B. (2016). Discrimination, mental health, and suicidal ideation among LGBTQ people of color. *Journal of counseling psychology*, 63(1), 98.
- Tarquinio, C., Christine, R., Elise, E., Charles, M.-K., Marion, T., & Cyril, T. (2023). Psychometric validation of the French version of the adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ). *Children and Youth Services Review*, 150, 107007.
- Taylor, C. J. (2020). Health Consequences of Laws and Public Policies That Target, or Protect, Marginalized Populations. *Sociology Compass*, 14(2), e12753. <https://doi.org/10.1111/soc4.12753>
- Terr, L. C. (2003). Childhood traumas: An outline and overview. *Focus*, 1(3), 322–334.
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65-77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>
- Thimm, J. C., Rognmo, K., Rye, M., Flåm, A. M., Næss, E. T., Skre, I., & Wang, C. E. (2023). The prevalence of potentially traumatic events in the seventh survey of the population-based Tromsø study (Tromsø 7). *Scandinavian Journal of Public Health*, 51(7), 1050–1060.
- Thoma, B. C., Rezeppa, T. L., Choukas-Bradley, S., Salk, R. H., & Marshal, M. P. (2021). Disparities in childhood abuse between transgender and cisgender adolescents. *Pediatrics*, 148(2).
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., & Russell, S. T. (2018). Coping with sexual orientation–related minority stress. *Journal of Homosexuality*, 65(4), 484–500.
- Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., Pérez-Vigil, A., Torres, X., Chamorro, J., Littarelli, S. A., Solanes, A., Ramella-Cravaro, V., Vilar, A., & González-Parra, J. A. (2019). Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 154–165.
- Trachman, M., & Lejbowicz, T. (2020). Lesbiennes, gays, bisexuel·le·s et trans (LGBT) : Une catégorie hétérogène, des violences spécifiques. *Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France, Paris, Ined éditions, coll.«Grandes enquêtes*, 355-390.
- Trans Respect. (2023, November 13). Trans Murder Monitoring, 2023. *TvT*. <https://transrespect.org/en/trans-murder-monitoring-2023/>
- Travers, Á., Armour, C., Hansen, M., Cunningham, T., Lagdon, S., Hyland, P., Vallières, F., McCarthy, A., & Walshe, C. (2020). Lesbian, gay or bisexual identity as a risk factor for trauma and mental health problems in Northern Irish students and the protective role of social support. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1708144.
- Tukdarian, E. M. (2024). *Exploring Hypervigilance Among Trans+ People Navigating Cisgendered Healthcare*.

- Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, *77*(1), 68–76.
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, *8*(4), 273–280.
- Underlid, K. (2007). Poverty and experiences of insecurity. A qualitative interview study of 25 long-standing recipients of social security. *International Journal of Social Welfare*, *16*(1), 65-74.
- Valentine, S. E., Gell-Levey, I. M., Godfrey, L. B., & Livingston, N. A. (2024). The Associations Between Gender Minority Stressors and PTSD Symptom Severity Among Trauma-Exposed Transgender and Gender Diverse Adults. *Journal of Trauma & Dissociation*, *25*(4), 422-435. <https://doi.org/10.1080/15299732.2024.2323977>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *30*(4), 662.
- Van der Hart, O., & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, *2*(4), 397–412.
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Solomon, R. (2010). Dissociation of the Personality in Complex Trauma-Related Disorders and EMDR: Theoretical Considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, *4*(2), 76-92. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.2.76>
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, *35*(5), 401–408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D’Andrea, W., Ford, J. D., & Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. *Unpublished Manuscript. Verfügbar Unter: Http://www. Cathymalchiodi.com/Dtd_nctsn.Pdf* (Zugriff: 20.5. 2011).
- van der Hart, O., & Steele, K. (2022). The Theory of Trauma-related Structural Dissociation of the Personality. In *Dissociation and the Dissociative Disorders* (p. 263-280). Routledge.
- van Zijverden, L. M., Wiepjes, C. M., van Diemen, J. J. K., Thijs, A., & den Heijer, M. (2024). Cardiovascular disease in transgender people: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Endocrinology*, *190*(2), S13–S24.
- van Zijverden, L. M., Wiepjes, C. M., van Diemen, J. J. K., Thijs, A., & den Heijer, M. (2024). Cardiovascular disease in transgender people: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Endocrinology*, *190*(2), S13–S24.
- Vancappel, A., Chavigny, C., Chami, L., Kazour, F., & El-Hage, W. (2024). Group Dissociation-Focused Cognitive Behavioral Therapy (DF-CBT) in Patients Suffering

- from a Dissociative Subtype of PTSD: An Exploratory Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1-16.
- Vandendriessche, C. (2023, November 8). *Deux idées troubles derrière la "Transidentification des mineurs."* Mediapart. <https://blogs.mediapart.fr/claire-vandendriessche/blog/081123/deux-idees-troubles-derriere-la-transidentification-des-mineurs>
- Vandendriessche, C. (2024, mai 8). *Contre l'interdiction des transitions médicales des mineurs.* Mediapart. <https://blogs.mediapart.fr/claire-vandendriessche/blog/080524/contre-linterdiction-des-transitions-medicales-des-mineurs>
- Vargas, S. M., Huey Jr, S. J., & Miranda, J. (2020). A critical review of current evidence on multiple types of discrimination and mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(3), 374.
- Vaughan, M. D., & Rodriguez, E. M. (2014). LGBT strengths: Incorporating positive psychology into theory, research, training, and practice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 325.
- Vibhakar, V., Allen, L. R., Gee, B., & Meiser-Stedman, R. (2019). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of depression in children and adolescents after exposure to trauma. *Journal of Affective Disorders*, 255, 77–89.
- Villalta, L., Khadr, S., Chua, K.-C., Kramer, T., Clarke, V., Viner, R. M., Stringaris, A., & Smith, P. (2020). Complex post-traumatic stress symptoms in female adolescents : The role of emotion dysregulation in impairment and trauma exposure after an acute sexual assault. *European journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1710400.
- Wang, S., Barrett, E., Hicks, M. H.-R., Martsenkovskiy, D., Holovanova, I., Marchak, O., Ishchenko, L., Haque, U., & Fiedler, N. (2024). Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Research*, 116056.
- Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., & Kenardy, J. (2021). Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 85, 101998.
- Wang, Y., Han, M., Zhang, Y., Wang, Y., Li, G., Huang, Z., Ma, Z., Ou, J., & Chen, R. (2023). A national transgender health survey from China assessing gender identity conversion practice, mental health, substance use and suicidality. *Nature Mental Health*, 1(4), 254–265.
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM–5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 30(3), 383.
- Weiss, B. J., Garvert, D. W., & Cloitre, M. (2015). PTSD and Trauma-Related Difficulties in Sexual Minority Women : The Impact of Perceived Social Support. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 563-571. <https://doi.org/10.1002/jts.22061>

- Weiss, D. S. (2007). The impact of event scale: Revised. In *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 219–238). Springer.
- Wesp, L. M., Malcoe, L. H., Elliott, A., & Poteat, T. (2019). Intersectionality Research for Transgender Health Justice : A Theory-Driven Conceptual Framework for Structural Analysis of Transgender Health Inequities. *Transgender Health, 4*(1), 287-296. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0039>
- Wetzel, K. E., & Himmelstein, M. S. (2023). Health care avoidance as vigilance : A model of maladaptive eating behaviors due to weight stigma in health care, avoidance, and internalization among women. *Stigma and Health*.
- Whitaker, C., Stevelink, S., & Fear, N. (2017). The use of Facebook in recruiting participants for health research purposes : A systematic review. *Journal of medical Internet research, 19*(8), e290.
- White Hughto, J. M., Pachankis, J. E., Willie, T. C., & Reisner, S. L. (2017). Victimization and depressive symptomology in transgender adults: The mediating role of avoidant coping. *Journal of Counseling Psychology, 64*(1), 41.
- White, W. F., Burgess, A., Dagleish, T., Halligan, S., Hiller, R., Oxley, A., Smith, P., & Meiser-Stedman, R. (2022). Prevalence of the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder : A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 52*(9), 1629-1644.
- WHO. (1994). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th rev, p. Also available in CD-ROM; see separate WHOLIS record for CD-ROM version). World Health Organization.
- WHO. (2022). *International Classification of Diseases* (Eleven Revision (ICD-11)). <https://icd.who.int/en>
- Wiki Trans. (n.d.). Lexique. *Wiki Trans*. Retrieved September 3, 2024, from <https://wikitrans.co/lexique/>
- Wilkins, K. C., Lang, A. J., & Norman, S. B. (2011). Synthesis of the psychometric properties of the PTSD checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depression and Anxiety, 28*(7), 596–606.
- Wilson, C., & Cariola, L. A. (2020). LGBTQI+ youth and mental health: A systematic review of qualitative research. *Adolescent Research Review, 5*(2), 187–211.
- Wilson, J. P. (1994). The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: From Freud to DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 681–698.
- Wilson, L. C., Newins, A. R., Kassing, F., & Casanova, T. (2024). Gender Minority Stress and Resilience Measure : A Meta-Analysis of the Associations with Mental Health in Transgender and Gender Diverse Individuals. *Trauma, Violence, & Abuse, 25*(3), 2552-2564. <https://doi.org/10.1177/15248380231218288>

- Wittgens, C., Fischer, M. M., Buspavanich, P., Theobald, S., Schweizer, K., & Trautmann, S. (2022). Mental health in people with minority sexual orientations: A meta-analysis of population-based studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *145*(4), 357–372.
- Woon, F. L., Sood, S., & Hedges, D. W. (2010). Hippocampal volume deficits associated with exposure to psychological trauma and posttraumatic stress disorder in adults: A meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *34*(7), 1181–1188.
- Woulfe, J. M., Mereish, E. H., & Katz-Wise, S. L. (2022). Social Support as a Mediator of Anti-Bisexual Prejudice and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Journal of Trauma & Dissociation*, *23*(1), 124-139. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1080/15299732.2021.1989107>
- Xu, Y., Ma, Y., & Rahman, Q. (2023). Comparing asexual with heterosexual, bisexual, and gay/lesbian individuals in common mental health problems: A multivariate meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 102334.
- Yadavaia, J. E., & Hayes, S. C. (2012). Acceptance and commitment therapy for self-stigma around sexual orientation : A multiple baseline evaluation. *Cognitive and behavioral practice*, *19*(4), 545-559.
- Ye, Y., Li, Y., Jin, S., Huang, J., Ma, R., Wang, X., & Zhou, X. (2023). Family Function and Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents : A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *24*(5), 3151-3169. <https://doi.org/10.1177/15248380221126182>
- Ynesta, S., & Danguin, A. (2015). *Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes*.
- Yusof, Y., & Carpenter, J. (2016). Family therapists' adult attachment styles and the therapeutic alliance. *Journal of Family Therapy*, *38*(1), 59-81. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12079>
- Zalta, A. K., Tirone, V., Orłowska, D., Blais, R. K., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N. R., Adkins, E., & Dent, A. L. (2021). Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *147*(1), 33.
- Zaverdinou, E., Katimertzi, M., Chrousos, G. P., Darviri, C., Vlachakis, D., Kanaka-Gantenbein, C., & Bacopoulou, F. (2022). *Post-traumatic stress disorder as a risk factor for the development of risky behavior among adolescent offenders: A systematic review*. 119–129.
- Zeeman, L., & Aranda, K. (2020). A systematic review of the health and healthcare inequalities for people with intersex variance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(18), 6533.
- Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Mirandola, M., Gios, L., Davis, R., Sanchez-Lambert, J., Aujean, S., & Pinto, N. (2019). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health*, *29*(5), 974–980.

Zou, C., & Andersen, J. P. (2015). Comparing the rates of early childhood victimization across sexual orientations : Heterosexual, lesbian, gay, bisexual, and mostly heterosexual. *PloS one*, *10*(10), e0139198.

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ECOLE DOCTORALE SOCIÉTÉS, POLITIQUE, SANTÉ PUBLIQUE (ED SP2)

PSYCHOLOGIE

Par William PERAUD BERTHELOT

**TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET TROUBLE DE STRESS POST-
TRAUMATIQUE COMPLEXE CHEZ LES PERSONNES LGBTQIA+ : PRÉVALENCES ET
FACTEURS ASSOCIÉS.**

Annexes

Sous la direction de : Bruno QUINTARD

Soutenue le 12/12/2024

Membres du jury :

Mme. CHARBONNIER Elodie, MCF-HDR, Université de Nîmes	Rapporteure
M. VECHO Olivier, MCF-HDR, Université Paris Nanterre	Rapporteur
Mme. RASCLE Nicole, Professeure, Université de Bordeaux	Examinatrice
M. QUINTARD Bruno, Professeur, Université de Bordeaux	Directeur de thèse

Membres invités :

Mme. BRENNSTUHL Marie-Jo, MCF, Université de Lorraine	Invitée
M. ALESSANDRIN Arnaud, Docteur, Université de Bordeaux	Invité

Table des Annexes.

Annexe 3. Critères diagnostiques du TSPT chez l'adulte selon le DSM-5 (APA, 2013) et le DSM-5-Tr (APA, 2022). Page 361.

Annexe 2. Critères diagnostiques du DESNOS selon le DSM-IV-TR (APA, 2000). Page 364.

Annexe 3. Critères proposés pour le diagnostic de traumatisme développemental (Van Der Kolk et al., 2009). Page 365.

Annexe 4. French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample. Page 367.

Annexe 5. Protocole de recherche pour l'adaptation et validation transculturelle de l'ITQ (Peraud et al., 2022). Page 379.

Annexe 6. Poster affiché au congrès de Psychotraumatologie de Poitiers (17-18 Novembre 2022). Page 413.

Annexe 7. Poster affiché lors du congrès des 30 ans de l'IRCCADE (Bordeaux, 12-14 Octobre 2023). Page 414.

Annexe 8. Poster présenté lors de la conférence internationale « Prendre soin des LGBTI+ » organisée par SeSAM LGBTI+ (Paris, 18-19 Janvier 2024). Page 415.

Annexe 9. Premier dossier soumis au CPP (mai 2023). Page 416.

Annexe 10. Avis défavorable émis par le CPP le 05 Juin 2023. Page 433.

Annexe 11. Demande d'appel suite à l'avis défavorable le 26 Juin 2023. Page 435.

Annexe 12. Avis défavorable après appel émit par le CPP le 03 Août 2023. Page 462.

Annexe 13. Avis favorable du CLE pour la recherche qualitative auprès des psychologues le 16 Octobre 2023. Page 464.

Annexe 14. Troisième dossier soumis au CPP pour le volet quantitatif le 20 Octobre 2023. Page 465.

Annexe 15. Avis favorable du CPP pour l'étude quantitative le 07 Décembre 2023. Page 479.

Annexe 16. Protocole de l'étude quantitative. Page 480.

Annexe 17. Avis favorable émis par le CLE pour la recherche qualitative auprès des personnes LGBTQIA+ le 18 Décembre 2023. Page 497.

Annexe 18. Portfolio du candidat. Page 498.

Annexe 1. Critères diagnostiques du TSPT chez l'adulte selon le DSM-5 (APA, 2013) et le DSM-5-Tr (APA, 2022).

Critères diagnostiques du TSPT chez l'adulte selon le DSM 5 (APA, 2013) / DSM-5-Tr (APA, 2022)
<p>A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none">1. En étant directement exposé à un ou a plusieurs événements traumatiques.2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidents.4. En état exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). <p>N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévisions, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.</p>
<p>B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant début après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
<p>C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
<p>D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du</p>

ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. **Dépersonnalisation :** Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. **Déréalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

A expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Annexe 2. Critères diagnostiques du DESNOS selon le DSM-IV-TR (APA, 2000).

Critères diagnostiques du DESNOS selon le DSM-IV-TR (APA, 2000).
1. Altération de la régulation des émotions et des impulsions A. Régulation de l'affect B. Gestion de la colère C. Comportement autodestructeur D. Préoccupation suicidaire E. Difficulté à réguler la sexualité
2. Altération de l'attention ou de la conscience A. Amnésie B. Episodes dissociatifs transitoires et dépersonnalisation
3. Somatisation A. Système digestif B. Douleur chronique C. Symptômes de conversion D. Symptômes sexuels
4. Altération dans la perception de soi A. Inefficacité B. Dommages permanents C. Culpabilité et responsabilité D. Honte E. Personne ne peut comprendre F. Minimisation
5. Altérations dans la perception de l'agresseur 1. Adoption de croyances déformées 2. Idéalisation de l'agresseur 3. Préoccupation à l'idée de blesser l'agresseur
6. Altération dans les relations avec autrui A. Incapacité à faire confiance B. Revictimisation C. Victimisation des autres
7. Altération dans les systèmes de signification A. Désespoir et perte d'espoir B. Perte de croyances autrefois soutenantes

Annexe 3. Critères proposés pour le diagnostic de traumatisme développemental (Van Der Kolk et al., 2009).

- A. **Exposition.** L'enfant ou l'adolescent a vécu ou été témoin de multiples événements adverses ou prolongés sur une période d'au moins un an, commençant dans l'enfance ou au début de l'adolescence, incluant :
- A1. Avoir été directement exposé ou témoin d'épisodes répétés et graves de violence interpersonnelle ; et
 - A2. Des perturbations significatives des soins de la figure protectrice en raison de changements répétés de la figure principale ; de séparations répétées de la figure principale ; ou de l'exposition à des abus émotionnels graves et persistants.
- B. **Dysrégulation affective et physiologique.** L'enfant présente un niveau de développement altéré lié à la régulation de la stimulation, incluant au moins deux des éléments suivants :
- B1. Incapacité à moduler, tolérer ou se remettre d'états affectifs extrêmes (e.g. : peur, colère, honte), y compris des crises de colère prolongées et extrêmes, ou de l'immobilisation.
 - B2. Perturbations de la régulation des fonctions corporelles (e.g. : perturbations persistantes du sommeil, de l'alimentation et des déjections ; réactivité excessive ou insuffisante au toucher et aux sons ; désorganisation lors des changements routiniers.
 - B3. Diminution de la conscience/dissociation des sensations, émotions et états corporels.
 - B4. Capacité réduite à décrire les émotions ou les états corporels.
- C. **Dysrégulation attentionnelle et comportementale :** L'enfant présente un niveau de développement altéré lié à l'attention soutenue, à l'apprentissage ou à la gestion du stress, incluant au moins trois des éléments suivants :
- C1. Préoccupation par la menace, ou capacité altérée à percevoir la menace, incluant une mauvaise interprétation des signaux de sécurité et de danger.
 - C2. Capacité altérée à se protéger, incluant une prise de risques extrême ou une recherche de sensations fortes.
 - C3. Tentatives inadaptées d'auto-apaisement (e.g. : se balancer et autres mouvements rythmiques, masturbation compulsive).
 - C4. Automutilation habituelle (intentionnelle ou automatique) ou réactive.
 - C5. Incapacité à initier ou à maintenir un comportement orienté vers un objectif.
- D. **Dysrégulation du soi et des relations.** L'enfant présente un niveau de développement altéré dans son sens de l'identité personnelle et dans son engagement dans les relations, incluant au moins trois des éléments suivants :
- D1. Préoccupation intense pour la sécurité du caregiver ou d'autres êtres chers (y compris des figures précoces) ou difficulté à tolérer les retrouvailles avec eux après une séparation.
 - D2. Sens négatif persistant de soi, incluant la haine de soi, l'impuissance, l'inutilité, se sentir inefficace ou défaillant.
 - D3. Méfiance extrême et persistante, défiance ou absence de comportement réciproque dans les relations proches avec les adultes ou les pairs.
 - D4. Agressivité physique ou verbale envers les pairs, les soignants ou d'autres adultes.
 - D5. Tentatives inappropriées (excessives ou confuses) d'obtenir un contact intime (y compris mais non limité à l'intimité sexuelle ou

physique) ou dépendance excessive envers les pairs ou les adultes pour la sécurité et le réconfort.

D6. Capacité altérée à réguler les situations d'empathie, comme en témoignent l'absence d'empathie ou l'intolérance aux expressions de détresse des autres, ou une réactivité excessive à la détresse des autres.

E. **Symptômes du spectre post-traumatique.** L'enfant présente au moins un symptôme dans au moins deux des trois dimensions de symptômes du TSPT (B, C et D).

F. **Les perturbations** (symptômes des critères B, C, D et E) **durent depuis au moins 6 mois.**

G. **Altération du fonctionnement.** La perturbation cause une détresse cliniquement significative ou des altérations dans au moins deux des domaines de fonctionnement suivants :

G1. Scolarité : sous performance, absentéisme, problèmes disciplinaires, abandon scolaire, échec dans l'obtention d'un diplôme ou d'une certification, conflits avec le personnel scolaire, troubles de l'apprentissage ou déficience intellectuelle qui ne peuvent pas être expliqués par des facteurs neurologiques ou autres.

G2. Famille : Conflit, évitement/passivité, fugue, détachement et remplacements de substitution, tentatives de blesser physique ou émotionnellement les membres de la famille, non-respect des responsabilités familiales.

G3. Groupes de pairs : Isolement, relations déviantes, conflits physiques ou émotionnels persistants, évitement/passivité, implication dans des actes violents ou dangereux, relations ou style d'interaction inappropriés pour l'âge.

G4. Légal : Arrestations/récidives, détention, condamnations, incarcération, violation de probation ou d'autres ordonnances judiciaires, infractions de plus en plus graves, crimes contre d'autres personnes, mépris ou non respect de la loi ou des normes morales conventionnelles.

G5. Santé : Maladies ou problèmes physiques qui ne peuvent pas être entièrement expliqués par des blessures physiques ou une dégénérescence, impliquant les systèmes digestifs, neurologiques (y compris les symptômes de conversion et l'analgésie), sexuel, immunitaire, cardiopulmonaire, proprioceptif ou sensoriel, maux de tête sévères (y compris la migraine), douleurs ou fatigue chronique.

G6. Professionnel (pour les jeunes impliqués, ou en recherche d'emploi, de bénévolat ou de formation) : Désintérêt pour le travail/la vocation, incapacité à obtenir ou à garder des emplois, conflits persistants avec des collègues ou des superviseurs, sous-emploi par rapport aux capacités, échec à atteindre les avancées attendues.

Note. Traduction libre.

Annexe 4. French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample

EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHOTRAUMATOLOGY
2022, VOL. 13, 2152109
<https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2152109>



CLINICAL RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample

W. Peraud ^a, L. Hebrard^{b,c}, A. Lavandier^d, S. Brockbanck-Chasey^e, M. J. Brennstuhl^d and B. Quintard^a

^aLabPsy, EA4139, University of Bordeaux, Bordeaux, France; ^bInserm, Bordeaux Population Health Research Center, UMR 1219, University of Bordeaux, Bordeaux, France; ^cNational Institute of Cancer INCA_16673, France; ^dUniversity of Lorraine, UR4360, APEMAC, Equipe EPSAM, Metz, France; ^ePsychologist, Bordeaux, France

ABSTRACT

Aims: In 2018, the 11th version of the International Classification of Diseases (ICD-11) recognized a new diagnosis in addition to Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), that of Complex Posttraumatic Stress Disorder (C-PTSD). A new measurement tool was developed to assess both disorders: the International Trauma Questionnaire. The objectives of this study were (a) to conduct a French translation of the tool, (b) to confirm the factorial structure of the tool, (c) to verify its convergent and divergent validity, (d) and finally to ensure its temporal stability.

Method: The ITQ was translated into French using a committee approach, bringing together experts and bilingual individuals with a dual French-English culture. It was then completed by 750 people residing in France and having been exposed to potentially traumatic events, recruited from the general population. Other measures were also completed (HADS, ITEM, PCL-5, WHO-5, DERS).

Results: Confirmatory factor analysis confirmed that the French version of the ITQ had the same factor structure as the original version. The scale showed satisfactory convergent and divergent validity, as well as good stability over time.

Conclusion: Our study suggests that the French version of the ITQ is a good measurement tool for assessing PTSD and C-PTSD according to the ICD-11 diagnostic criteria.

Adaptación transcultural francesa y validación del Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ) EN una muestra comunitaria francesa

Objetivos: En el 2018, la versión 11.ª de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) reconoció un nuevo diagnóstico además del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), el de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C). Se desarrolló un instrumento de medición nuevo para evaluar ambos trastornos: el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ, en sus siglas en inglés). Los objetivos de este estudio fueron (a) realizar una traducción al francés del instrumento, (b) confirmar la estructura factorial del instrumento, (c) verificar su validez convergente y divergente, (d) y finalmente asegurar su estabilidad temporal.

Método: El ITQ se tradujo al francés utilizando un enfoque de comité, reuniendo expertos e individuos bilingües con una cultura dual Francesa-Inglesa. Luego fue completado por 750 personas residentes en Francia y que habían estado expuestas a eventos potencialmente traumáticos, reclutados de la población general. También se completaron otras medidas (HADS, ITEM, PCL-5, WHO-5, DERS).

Resultados: El análisis factorial confirmatorio confirmó que la versión francesa del ITQ tenía la misma estructura factorial que la versión original. La escala mostró una validez convergente y divergente satisfactoria, así como una buena estabilidad en el tiempo.

Conclusión: Nuestro estudio sugiere que la versión francesa del ITQ es un buen instrumento de medición para evaluar TEPT y TEPT-C según los criterios diagnósticos de la CIE-11.

法国社区样本中国际创伤问卷 (ITQ) 的法国跨文化改编和验证

目的: 2018年,第11版国际疾病分类(ICD-11)采纳了除创伤后应激障碍(PTSD)外的一种新诊断,即复杂性创伤后应激障碍(C-PTSD)。开发了一种新的测量工具来评估这两种疾病:国际创伤问卷。本研究旨在(a)对该工具进行法语翻译,(b)确认其因子结构,(c)验证其聚合效度和区分效度,(d)最后确定其时间稳定性。

方法: ITQ通过汇集具有法英双重文化的专家和双语人士的委员会方法被翻译成法语。然后750名从一般人群中招募的居住在法国并曾经历过潜在创伤事件的人填写问卷。还完成了其他测量问卷(HADS、ITEM、PCL-5、WHO-5、DERS)。

结果:验证性因子分析证实,法语版ITQ与原始版本具有相同的因子结构。该量表表现出令人满意的聚合和区分效度,以及良好的时间稳定性。

ARTICLE HISTORY

Received 5 September 2022
Revised 7 November 2022
Accepted 17 November 2022

KEYWORDS

Post-traumatic stress disorder; complex post-traumatic stress disorder; International Trauma Questionnaire; ICD-11; French validation

PALABRAS CLAVE

Trastorno de Estrés Postraumático; Trastorno de Estrés Postraumático Complejo; Cuestionario Internacional de Trauma; ICD-11; Validación francesa

关键词

创伤后应激障碍; 复杂性创伤后应激障碍; 国际创伤问卷; ICD-11; 法语验证

HIGHLIGHTS

- This study provides the first translation and validation of the International Trauma Questionnaire in the French population.
- Confirmatory factor analysis confirmed that the French version of the ITQ had the same factor structure as the original version.
- The French version of the ITQ showed good convergent and divergent validity, as well as good test-retest reliability.

CONTACT W. Peraud william.peraud@u-bordeaux.fr LabPsy, EA4139, University of Bordeaux, 33000, Bordeaux, France

Supplemental data for this article can be accessed online at <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2152109>.

© 2022 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

结论： 我们的研究表明，法语版 ITQ 是根据 ICD-11 诊断标准评估 PTSD 和 C-PTSD 的良好测量工具。

1. Introduction

In 2018, the eleventh version of the International Classification of Diseases (ICD-11) was released (World Health Organization, 2018). ICD-11 changes the diagnosis of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in a major way, replacing it with two twin diagnoses: PTSD and Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD). This change address a concern that has been raised by clinicians and researchers for decades (Cloitre et al., 2013; Cloitre et al., 2018), while also providing some continuity with previous classifications. As Brewin (2020) notes, previous classifications had already attempted to operationalize complex trauma, whether it was the DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) with its proposition of 'Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified' (DESNOS) or the ICD-10 (WHO, 1992) with the diagnosis of 'Enduring Personality Change After Catastrophic Experience' (EPCACE). C-PTSD as defined in ICD-11 is a disorder that can occur as a result of exposure to one or more events of an extremely threatening or horrific nature that take place in a prolonged or repetitive manner and from which escape is difficult or impossible (e.g. torture, genocide, prolonged domestic violence, repeated sexual or physical abuse during childhood) (World Health Organization, 2018). It has been established in the literature that C-PTSD is generally consequential to events that are interpersonal in nature, i.e. caused by humans rather than nature (e.g. earthquakes, tornadoes, tsunamis) or by accidents (e.g. transportation accidents) (Brewin, 2020). In line with DSM-IV's DESNOS or ICD-10's EPCACE, the ICD-11's C-PTSD emphasizes changes in self-organization, but without the personality changes of the EPCACE and with a much smaller number of identified symptoms than the DESNOS.

According to ICD-11, C-PTSD is composed of six symptom clusters (Brewin et al., 2017). Three clusters with two symptoms each correspond to PTSD: (1) re-experiencing (i.e. dissociative flashbacks and nightmares), (2) avoidance (i.e. avoidance of external reminders and avoidance of thoughts and feelings associated with the traumatic event), and (3) persistent sense of threat (i.e. hypervigilance, exaggerated startle response). Three other clusters correspond to the complex dimension, named Disturbances in Self-Organization (DSO), with two symptoms each: (4) affective dysregulation (i.e. emotional hyperactivation and/or hypoactivation), (5) negative self-concept (i.e. feeling like a failure or feeling worthless,

diminished, defeated, or worthless, with feelings of shame, guilt, or failure), and (6) interpersonal disturbances (i.e. having difficulty maintaining relationships and feeling close to others) (Maercker et al., 2013; WHO, 2018). The diagnostic guidelines for C-PTSD are summarized in three main points (Brewin, 2020). First, the presence of a traumatic event should be noted. The presence of exposure to a stressor typically of an extreme or prolonged nature and from which escape is difficult or impossible such as torture, concentration camps, slavery, genocide campaigns and other forms of organized violence, domestic violence, and childhood sexual or physical abuse is identified as a risk factor. However, it must be remembered that the nature of the trauma is not a diagnostic criterion and C-PTSD can be diagnosed following any traumatic event. Second, symptoms of PTSD are present (i.e. re-experiencing, avoidance of reminders of the trauma, perception of constant threat). Third, symptoms consistent with DSO (i.e. problems with affect regulation, persistent negative beliefs about self, persistent difficulties in developing and maintaining relationships) must be noted. These symptoms could generate persistent and pervasive impairment in one or more spheres of life (i.e. relational, personal, professional), and have been present for at least one month (Cloitre et al., 2013; Maercker et al., 2013; WHO, 2018).

To address the need for a specific measure for the diagnosis of C-PTSD, Cloitre et al. (2018) developed the International Trauma Questionnaire (ITQ). The ITQ is a brief self-administered questionnaire created to assess symptoms of PTSD and C-PTSD, consistent with the ICD-11 nomenclature of maximizing clinical utility and ensuring international applicability (Cloitre et al., 2018; First et al., 2015). The ITQ includes a 'PTSD' scale referencing the three dimensions identified in the ICD-11 (i.e. re-experiencing, avoidance, and feeling constantly threatened), as well as a 'DSO' scale referencing the three dimensions of C-PTSD (i.e. affective dysregulation, disruption in relationships, and negative self-concept) (Cloitre et al., 2018). In order to develop the ITQ items, Cloitre et al. (2018) relied on the work of Brewin et al. (2009) for the PTSD portion (Redican et al., 2021). For the DSO portion, item selection was based on the results of clinical studies using the DSM-IV that examined the most frequently reported symptoms in C-PTSD (Van der Kolk et al., 2005), guided by considerable empirical analysis of the performance of a

large set of potential items (Cloitre et al., 2021; Shevlin et al., 2018) as well as results of a survey of experts and clinicians (Cloitre et al., 2011; Redican et al., 2021).

The original version of the ITQ has proven to be a clinically useful measure with good psychometric properties (Cloitre et al., 2018; 2021), and numerous translations have been published in Europe (Karatzias et al., 2017a; Murphy et al., 2020; Somma et al., 2019; Vang et al., 2021), the Middle East (Cloitre et al., 2018; Gilbar et al., 2018; Vallières et al., 2018), Asia (Ho et al., 2019; 2020; Mordeno et al., 2019), Africa (Owczarek et al., 2020), North America (Cloitre et al., 2019; Cyr et al., 2022) and South America (Donat et al., 2019). A recent systematic review of the literature (Redican et al., 2021) shows that two models fit the ITQ factor structure correctly. The first, modelled with 2 second-order factors reflecting PTSD and DSO, appears to be more appropriate in studies of highly traumatized individuals recruited in clinical populations. The second, modelled with 6 first-order factors correlated with each other, seems to be more appropriate in studies in the general population. Multiple psychometric studies conducted show good internal consistency of the ITQ (e.g. Cloitre et al., 2018; Vang et al., 2021). In terms of convergent validity, it has been established that the ITQ score is positively correlated with the number of aversive events experienced (Karatzias et al., 2017b; Murphy et al., 2020), difficulties in maintaining a coherent sense of self (Cyr et al., 2022), or anxiety and depression (Gilbar, 2020). Where some symptoms appear to be more associated with PTSD (panic disorder, generalized anxiety disorder), others appear to be more associated with C-PTSD (depression, post-traumatic cognitions, emotion regulation) (Hyland et al., 2021b). In terms of divergent validity, the ITQ has been shown to be negatively correlated with quality of life (Cyr et al., 2022). Finally, in a recent network analysis of the interconnection between PTSD/DSO and Borderline Personality Disorder (BPD) in polytrauma patients, Owczarek et al. (2022) showed that C-PTSD symptoms as measured by the ITQ were well distinguished from BPD symptoms. Recent studies conducted with the ITQ in the general population have shown cumulative prevalence rates ranging from about 7-12%. For example, the prevalences of PTSD and C-PTSD are respectively 3.4% and 3.8% in the United States (Cloitre et al., 2019), 5% and 7.7% in Ireland (Hyland et al., 2021b), or 5.1% and 2.7% in Canada (Cyr et al., 2022). Where some studies find a higher prevalence of PTSD than C-PTSD (Ben-Ezra et al., 2018; Rossi et al., 2022), others find the opposite (Møller et al., 2020; Hyland et al., 2021b).

1.1. Objectives of the study

In order to facilitate research on psychotrauma in France, validated measurement tools should be

available. To date and to our knowledge, the ITQ is the only standardized self-administered questionnaire for assessing C-PTSD. Although the ITQ has already been translated into more than 20 languages, no validation in French existed at the time of this study. Recently, a Quebecan French version has been published (Cyr et al., 2022), validated with a sample of 335 French-speaking Quebecers. Given the sometimes important differences in formulations, it seemed necessary to propose a French version adapted to the French context. The objective of our study is to propose a French adaptation of the ITQ to a sample of people living in France. The aim is (a) to produce a French (trans-cultural) translation of the tool, (b) to confirm, in the French population, the factorial structure revealed in the original version as well as the internal consistency of the tool and its various dimensions, (c) to ensure that the tool has good convergent and divergent validity with other measures, (d) and to verify its temporal stability (reliability). Based on the existing literature, we determined the following 5 hypotheses: (1) the ITQ has good internal consistency, as measured by Cronbach's alphas; (2) the best-fitting confirmatory factor model for the ITQ is a model with two second-order factors correlated with each other (PTSD and DSO), each grouping three first-order factors; (3) The ITQ score is positively correlated with measures of trauma exposure, the DSM-5's PTSD, emotional dysregulation, anxiety and depression; (4) The ITQ score is negatively correlated with the measure of perceived quality of life; (5) The reliability of the tool is satisfactory (significant and positive correlations of the ITQ scores at T1 (test) and at T2 (retest)).

2. Method

2.1. ITQ French translation

The ITQ has been translated according to Vallerand's (1989) recommendations for the translation and cross-cultural validation of tests. Three preliminary versions were produced by 6 bilingual translators with a dual French/Anglo-Saxon culture. Three of them translated the original version of the ITQ into French, and the other three performed a reverse translation from French into English. Then, we proceeded with an expert committee group, gathering translators and three PTSD experts, to develop the first French version of the tool. A pre-test was conducted within a community sample and psychologists aware of PTSD who were asked to evaluate the correct understanding of each item on a scale to 1 of 7. A new committee meeting was then organized to review the lowest rated items and to reformulate them if necessary. The final version of the French-ITQ was then included in the online protocol to assess its

psychometric qualities. The table outlining the differences in translation between the Quebecan French version and the French version is available as supplementary material.

2.2. ITQ psychometric evaluation

2.2.1. Procedure

An online survey with LimeSurvey was conducted in the adult general French population between January 11th and March 08th 2022. Respondents were recruited from social networks using a snowball sampling method. Inclusion criteria were age ≥ 18 years, able to communicate fluently in French, and consenting to participate in the study. Participants had to report at least one potentially traumatic event to answer ITQ. Participants were informed of the objectives of the study and potential risks associated. Suicide prevention hotlines and resource centres dedicated to PTSD treatment were specified at the end of the survey. At the first assessment, respondents were invited to provide their email address if they agreed to be contacted again for a follow-up study. Participants who agreed were contacted three weeks after initial survey completion for completion of the ITQ retest. The research protocol met the General Data Protection Regulation criteria and was approved by the local ethics committee (Comité de Protection des Personnes Nord Ouest 1 – N° 21.02325.000023).

2.2.2. Measures

2.2.2.1. The International Trauma Questionnaire (ITQ). In the present study, the French version of the ITQ was used and examined. The ITQ (Cloitre et al., 2018) is an 18-item self-report measure of ICD-11 PTSD and C-PTSD symptoms among adults. Six items represent the three clusters of PTSD (re-experiencing, avoidance and sense of threat) and six others represent the three clusters of Disorders in Self Organization (DSO; 'Affective dysregulation', 'disturbances in relationships' and 'negative self-concept'). Six other items measure functional impairment (social, occupational and other important areas of life) for the PTSD and DSO clusters. Items are scored on a five-point scale from 0 ('Not at all') to 4 ('Extremely'). Respondents indicate how much each symptom has bothered them in the past month. Probable PTSD diagnosis is indicated by endorsement (score ≥ 2) of at least one symptom in each PTSD cluster and associated functional impairment. Probable C-PTSD diagnosis is indicated by endorsement of at least one symptom in each DSO cluster and associated impairment in addition to a diagnosis of PTSD. The full French version of the ITQ is available in supplementary material.

2.2.2.2. The International Trauma Exposure Measure (ITEM). Traumatic exposure was assessed using the French Version of the ITEM (Hyland et al., 2021a) which is a freely available checklist measuring 21 threatening life events among the three developmental periods (0-12 years, 13-18 years, and older than 18 years). Sixteen events reflect the DSM-5 definition of trauma exposure, the other five events are psychologically threatening events that can be considered traumatic in line with ICD-11 guidelines (i.e. being stalked, bullied, neglected or humiliated). We previously translated a French version of the ITEM, using the same process as the French version of the ITQ (Peraud et al., 2022).

2.2.2.3. The post-traumatic checklist for DSM-5 (PCL-5). Convergent validity was assessed using the PCL-5 (Weathers et al., 2013; French version by Ashbaugh et al., 2016). The PCL-5 is a 20-item self-report measure of DSM-5 PTSD symptoms among adults, reflecting the four clusters of PTSD (Intrusions, Avoidance, Negative alterations in cognitions and mood, and Alteration in arousal and reactivity). Items are scored on a five-point scale from 0 ('not at all') to 4 ('extremely'). Respondents indicate how much each symptom has bothered them in the past month. Reliability in the sample was satisfactory ($\alpha = .93$).

2.2.2.4. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). The DERS (Gratz & Roemer, 2004; French version by Dan-Glauser & Scherer, 2013) is a 36-item self-report measure which assesses six dimensions of emotion regulation problems: Non acceptance (difficulty accepting negative emotions); Goals (difficulty in goal-directed behaviour when distressed); Impulse (problems controlling behaviours when distressed); Strategies (limited access to adaptive emotion regulation skills); Clarity (problems differentiating emotional states); Awareness (limited ability to identify emotions). Each item is rated on a 5-point scale. Reliability in the sample was satisfactory ($\alpha = .94$).

2.2.2.5. The 5-item World Health Organization well-being index (WHO 5). The WHO-5 is a short and generic global rating scale measuring subjective well-being, widely used over the world (Topp et al., 2015). Respondents indicate how well each item applies to them during the last 14 days on a five-point likert scale going from 0 ('none of the time') to 5 ('all of the time'). Reliability in the sample was satisfactory ($\alpha = .90$).

2.2.2.6. The Hospital Anxiety and Depression scale (HADS). The HADS (Zigmond & Snaith, 1983) is a 14-item self-report measure used to assess states of

anxiety and depression. Items are scored on a 4-point scale rating from 0 to 3. The French version of this scale has been introduced by Lépine et al. (1985) and has since been validated in clinical (Razavi et al., 1989; Untas et al., 2009) and non clinical samples (Bocéréan & Dupret, 2014). Reliability in the sample was acceptable for anxiety ($\alpha = .75$) and depression ($\alpha = .81$) subscales.

2.2.3. Statistical analysis

To test the psychometric properties of the French ITQ version, we tested internal consistency, factor structure, convergent and discriminant validities, and test-retest reliability. Internal consistency was tested by calculating Cronbach's α , setting the acceptability threshold at .70 (Tavakol & Dennick, 2011). For the factorial structure of the French version of the ITQ, we compared different theoretical models based on the ICD-11 definitions of PTSD and C-PTSD, using confirmatory factor analyses (CFA) with Maximum likelihood with robust standard errors (MLR) as the estimation method. We tested 7 models which are compiled from previous research concerning the factorial structure of the ITQ (Armour et al., 2021; Haselgruber et al., 2020). The 7 models used in this study are shown in Figure 1. Model 1 estimates a single-factor model, with all symptoms loading on a single latent variable (CPTSD). Model 2 estimates a six-factor model with six correlated first-order factors (Av, Re, Th, AD, NSC and DR). Model 3 estimates six first-order factors, with one single second-order factor (CPTSD). Model 4 estimates six first-order factors, with two correlated second-order factors (PTSD and DSO). Av, Re and Th load on the second-order factor PTSD, AD, NSC and DR load on the second-order factor DSO. Model 5 estimates PTSD symptoms loading directly on the PTSD factor, while DSO symptoms load on their respective first-order factors (AD, NSC, DR), which load on the DSO factor. In model 6, PTSD symptoms load on their respective first-order factors (Av, Re, Th), which load on the PTSD factor, while DSO symptoms load directly on the DSO factor. In model 7, PTSD and DSO symptoms load directly on their respective factors (PTSD and DSO).

The selected fitting statistics and acceptability thresholds are those established by Hooper et al. (2008) and Steiger (2007): Comparative fit index (CFI) > .95; Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) < .07; Standardized root mean square residual (SRMR) < .08; Adjusted Goodness-of-Fit statistic (AGFI) > .90. We chose the Bayesian Information Criterion (BIC) as a comparison index between models, so that a decrease in the BIC corresponds to a better fit and a difference of 10 indicates a significant difference (Raftery, in Bauldry, 2015). For convergent and discriminant validity, Spearman correlations were performed between the total scores and the

different symptom clusters of the ITQ and the scores obtained on the PCL-5, the DERS, the WHO-5, and the HADS. Finally, test-retest reliability was verified by Spearman correlations between the ITQ scores obtained at T1 and those obtained at T2, and also by calculation of the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) between the two measurement times.

2.2.4. Characteristics of the sample

Of the 750 people who responded to the French version of the ITQ, 669 (89.2%) were women, 68 (9.07%) were men and 13 (1.73%) belonged to gender minorities. The mean age was 34.40 years (SD = 12.90). Among study participants, most were single ($n = 223$, 29.73%), in a couple or common-law couple ($n = 296$, 39.47%), and married or in a civil union ($n = 178$, $n = 23.73\%$). The sample was mainly composed of executives and knowledge workers ($n = 232$, 30.93%), students ($n = 224$, 29.87%) and employees ($n = 137$, 18.27%). Education levels were mostly Bachelor degree ($n = 266$, 35.47%), Master degree ($n = 260$, 34.67%) and High School degree ($n = 160$, 21.33%).

Table 1 presents the descriptive statistics of exposure to aversive experiences during childhood, adolescence and adulthood. The mean of aversive experiences experienced by our sample was 7.92 events. 458 participants (61.07%) in the sample had aversive experiences in childhood, 596 (79.47%) in adolescence, and 637 (84.93%) as adults. The full description of every aversive experience measured in this study by the ITEM is available in supplementary material.

3. Results

3.1. ITQ descriptive statistics

Table 2 presents descriptive statistics and Cronbach's α for each dimension and total score of the ITQ. The means of the ITQ scores were 15.87 (SD = 10.53) for the total score, 7.74 (SD = 6.02) for the PTSD scale, and 8.12 (SD = 5.83) for DSO.

3.2. Factorial structure

Table 3 presents every fitting statistic for each model tested with CFA. Models 2 and 4 are both well-adjusted. When comparing the two models, the BIC value for Model 4 is lower than Model 2 and the difference between the two BIC values is 10, indicating a significantly better adjustment for Model 4. Figure 2 represents a graphical modelling of the factor structure of model 4.

According to Table 4, all items loaded significantly and positively into the first-order factors representative of their respective symptom clusters, ranging from 0.73–0.93 for the PTSD indicators and 0.47–

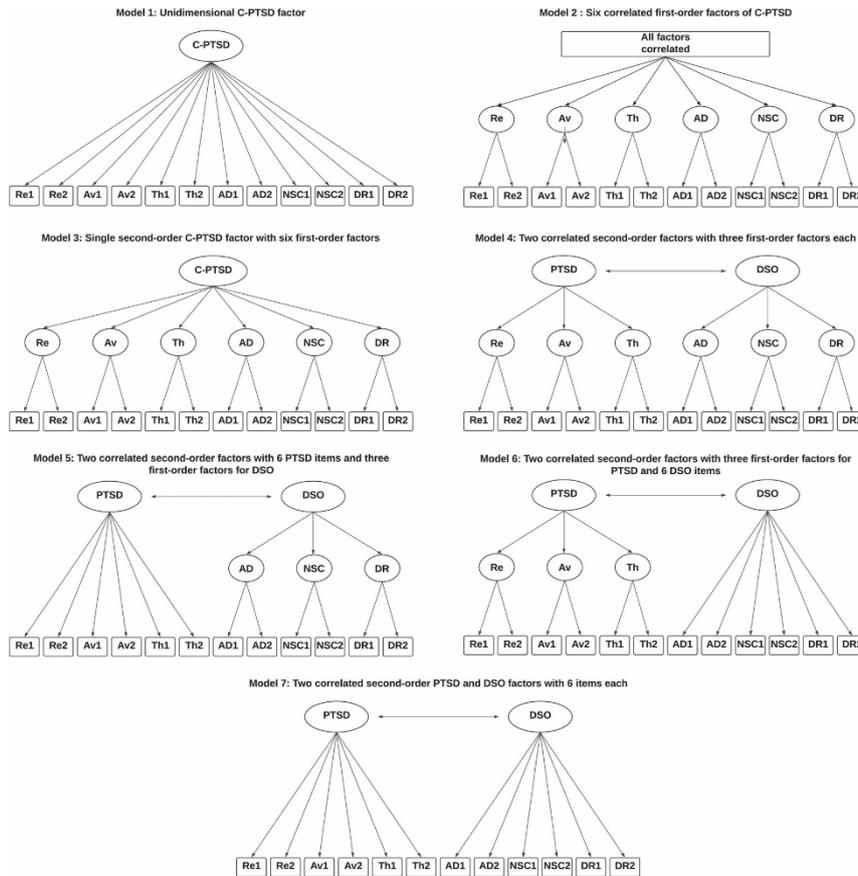


Figure 1. Seven models tested with ITQ scores. Note: Re = Re-experiencing; Av = Avoidance; Th = Sense of Threat; AD = Affective Dysregulation; NSC = Negative Self Concept; DR = Disturbances in Relationships; DSO = Disturbances in Self-Organization.

0.97 for the DSO indicators. All of the second-order loadings for the PTSD and DSO latent variables were high, positive and significant at $p < .01$. As expected, in Model 4, PTSD and DSO were highly correlated ($r = .74$; $p < .01$).

.77 to .95 for ITQ symptoms clusters, .85 for the six PTSD items, .84 for the six DSO items and .89 for the total ITQ score. The only exception was for the 'Affective Dysregulation' cluster ($\alpha = .40$). Descriptive statistics and Cronbach's α for every scale used in this study are available in Table 5.

3.3. Internal consistency

Cronbach's α of the various dimensions and total ITQ scores are above the .70 acceptability threshold: from

Table 1. Descriptive statistics of aversive experiences measured ($n = 750$).

Aversive events	N with at least one event				
		Mean	SD	Min	Max
Total events	750	7.92	5.71	1	38
Childhood events	458 (61.07%)	1.88	2.24	0	13
Adolescence events	596 (79.47%)	2.98	2.65	0	16
Adulthood events	637 (84.93%)	3.06	2.69	0	17

Note: SD = Standard deviation.

Table 2. ITQ French version descriptive statistics and internal consistency ($n = 750$).

ITQ dimensions	Mean	SD	Min	Max	Cronbach's α
ITQ-Total	15.87	10.53	0	48	.89
ITQ-PTSD	7.74	6.02	0	24	.85
Re	1.83	2.10	0	8	.77
Av	2.87	2.50	0	8	.77
Th	3.05	2.70	0	8	.87
ITQ-DSO	8.12	5.83	0	24	.84
AD	2.39	2.61	0	8	.40
NSC	2.39	2.49	0	8	0.95
DR	2.96	2.49	0	8	0.82

Note: SD = Standard deviation; Re = Re-experiencing; Av = Avoidance; Th = Sense of Threat; AD = Affective Dysregulation; NSC = Negative Self Concept; DR = Disturbances in Relationships; DSO = Disturbances in Self-Organization.

Table 3. Comparison of alternative models of ICD-11 based on ITQ French version's results.

Model	CFI	RMSEA	SRMR	AGFI	BIC
1	.615	.216	.102	.562	27461.374
2	.975	.064	.038	.931	25771.778
3	.942	.089	.061	.881	25882.974
4	.971	.064	.043	.932	25750.695
5	.895	.117	.062	.819	26105.166
6	.862	.134	.095	.759	26266.917
7	.787	.162	.106	.687	26621.417

Note: CFI = Comparative fit index; RMSEA = Root mean square error of approximation; SRMR = Standardized root mean square residual; AGFI = Adjusted goodness-of-fit statistic; BIC = Bayesian information criterion.

3.4. Convergent and discriminant validities

Table 6 shows the different correlations between the ITQ scores and dimensions and the other scales used. PTSD and DSO subscales were positively correlated with the HADS Anxiety subscale (.60, $p < .01$ vs .57, $p < .01$), the HADS Depression subscale (.49, $p < .01$ vs .64, $p < .01$), the PCL-5 (.87, $p < .01$ vs .75, $p < .01$), the DERS Impulse subscale (.12, $p < .01$ vs .07, $p = .07$), the DERS Strategies subscale (.34, $p < .01$ vs .45, $p < .01$), the DERS Clarity subscale (.43, $p < .01$ vs .57, $p < .01$), and the DERS Awareness subscale (.18, $p < .01$ vs .29, $p < .01$). The only exception was the non-significant correlation between the AD symptom cluster and the DERS Impulse subscale ($-.008$, $p = .83$). PTSD and DSO subscales were negatively correlated with the WHO-5 ($-.50$, $p < .01$ vs $-.65$, $p < .01$), the DERS Goals subscale ($-.27$, $p < .01$ vs $-.35$, $p < .01$), and the DERS Non acceptance subscale ($-.35$, $p < .01$ vs $-.42$, $p < .01$). The strongest relationship was found between the PTSD subscale and the PCL-5 (.87, $p < .01$) and the weakest between the AD symptom cluster and the DERS Impulse subscale ($-.008$, $p = .83$).

3.5. Test-retest reliability

Three hundred and thirty-two people responded to the second step of the study, approximately three weeks later. Table 7 presents the various Spearman correlations and intraclass correlation coefficients between the two measurement times on the scores obtained on the ITQ. The correlations between the two measurement times are .77 for the PTSD subscale and .83 for the DSO subscale, and range from .68 to .83 for the symptom clusters. The overall intraclass correlation coefficients are significant at $p < .01$, are .767 and .830 for the PTSD and DSO scales, respectively, and range from .582 to .838 for the symptom clusters.

4. Discussion

The objective of this study was to propose a Franco-phone validation of the ITQ, in France. Overall, the

French version of the ITQ showed satisfactory psychometric qualities. Its factorial structure was equivalent to the original version and the scale and its different subscales showed good internal consistency overall. The French version of the ITQ showed good convergent and divergent validity, as well as good test-retest reliability.

In this study, both the second-order two-factor model and the correlated first-order six-factor model had good fits. When comparing the two models using the BIC, the two-factor second-order model had the lowest value with a difference greater than 10, indicating a significantly better fit compared to the six-factor first-order correlated model. These two explanatory models of ICD-11 PTSD and C-PTSD measured by the ITQ are the best fit in the majority of previous studies, as explained in a literature review based on the factor structure analysis of the ITQ (Redican et al., 2021). According to this review, the two-factor second-order model would be more appropriate for clinical population studies, whereas the six-factor first-order correlated model would be preferred in general population studies. Although this hypothesis has been confirmed in many studies, the two-factor second-order model was the best fit in some general population research (Cyr et al., 2022; Redican et al., 2021). In comparison with the Quebecan French version (Cyr et al., 2022), both studies retained the second-order two-factor model as the best fit, and the fit indices are satisfactory for both the Quebecan French version (RMSEA = .045, SRMR = .034, CFI = .975) or the French version (RMSEA = .064, SRMR = .043, CFI = .971). This research provides further evidence on the need for more studies to get as close as possible to the concepts of PTSD and C-PTSD as defined by the ICD-11 when choosing ITQ factor structure.

The internal consistency of the French version of the ITQ is good, except for the Affective Dysregulation subdimension ($\alpha = .40$). This is found in several studies (Cyr et al., 2022; Redican et al., 2021) and is consistent both theoretically and clinically. The 'AD' subdimension measures two opposing aspects of affective dysregulation reflecting affective under- and over-regulation (hyper-activation and hypo-activation), two modalities that are frequently and separately found in trauma patients.

4.1. Strengths and interests of the research

To our knowledge and to date, this study is the first to propose a version of the ITQ adapted to the French population, and thus makes available a first valid measurement tool for PTSD and C-PTSD according to the ICD-11 in France, with the advantage of being an economical scale in terms of time and therefore easily usable in clinical routine. The contributions of

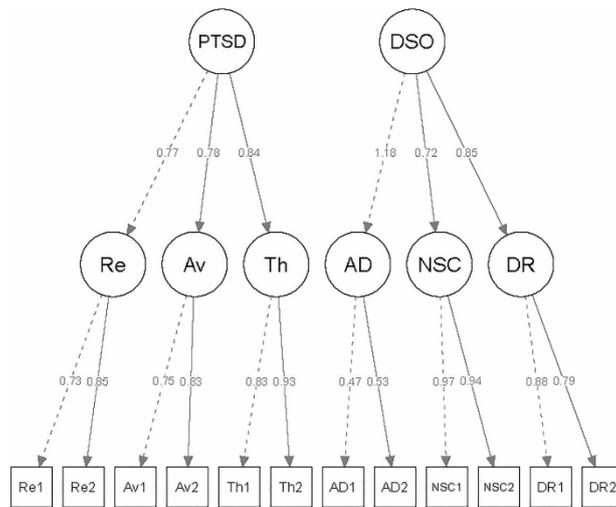


Figure 2. Graphical modeling of the factor structure of Model 4. Note: Re = Re-experiencing; Av = Avoidance; Th = Sense of Threat; AD = Affective Dysregulation; NSC = Negative Self Concept; DR = Disturbances in Relationships; DSO = Disturbances in Self-Organization.

this tool are numerous, where the prevalence data of C-PTSD are still very limited or even non-existent in France and while this disorder seems to affect a significant part of the general and clinical population (Karatzias et al., 2017a). In this sense, this study is, to our knowledge, the first to provide data on C-PTSD as defined by the ICD-11 in France. It can also be observed in clinical practice that some patients sometimes present erroneous or incomplete diagnoses, in the absence of validated identification tools. This new tool will help research on this disorder, facilitate its identification in the field, and consequently help raise awareness among health professionals for a more appropriate care of patients.

Table 4. Standardized factor loadings for Model 4 (six first-order factors, with two correlated second-order factors) ($N = 750$).

Item	Re	Av	Th	AD	NSC	DR
Re1	0.73					
Re2	0.85					
Av1		0.75				
Av2		0.83				
Th1			0.83			
Th2			0.93			
AD1				0.47		
AD2				0.53		
NSC1					0.97	
NSC2					0.94	
DR1						0.88
DR2						0.79
2nd factor order						
PTSD	0.77	0.78	0.84			
DSO				1.18	0.72	0.85

Note: All loadings and correlations are statistically significant at $p < .01$. Re = Re-experiencing; Av = Avoidance; Th = Sense of Threat; AD = Affective Dysregulation; NSC = Negative Self Concept; DR = Disturbances in Relationships; DSO = Disturbances in Self-Organization.

4.2. Limits

As our sample is largely composed of young women with a rather high level of education, it is clear that certain profiles of people may have been missed in our study, such as elderly, precarious or marginalized people. As our study was conducted on a general population recruited via social networks, it is likely that the profile of our population is directly attributable to our methodology. Studies conducted via social networks have multiple biases that may influence both the population reached (limited to social network consumers and favouring profiles of young, white, and rather privileged women) (Peraud et al., 2021; Whitaker et al., 2017) and the rate of engagement (ability to leave the questionnaire at any time). It is also possible that those most impacted by their traumas were unable to complete the questionnaire. However, the meta-analysis by Jaffe et al. (2015) blunted this idea by highlighting that online protocols would be less likely to generate distress related to the recall of events compared to interviews, and this distress seems to be compensated by other positive aspects such the feeling of helping other victims by having participated in the survey.

This validation study was conducted with a general population exposed to potentially traumatic events. It is therefore not representative of the French population and does not constitute a snapshot of patients who may be found in trauma centres, limiting the generalization of our results. In the future, it seems necessary that the French version of the ITQ be validated in different contexts, and particularly in the

Table 5. Descriptive statistics for every scale used (n = 750).

Variable	Mean	SD	Minimum	Maximum	Cronbach's α
HAD - Anxiety	9.29	3.96	0	20	.75
HAD - Depression	6.00	4.00	0	20	.81
WHO-5 - Total	12.25	5.69	0	25	.90
PCL-5	28.22	18.16	0	78	.93
DERs - Total	104.79	10.10	71	136	.94

Note: SD = Standard deviation; HAD = Hospital Anxiety and Depression scale; WHO 5 = the 5-item World Health Organization well-being index; PCL-5 = the Post-Traumatic Checklist for DSM-5; DERs = Difficulties in Emotion Regulations Scale.

Table 6. Correlations between ITQ scores and subscales and HADS, WHO-5, PCL-5 and DERs using Spearman's ρ .

ITQ dimensions	HADS Anxiety	HADS Depression	WHO-5	PCL-5	DERs Goals	DERs Impulse	DERs Strategies	DERs Non acceptance	DERs Clarity	DERs Awareness
ITQ-PTSD	.60**	.49**	-.50**	.87**	-.27**	.12**	.34**	-.35**	.43**	.18**
Re	.47**	.38**	-.39**	.68**	-.20**	.12**	.25**	-.29**	.31**	.15**
Av	.42**	.42**	-.37**	.70**	-.21**	.06	.25**	-.24**	.35**	.19**
Th	.58**	.43**	-.46**	.78**	-.24**	.12**	.33**	-.34**	.39**	.12**
ITQ-DSO	.57**	.64**	-.65**	.75**	-.35**	.07	.45**	-.42**	.57**	.29**
AD	.45**	.51**	-.53**	.57**	-.34**	-.008	.42**	-.31**	.49**	.26**
NSC	.53**	.51**	-.53**	.62**	-.30**	.10**	.37**	-.44**	.43**	.21**
DR	.43**	.57**	-.55**	.64**	-.25**	.05	.33**	-.29**	.50**	.26**

Note: ** = Significant at $p < .01$. Re = Re-experiencing; Av = Avoidance; Th = Sense of Threat; AD = Affective Dysregulation; NSC = Negative Self Concept; DR = Disturbances in Relationships; DSO = Disturbances in Self-Organization; HADS = Hospital Anxiety and Depression rating Scale; WHO-5 = 5-item World Health Organization well-being index; PCL-5 = Post-Traumatic Checklist for DSM-5; DERs = Difficulties in Emotion Regulation Scale.

Table 7. Spearman's ρ correlations and intraclass correlation coefficient between the two measurement times at the ITQ scores and subscales (n = 332).

ITQ dimensions	Spearman's ρ	ICC
ITQ-PTSD	.77**	.767**
Re	.71**	.696**
Av	.61**	.582**
Th	.65**	.659**
Impairments	.67**	.696**
ITQ-DSO	.83**	.830**
AD	.68**	.691**
NSC	.83**	.838**
DR	.76**	.755**
Impairments	.71**	.732**

Note: ** = Significant at $p < .01$. Re = Re-experiencing; Av = Avoidance; Th = Sense of Threat; AD = Affective Dysregulation; NSC = Negative Self Concept; DR = Disturbances in Relationships; DSO = Disturbances in Self-Organization; ICC = intraclass correlation coefficient.

general population, with lower exposure to PTSD/C-PTSD (Hyland et al., 2017b; Wolf et al., 2015), and in the clinical population where the prevalences seem higher and the symptoms more intense (Cloitre et al., 2018; Hyland et al., 2017a; Karatzias et al., 2016).

5. Conclusion

Our study provides a French version of the ITQ with satisfactory psychometric qualities and in conformity with the original version of the ITQ. The factorial structure of the tool supports the distinction between PTSD and DSO symptoms provided by the ICD-11, even if model 2 also presents good statistical indices. The validation of the French ITQ is a first step towards having a PTSD and C-PTSD assessment tool adapted to the ICD-11 criteria in France. It is important that this scale be tested both in research

and in clinical settings, with other populations, so that our results can be replicated or not. Although this scale is a significant contribution, like any self-questionnaire on post-traumatic symptoms, it is not sufficient on its own to make a diagnosis. Other tools need to be developed and validated in France, such as the International Trauma Interview (ITI) (Gelezelyte et al., 2022), a clinical interview for the assessment of PTSD and C-PTSD according to the ICD-11. These new perspectives should facilitate screening and thus promote earlier and more optimal treatment of these disorders.

Acknowledgements

We thank Maria Karimov-Zwienenberg, Chloe Salway, Pascale Swedsen and Dr. Erwan Dieu for their help in translating this tool.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the author(s).

Funding

This work was supported by Ligue Contre le Cancer [grant no. DOCSHS22-019].

Data availability statement

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author [WP], upon reasonable request.

ORCID

W. Peraud  <http://orcid.org/0000-0002-2768-3185>

References

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn) (DSM-IV)*. APA.
- Armour, C., Robinson, M., & Ross, J. (2021). Factor structure of the international trauma questionnaire in UK armed forces veterans residing in northern Ireland. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1924954. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1924954>
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PloS one*, *11*(10), e0161645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Bauldry, S. (2015). Structural Equation Modeling. In J. D. Wright (Ed.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences (Second Edition)* (pp. 615–620). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.44055-9>.
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Lueger-Schuster, B., & Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, *35*(3), 264–274. <https://doi.org/10.1002/da.22723>
- Bocéréan, C., & Dupret, E. (2014). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry*, *14*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0354-0>
- Brewin, C. R. (2020). Complex post-traumatic stress disorder: A new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, *26*(3), 145–152. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.48>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., & Somasundaram, D. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, *58*, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, *22*(5), 366–373. <https://doi.org/10.1002/jts.20443>
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, *24*(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *4*(1), 20706. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 post-traumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress*, *32*(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Cloitre, M., Hyland, P., Prins, A., & Shevlin, M. (2021). The international trauma questionnaire (ITQ) measures reliable and clinically significant treatment-related change in PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1930961. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1930961>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *138*(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cyr, G., Belanger, C., & Godbout, N. (2022). French translation and validation of the international trauma questionnaire in a Canadian community sample. *Child Abuse & Neglect*, *128*, 105627. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105627>
- Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). The difficulties in emotion regulation scale (DERS). *Swiss Journal of Psychology*, *72*(1), 5–11. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000093>
- Donat, J. C., Lobo, N. D. S., Jacobsen, G. D. S., Guimarães, E. R., Kristensen, C. H., Berger, W., & Nascimento, E. (2019). Translation and cross-cultural adaptation of the international trauma questionnaire for use in Brazilian Portuguese. *Sao Paulo Medical Journal*, *137*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2019.0066070519>
- First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E., & Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, *14*(1), 82–90. <https://doi.org/10.1002/wps.20189>
- Gelezelyte, O., Roberts, N. P., Kvedaraitė, M., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Cloitre, M., Kairytė, A., Karatzias, T., Shevlin, M., & Kazlauskas, E. (2022). Validation of the international trauma interview (ITI) for the clinical assessment of ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian sample. *European Journal of Psychotraumatology*, *13*(1), 2037905. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2037905>
- Gilbar, O. (2020). Examining the boundaries between ICD-11 PTSD/CPTSD and depression and anxiety symptoms: A network analysis perspective. *Journal of Affective Disorders*, *262*, 429–439. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.060>
- Gilbar, O., Hyland, P., Cloitre, M., & Dekel, R. (2018). ICD-11 complex PTSD among Israeli Male perpetrators of intimate partner violence: Construct validity and risk factors. *Journal of Anxiety Disorders*, *54*, 49–56. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.004>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Haselgruber, A., Sölvä, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *141*(1), 60–73. <https://doi.org/10.1111/acps.13100>
- Ho, G. W., Hyland, P., Shevlin, M., Chien, W. T., Inoue, S., Yang, P. J., Chen, F. H., Chan, A. C., & Karatzias, T. (2020). The validity of ICD-11 PTSD and complex PTSD in east Asian cultures: Findings with young adults from China, Hong Kong, Japan, and Taiwan. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*(1), 1717826. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717826>

- Ho, G. W., Karatzias, T., Cloitre, M., Chan, A. C., Bressington, D., Chien, W. T., Hyland, P., & Shevlin, M. (2019). Translation and validation of the Chinese ICD-11 international trauma questionnaire (ITQ) for the assessment of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD). *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), 1608718. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1608718>
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, *6*(1), 53–60.
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., & Brewin, C. R. (2021a). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for DSM-5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *13*(2), 133. <https://doi.org/10.1037/tra0000908>
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., Christoffersen, M., & Cloitre, M. (2017a). Variation in post-traumatic response: The role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*(6), <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2017b). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the international trauma questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *136*(3), 313–322. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>
- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., & Shevlin, M. (2021b). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the republic of Ireland: Prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *56*(4), 649–658. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01912-x>
- Jaffe, A. E., DiLillo, D., Hoffman, L., Haikalis, M., & Dykstra, R. E. (2015). Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical Psychology Review*, *40*, 40–56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.004>
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., & Brewin, C. R. (2017a). PTSD and complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(sup7), 1418103. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders*, *44*, 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.009>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2017b). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, *207*, 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>
- Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. H. (1985). Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne [Anxiety and depression evaluation in patients hospitalized in an internal medicine unit]. *Annales Médico-Psychologiques*, *143*(2), 175–189.
- Maercker, A., Brewin, C., Bryant, R., Cloitre, M., & Reed, G. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the international classification of diseases-11. *The Lancet*, *381*(9878), [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6)
- Mordeno, I. G., Nalipay, M. J. N., & Mordeno, E. R. (2019). The factor structure of complex PTSD in combat-exposed Filipino soldiers. *Psychiatry Research*, *278*, 65–69. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.035>
- Møller, L., Augsburger, M., Elklit, A., Søgaard, U., & Simonsen, E. (2020). Traumatic experiences. ICD-11, PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *141*(5), 421–431. <https://doi.org/10.1111/acps.13161>
- Murphy, D., Shevlin, M., Pearson, E., Greenberg, N., Wessely, S., Busuttill, W., & Karatzias, T. (2020). A validation study of the international trauma questionnaire to assess post-traumatic stress disorder in treatment-seeking veterans. *The British Journal of Psychiatry*, *216*(3), 132–137. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.9>
- Owczarek, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Vallières, F., & Shevlin, M. (2020). Testing the factor structure of the international trauma questionnaire (ITQ) in African community samples from Kenya, Ghana, and Nigeria. *Journal of Loss and Trauma*, *25*(4), 348–363. <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1689718>
- Owczarek, M., Karatzias, T., McElroy, E., Hyland, P., Kratzer, L., Knefel, M., Grandison, G., Ho, G. W., Morris, D., & Shevlin, M. (2022). Borderline personality disorder (BPD) and complex post traumatic stress disorder (CPTSD): A network analysis in a highly traumatised clinical sample. *Journal of Personality Disorders*.
- Peraud, W., Hebrard, L., Lavandier, A., Brennstuhl, M. J., & Quintard, B. (2022). French cross-cultural adaptation and validation of the international trauma exposure measure (ITEM) in a French community sample. *Manuscript in preparation*.
- Peraud, W., Quintard, B., & Constant, A. (2021). Factors associated with violence against women following the COVID-19 lockdown in France: Results from a prospective online survey. *PLoS one*, *16*(9), e0257193. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257193>
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1989). Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de psychologie appliquée*.
- Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the international trauma questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, *79*, 102381. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102381>
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Carmassi, C., Rossi, A., Di Lorenzo, G., & Hyland, P. (2022). The Italian version of the international trauma questionnaire: Symptom and network structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder in a sample of late adolescents exposed to a natural disaster. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.859877>
- Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2018). A psychometric assessment of disturbances in self-organization symptom indicators for ICD-11 complex PTSD using the international trauma

- questionnaire. *European Journal of Psychotraumatology*, 9 (1), 1419749. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1419749>
- Somma, A., Maffei, C., Borroni, S., Gialdi, G., & Fossati, A. (2019). Post traumatic reactions as individual differences: Latent structure analysis of the international trauma questionnaire in Italian trauma-exposed and non-trauma exposed adults. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 7, 1. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2019.7.2058>
- Steiger, J. H. (2007). Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 893–898. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.017>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Untas, A., Aguirrezabal, M., Chauveau, P., Leguen, E., Combe, C., & Rasclé, N. (2009). Anxiété et dépression en hémodialyse: Validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Néphrologie & Thérapeutique*, 5(3), 193–200. <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2009.01.007>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662. <https://doi.org/10.1037/h0079856>
- Vallières, F., Ceant, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., Byrne, S., Shevlin, M., Murphy, J., & Hyland, P. (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: The factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 547–557. <https://doi.org/10.1111/acps.12973>
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389–399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- Vang, M. L., Dokkedahl, S. B., Løkkegaard, S. S., Jakobsen, A. V., Møller, L., Auning-Hansen, M. A., & Elklit, A. (2021). Validation of ICD-11 PTSD and DSO using the international trauma questionnaire in five clinical samples recruited in Denmark. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1894806. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1894806>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5). *Scale available from the National Center for PTSD at www.Ptsd.va.gov*, 10(4), 206. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Whitaker, C., Stevelink, S., & Fear, N. (2017). The use of Facebook in recruiting participants for health research purposes: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8), e290. <https://doi.org/10.2196/jmir.7071>
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B. P., Keane, T. M., Rosen, R. C., & Friedman, M. J. (2015). ICD-11 complex PTSD in US national and veteran samples: Prevalence and structural associations with PTSD. *Clinical Psychological Science*, 3(2), 215–229. <https://doi.org/10.1177/2167702614545480>
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. WHO.
- World Health Organization. (2018). *ICD-11: International classification of diseases 11th revision*. WHO. (<https://icd.who.int/en/>). Accessed 19 Jul 2022.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Annexe 5. Protocole de recherche pour l'adaptation et validation transculturelle de l'ITQ (Peraud et al., 2022)

Validation française de l'ITQ

Note d'information :

Dans le cadre d'une recherche en Sciences Humaines et Sociales menée à l'Université de Bordeaux, nous vous invitons à participer à une étude scientifique visant à **valider en langue française un questionnaire évaluant les répercussions psychologiques d'événements de vie difficiles**. Cette recherche est réalisée par William PERAUD (Psychologue et Doctorant en Psychologie, Université de Bordeaux) et sous la direction de Bruno QUINTARD (Professeur des Universités en Psychologie, Université de Bordeaux). Cette recherche est sans bénéfice direct pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'apporter un nouvel outil de repérage aux psychologues accompagnant des personnes ayant vécu des traumatismes psychologiques. Nous vous remercions par avance pour votre aide précieuse.

Nature des données collectées et confidentialité :

Nous collecterons des données liées à **votre histoire de vie, les répercussions qu'ont pu avoir certains événements sur votre vie et votre manière de réguler vos émotions**. Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de cette recherche seront collectées, sur la seule base de vos réponses. Les données recueillies seront stockées en lieu sûr et traitées statistiquement le temps de la recherche, puis archivées durant 5 ans. Elles sont à la seule destination du collecteur de données (William PERAUD) et du directeur de l'étude (Pr. Bruno QUINTARD), et seront traitées de manière confidentielle et dans le respect de votre anonymat.

Déroulement de l'étude :

Cette étude est composée d'une série de questionnaires dont la durée totale estimée pour y répondre est d'environ **20 minutes**. Certaines questions ou énoncés pourront vous paraître répétitifs, intrusifs, dérangeants ou bouleversants. En cas de difficultés ou pour tout autre questionnement, merci de prendre contact avec l'investigateur principal de cette recherche par le biais de l'adresse suivante : william.peraud@u-bordeaux.fr (<mailto:william.peraud@u-bordeaux.fr>). Vous trouverez également à la fin de l'étude plusieurs ressources proposant des permanences d'écoute ou une prise en charge psychologique dans toute la France.

Cette recherche comprend deux temps de mesure (maintenant et dans 3 semaines). Si vous acceptez de participer à cette recherche, il peut vous être demandé de fournir une adresse mail. Cette adresse sera uniquement utilisée pour vous recontacter au second temps de l'étude. Vous êtes libre de ne pas l'indiquer si vous ne souhaitez pas être recontacté.e.

Informations juridiques essentielles :

Les données recueillies dans cette recherche sont **anonymes et strictement confidentielles**. Cette recherche est conforme au référentiel de méthodologie de référence MR-003 de la Commission Nationale Information et Libertés (CNIL) et a été approuvée par un Comité de Protection des Personnes (CPP ; sous réserve de validation).

L'Université de Bordeaux procède à cette enquête dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 (RGPD), de la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifié par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 et de l'Ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018. A ce titre, l'Université de Bordeaux est reconnue comme Responsable du traitement de vos données à caractère personnel, représenté par son Président, Monsieur Manuel TUNON DE LARA, 35 Place PEY BERLAND, 33000 BORDEAUX (sous réserve de validation par le DPO de l'Université de Bordeaux).

Droit de la personne concernée et fondement juridique du RGPD:

Votre participation à cette étude est volontaire et repose sur un consentement libre et éclairé. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement quelles que soient vos raisons et cela sans supporter aucune responsabilité. Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) (article n° 15-16-17-18-19-21), vous disposez d'un droit d'accès à vos données à caractère personnel ainsi que d'un droit de rectification de celles-ci. Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement des données ainsi que d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vous disposez par ailleurs d'un droit d'effacement de vos données sous réserve que la suppression de vos données ne compromette pas gravement la recherche. Vos droits s'exercent auprès de l'investigateur à l'adresse suivante : william.peraud@u-bordeaux.fr

Pour toute information relative à la protection de vos données, ou en cas de difficultés dans l'exercice de vos droits, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données en écrivant à : dpo@u-bordeaux.fr

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale de l'informatique et des libertés depuis le site internet de la CNIL <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par courrier à l'adresse suivante :

Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) 3 Place de Fontenoy,
TSA 80715
75334 PARIS CEDEX 07

Merci de votre participation à cette recherche.

Notice d'information

En continuant, vous confirmez :

Avoir lu et donner mon accord pour participer à cette recherche. *

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Avoir plus de 18 ans et ne pas bénéficier d'un statut de majeur protégé. *

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Un majeur protégé est une personne sous protection juridique (e.g. tutelle, curatelle).

Lire et écrire couramment le français. *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

HADS

Dans la série de questions ci-dessus, merci de cocher la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé **au cours de la dernière semaine**. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	La plupart du temps	Souvent	De temps en temps	Jamais
Je me sens tendu·e ou énervé·e.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui, tout autant	Pas autant	Un peu seulement	Presque plus
Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui, très nettement	Oui, mais ce n'est pas trop grave	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	Pas du tout
J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Autant que par le passé	Plus autant qu'avant	Vraiment moins qu'avant	Plus du tout
Je ris facilement et vois le bon côté des choses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Très souvent	Assez souvent	Occasionnellement	Très occasionnellement
Je me fais du souci.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Rarement	Assez souvent	La plupart du temps
Je suis de bonne humeur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui, quoi qu'il arrive	Oui, en général	Rarement	Jamais
Je peux rester tranquillement assis·e à ne rien faire et me sentir décontracté·e.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Presque toujours	Très souvent	Parfois	Jamais
J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Plus du tout	Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention	J'y prête autant d'attention que par le passé
Je ne m'intéresse plus à mon apparence.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui, c'est tout à fait le cas	Un peu	Pas tellement	Pas du tout
J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Autant qu'avant	Un peu moins qu'avant	Bien moins qu'avant	Presque jamais
Je me réjouis par avance à l'idée de faire certaines choses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Vraiment très souvent	Assez souvent	Pas très souvent	Jamais
J'éprouve des sensations soudaines de panique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Souvent	Parfois	Rarement	Très rarement
Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ITEM

Nous aimerions savoir si vous avez vécu un ou plusieurs des événements de vie difficiles ci-dessous au cours de différentes périodes de votre vie. Merci de lire la description de chaque événement et d'indiquer si vous l'avez vécu dans votre enfance, adolescence et/ou à l'âge adulte.

	Avant ou pendant votre scolarité à l'école primaire (ou jusqu'à 10/11 ans)	Pendant vos études secondaires : collège/lycée (ou entre 11 ans et 18 ans)	Après vos études secondaires (ou après l'âge de 18 ans)
On vous a diagnostiqué une maladie grave (potentiellement mortelle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'un de vos proches est décédé de façon tragique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'un de vos proches a reçu un diagnostic de maladie potentiellement mortelle ou a vécu un accident potentiellement mortel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelqu'un a menacé votre vie avec une arme (couteau, fusil, bombe, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été agressé-e physiquement (coup de poing, de pied, gifle, vol avec violence, etc...) par un parent ou tuteur légal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été agressé-e (coup de poing, de pied, gifle, vol avec violence, etc...) par une personne autre que votre parent ou tuteur légal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Avant ou pendant votre scolarité à l'école primaire (ou jusqu'à 10/11 ans)	Pendant vos études secondaires : collège/lycée (ou entre 11 ans et 18 ans)	Après vos études secondaires (ou après l'âge de 18 ans)
Vous avez été agressé-e sexuellement (pénétration anale, vaginale ou orale, ou tout contact avec des parties intimes) par un parent ou tuteur légal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été agressé-e sexuellement (pénétration anale, vaginale ou orale, ou tout autre contact avec des parties intimes) par une personne autre que votre parent ou tuteur légal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été harcelé-e sexuellement (commentaires ou comportements sexuels non consentis).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été exposé-e à un contexte de guerre ou de combat (en tant que militaire ou civil).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été retenu-e captif-ve et/ou avez été torturé-e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez provoqué une souffrance extrême ou la mort de quelqu'un.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été témoin de la souffrance extrême ou de la mort de quelqu'un.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Avant ou pendant votre scolarité à l'école primaire (ou jusqu'à 10/11 ans)	Pendant vos études secondaires : collège/lycée (ou entre 11 ans et 18 ans)	Après vos études secondaires (ou après l'âge de 18 ans)
Vous avez été impliqué-e dans un accident (par exemple : de transport, de travail, domestique, de loisirs) qui a mis votre vie en danger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été exposé-e à une catastrophe naturelle (par exemple : ouragan, tsunami, tremblement de terre) qui a mis votre vie en danger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été exposé-e à une catastrophe d'origine humaine (par exemple : attentat terroriste, accident chimique, fusillade) qui a mis votre vie en danger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une personne vous a traqué-e avec insistance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été harcelé-e de manière répétée (sur internet ou d'une autre manière).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été humilié-e, rabaissé-e ou insulté-e par une autre personne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une ou des personnes vous ont fait sentir que vous n'étiez pas aimable, pas désirable ou sans valeur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Avant ou pendant votre scolarité à l'école primaire (ou jusqu'à 10/11 ans)	Pendant vos études secondaires : collège/lycée (ou entre 11 ans et 18 ans)	Après vos études secondaires (ou après l'âge de 18 ans)
Vous avez été négligé-e, ignoré-e, rejeté-e ou mis-e à l'écart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y a-t-il eu d'autres événements de vie difficiles non mentionnés ? Merci de préciser :

Veuillez écrire votre réponse ici :

Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessous ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Nos excuses pour la question redondante, elle nous permet d'adapter la suite du questionnaire en fonction de votre réponse.

ITEMSuite

Merci d'indiquer quel est l'événement que vous avez vécu, parmi ceux mentionnés dans ce questionnaire, et que vous avez trouvé **le plus perturbant**. *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '20 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessous ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Merci d'indiquer quel l'événement vous avez trouvé le plus perturbant.
On vous a diagnostiqué une maladie grave (potentiellement mortelle).	<input type="radio"/>
L'un de vos proches est décédé de façon tragique.	<input type="radio"/>
L'un de vos proches a reçu un diagnostic de maladie potentiellement mortelle ou a vécu un accident potentiellement mortel.	<input type="radio"/>
Quelqu'un a menacé votre vie avec une arme (couteau, fusil, bombe, etc...)	<input type="radio"/>
Vous avez été agressé-e physiquement (coup de poing, de pied, gifle, vol avec violence, etc...) par un parent ou tuteur légal.	<input type="radio"/>
Vous avez été agressé-e (coup de poing, de pied, gifle, vol avec violence, etc...) par une personne autre que votre parent ou tuteur légal.	<input type="radio"/>

	Merci d'indiquer quel l'événement vous avez trouvé le plus perturbant.
Vous avez été agressé-e sexuellement (pénétration anale, vaginale ou orale, ou tout contact avec des parties intimes) par un parent ou tuteur légal.	<input type="radio"/>
Vous avez été agressé-e sexuellement (pénétration anale, vaginale ou orale, ou tout autre contact avec des parties intimes) par une personne autre que votre parent ou tuteur légal.	<input type="radio"/>
Vous avez été harcelé-e sexuellement (commentaires ou comportements sexuels non consentis).	<input type="radio"/>
Vous avez été exposé-e à un contexte de guerre ou de combat (en tant que militaire ou civil).	<input type="radio"/>
Vous avez été retenu-e captif-ve et/ou avez été torturé-e.	<input type="radio"/>
Vous avez provoqué une souffrance extrême ou la mort de quelqu'un.	<input type="radio"/>
Vous avez été témoin de la souffrance extrême ou de la mort de quelqu'un.	<input type="radio"/>
Vous avez été impliqué-e dans un accident (par exemple : de transport, de travail, domestique, de loisirs) qui a mis votre vie en danger.	<input type="radio"/>

	Merci d'indiquer quel l'événement vous avez trouvé le plus perturbant.
Vous avez été exposé·e à une catastrophe naturelle (par exemple : ouragan, tsunami, tremblement de terre) qui a mis votre vie en danger.	<input type="radio"/>
Vous avez été exposé·e à une catastrophe d'origine humaine (par exemple : attentat terroriste, accident chimique, fusillade) qui a mis votre vie en danger.	<input type="radio"/>
Une personne vous a traqué·e avec insistance.	<input type="radio"/>
Vous avez été harcelé·e de manière répétée (sur internet ou d'une autre manière).	<input type="radio"/>
Vous avez été humilié·e, rabaissé·e ou insulté·e par une autre personne.	<input type="radio"/>
Une ou des personnes vous ont fait sentir que vous n'étiez pas aimable, pas désirable ou sans valeur.	<input type="radio"/>
Vous avez été négligé·e, ignoré·e, rejeté·e ou mis·e à l'écart.	<input type="radio"/>

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '20 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessous ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Avant ou pendant votre scolarité à l'école primaire (ou jusqu'à 10/11 ans)	Pendant vos études secondaires : collège/lycée (ou entre 11 ans et 18 ans)	Après vos études secondaires (ou après l'âge de 18 ans)
Quand cet événement s'est-il produit ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez vécu cet événement plus d'une fois, pouvez-vous indiquer combien de fois environ l'avez-vous vécu ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '20 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessous ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quand cet événement s'est-il produit ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '20 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessous ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Il y a moins d'un mois
- Il y a entre 1 et 6 mois
- Il y a entre 6 et 12 mois
- Il y a entre 1 et 5 ans
- Il y a entre 6 et 10 ans
- Il y a plus de 10 ans

Quelle est la principale émotion que vous associez à cet événement ?

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '20 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessous ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Peur
- Colère
- Dégoût
- Tristesse
- Honte
- Culpabilité
- Aucune émotion
- Autre

PCL5

Au cours du dernier mois, dans quelle mesure avez vous été affecté·e par : *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '20 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné·e par un ou plusieurs événements listés ci-dessous ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout (0)	Un peu (1)	Moyennement (3)	Souvent (4)	Extrêmement (5)
Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait (comme si vous la viviez de nouveau) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etre bouleversé·e lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (par exemple, avoir le cœur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout (0)	Un peu (1)	Moyennement (3)	Souvent (4)	Extrêmement (5)
Eviter souvenirs, pensées ou sentiments en lien avec l'expérience stressante ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (par exemple, des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets, ou des situations) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'expérience stressante ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde (par exemple, avoir des pensées telles que : je suis mauvais-e, il y a quelque chose qui cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complètement dangereux) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout (0)	Un peu (1)	Moyennement (3)	Souvent (4)	Extrêmement (5)
Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous sentir distant-e ou coupé-e des autres ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple, être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etre irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etre "super-aterte", vigilant-e ou sur vos gardes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sursauter facilement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir du mal à vous concentrer ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ITQ

Vous trouverez ci-dessous plusieurs problèmes que les personnes rapportent parfois en réponse à des événements de vie difficiles ou stressants. Merci de lire attentivement chaque proposition, puis d'indiquer à quel point ce problème vous a dérangé **au cours du dernier mois**.

Vous remarquerez peut être que certaines questions peuvent être redondantes avec les précédentes. Nous en avons conscience, et cela est nécessaire dans le cadre de cette recherche. Merci pour votre aide !

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '20 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessous ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Avoir des rêves perturbants qui font revivre une partie de l'événement ou qui y sont clairement liés ?	<input type="radio"/>				
Avoir des images ou des souvenirs forts qui envahissent parfois votre esprit et donnent la sensation de revivre l'événement ici et maintenant ?	<input type="radio"/>				
Eviter des rappels extérieurs associés à l'événement (par exemple : personnes, lieux, conversations, objets, activités ou situations qui ramènent à l'événement) ?	<input type="radio"/>				

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Eviter des rappels intérieurs associés à l'événement (par exemple : pensées, sentiments ou sensations physiques qui ramènent à l'événement) ?	<input type="radio"/>				
Etre sur le qui-vive, vigilant·e ou sur vos gardes ?	<input type="radio"/>				
Etre agité·e ou vous sentir facilement effrayé·e ?	<input type="radio"/>				

Au cours du dernier mois, les problèmes ci-dessus ont-ils... *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '20 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessous ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Affecté vos relations ou votre vie sociale ?	<input type="radio"/>				
Affecté votre travail ou votre capacité à travailler ?	<input type="radio"/>				
Affecté toute autre partie importante de votre vie telle que votre rôle de parent, votre travail scolaire ou universitaire, ou d'autres activités importantes ?	<input type="radio"/>				

Vous trouverez ci-dessous des problèmes auxquels les personnes qui ont vécu des événements de vie difficiles ou stressants sont parfois confrontées. Les questions font référence à ce que vous ressentez **habituellement**, à ce que vous pensez **généralement** de vous même et aux relations que vous entretenez **en général** avec les autres.

Répondez aux questions suivantes en réfléchissant à quel point chaque proposition est vraie pour vous.

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '20 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné·e par un ou plusieurs événements listés ci-dessous ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Quand je suis contrarié·e, il me faut beaucoup de temps pour me calmer.	<input type="radio"/>				
Je me sens insensible ou émotionnellement vide.	<input type="radio"/>				
Je me sens comme un·e raté·e.	<input type="radio"/>				
Je me sens sans valeur.	<input type="radio"/>				
Je me sens distant·e ou déconnecté·e des autres.	<input type="radio"/>				
Je trouve qu'il est difficile pour moi de rester émotionnellement proche des autres.	<input type="radio"/>				

Au cours du dernier mois, les problèmes ci-dessus relatifs à vos émotions, aux croyances sur vous et même et dans les relations ont-ils...

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '20 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné·e par un ou plusieurs événements listés ci-dessous ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Généré des préoccupations ou de la détresse dans vos relations ou votre vie sociale ?	<input type="radio"/>				
Affecté votre travail ou votre capacité à travailler ?	<input type="radio"/>				
Affecté toute autre partie importante de votre vie telle que votre rôle de parent, votre travail scolaire ou universitaire, ou d'autres activités importantes ?	<input type="radio"/>				

WHO5

Au cours des deux dernières semaines, *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '20 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessous ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout le temps	La plupart du temps	Plus de la moitié du temps	Moins de la moitié du temps	De temps en temps	Jamais
Je me suis senti-e bien et de bonne humeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis senti-e calme et tranquille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis senti-e plein-e d'énergie et vigoureux-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis réveill-e en me sentant frais-che et déposé-e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DRES

Ce questionnaire permet d'évaluer à quel point vous êtes attentif·ve· à vos émotions dans la vie de tous les jours, à quel point vous utilisez les informations que vous informations vous donnent et comment vous réagissez de manière générale.

Merci de répondre aux énoncés suivant en choisissant la case qui vous correspond au mieux.

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Presque jamais	Quelques fois	La moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
Je n'ai aucun doute sur ce que je ressens	<input type="radio"/>				
Je prête attention à ce que je ressens	<input type="radio"/>				
Je me laisse submerger par mes émotions	<input type="radio"/>				
Je n'ai aucune idée de ce que je ressens	<input type="radio"/>				
J'ai de la difficulté à comprendre mes émotions	<input type="radio"/>				
Je suis à l'écoute de mes émotions	<input type="radio"/>				
Je sais exactement ce que je ressens	<input type="radio"/>				
J'attache de l'importance à mes émotions	<input type="radio"/>				
Je ne sais pas trop ce que je ressens	<input type="radio"/>				

	Presque jamais	Quelques fois	La moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
Lorsqu'une situation me bouleverse, je reconnais que j'ai des émotions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsqu'une situation me bouleverse, je m'en veux de me sentir comme ça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsqu'une situation me bouleverse, je suis mal à l'aise de me sentir comme ça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à faire mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsqu'une situation me bouleverse, je perds le contrôle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que cet état va durer longtemps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je finirai par tomber en dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que mes émotions sont valables et importantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à me concentrer sur autre chose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Presque jamais	Quelques fois	La moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai l'impression d'avoir perdu le contrôle de moi-même	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, j'arrive tout de même à faire ce que j'ai à faire	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai honte de me sentir comme ça	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, je sais que je trouverai un moyen d'aller mieux	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, je me perçois comme une personne faible	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, je sens que je peux tout de même maîtriser mes comportements	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, je me sens coupable de me sentir comme ça	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à me concentrer	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à maîtriser mes comportements	<input type="radio"/>				

	Presque jamais	Quelques fois	La moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je ne peux rien faire pour améliorer mon état	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, cela m'agace de me sentir comme ça	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, je me mets à avoir une très mauvaise opinion de moi	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je ne peux pas faire autrement que de patauger dans cet état	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, je ne maîtrise plus mes comportements	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à penser à autre chose	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, je prends le temps de comprendre ce que je ressens vraiment	<input type="radio"/>				
Lorsqu'une situation me bouleverse, cela me prend beaucoup de temps avant de me sentir mieux	<input type="radio"/>				

	Presque jamais	Quelques fois	La moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
Lorsqu'une situation me bouleverse, je me sens envahi par mes émotions	<input type="radio"/>				

Questions sociodémographiques

Quel est votre genre ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Femme

Homme

Autre

Quel est votre âge ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quel est le plus haut diplôme que vous ayez obtenu ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Diplôme de 3ème cycle universitaire, doctorat, grande école, ingénieur, niveau BAC +8
- Diplôme de 2ème cycle universitaire, niveau BAC +5
- Diplôme du 1er cycle universitaire, BTS, DUT ou équivalent, niveau BAC +2
- Baccalauréat général, technologique, professionnel ou équivalent
- CAP, BEP ou équivalent
- Brevet des collèges, BEPC
- Certificat d'études primaires, aucun diplôme

Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Agriculteur.rice exploitant.e
- Artisan.e, commerçant.e, chef.fe d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Employé.e
- Etudiant.e
- Ouvrier.e
- Profession intermédiaire
- Retraité.e
- Autre sans activité professionnelle

Si vous souhaitez être recontacté.e dans 3 semaines pour la seconde partie de cette étude, merci d'indiquez votre adresse mail :

Veillez écrire votre réponse ici :

Les informations concernant votre adresse mail sont stockées dans un fichier séparé de vos réponses à ce questionnaire. Il ne sera pas possible pour les chercheurs de mettre en lien vos réponses avec votre identité potentiellement dévoilée par votre adresse mail.

Un grand merci pour votre aide précieuse.

Si vous en ressentez le besoin, pour vous ou un proche, voici plusieurs ressources pouvant vous aider :

- Centres régionaux de prise en charge des psychotraumatismes : <http://cn2r.fr/obtenir-de-laide-pour-soi-ou-pour-un-proche/>
 - Soutien psychologique à distance : <http://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/ressources/soutien/>
 - Ligne téléphonique suicide écoute, 7j/7 24h/24 : 01 45 39 40 00
 - Ligne téléphonique nationale de prévention du suicide, 7j/7 24h/24 : 3114
- En cas d'urgence, veuillez appeler directement le 15

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Le 13/08/2021

Bruno Quintard

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES NORD-OUEST 1

UNIVERSITE DE ROUEN – FACULTE DE MEDECINE/PHARMACIE
Rue du Professeur STEWART
Bâtiment STEWART – 6eme étage
76000 ROUEN
Tél. 02.32.88.84.46 / @ : cpp.nordnouest1@chu-rouen.fr

Président : F. BAUER
Vice-Président : S. POULET
Secrétaire Général : M. LAURENT

Informations promoteur

Organisme : Université de BORDEAUX
Nom et prénom : Monsieur William PERAUD

Investigateur

Investigateur : Monsieur William PERAUD

Informations dossier

Numéro SI : 21.02325.000023
Numéro national : 2021-A02213-38
Référence interne : 001
Règlementation : Loi Jardé
Qualification de recherche : Catégorie 3 questionnaire
Produit ou acte : Hors produits de santé (produits non mentionnés à l'article L.5311-11 du code de la santé publique)

Titre : Validation transculturelle de l'International Trauma Questionnaire (ITQ).

Ce dossier a été étudié en séance le 18/11/2021 et mandat a été donné au président du CPP d'émettre l'avis à réception des réponses du déposant aux dernières demandes. Au vu des réponses obtenues, l'avis suivant a donc été émis le 09/12/2021. C'est la date de la notification de l'avis sur le SI qui fait foi.

Avis favorable

Cet avis est valable deux ans. Si vous n'avez pas été en mesure d'inclure des participants dans ce délai, vous pouvez demander au CPP une prorogation de cet avis avant la fin de validité de ce dernier (voir en ce sens l'article R.1123-26 du code de la santé publique).

Annexe 6. Poster affiché au congrès de Psychotraumatologie de Poitiers (17-18 Novembre 2022).



UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Congrès de Psychotraumatologie, Poitiers - 17 & 18 Novembre 2022

VALIDATION FRANÇAISE DE

L'INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE

UN AUTO-QUESTIONNAIRE POUR LE REPÉRAGE DU TSPT-C



université de BORDEAUX

W. PERAUD¹, L. HEBRARD², A. LAVANDIER³, S. BROCKBANCK-CHASEY¹, M.J. BRENNSTUHL³, B.QUINTARD¹

¹ Laboratoire de Psychologie EA4139 - Université de Bordeaux, France
² Inserm, Bordeaux Population Health Research Center, UMR1219 - Université de Bordeaux, France
³ Unité de Recherche 4360 APEMAC, Equipe EPSAM - Université de Lorraine, Metz, France



Contexte

En 2018, la 11ème version de la **Classification Internationale des Maladies (CIM-11)** a intégré un nouveau diagnostic en supplément du Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT), celui de **Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C)**. L'**International Trauma Questionnaire (ITQ)** est une nouvelle mesure développée en 18 items pour mesurer ces deux troubles (Cloitre et al., 2018).



Objectifs

Les objectifs de l'étude étaient de (a) proposer une **traduction française de l'ITQ**, (b) confirmer la **structure factorielle** de l'outil, (c) vérifier ses **validités convergente** et **divergente**, et (d) s'assurer de sa **stabilité temporelle**.

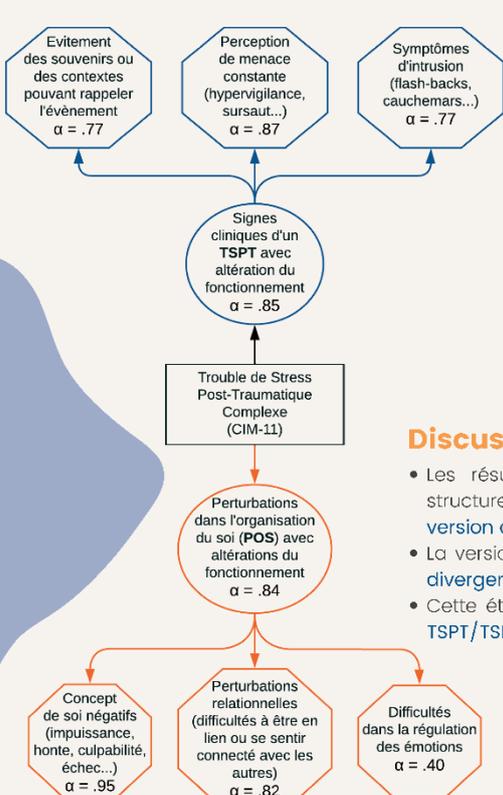


Méthode

- **Traduction par comité** (6 personnes bilingues avec la double culture franco-anglaise & experts)
- **Enquête en ligne** sur deux temps (Janvier-Mars 2022)
- Mesures : **PCL-5** (TSPT), **HADS** (Anxiété & Dépression), **DERS** (Difficultés de régulation émotionnelle), **WHO 5** (qualité de vie).

Description de la population

750 personnes rapportant avoir vécu **au moins 1 expérience adverse** ont répondu à l'étude. Il s'agissait en majorité de femmes (89%), d'âge moyen de 34 ans (± 12.9), en couple (39%) ou célibataires (30%), avec un haut niveau d'études (55%). En moyenne, notre échantillon rapportait avoir vécu environ **8 expériences adverses au cours de leur vie**. Les adversités les plus fréquemment rapportées appartenaient au critère A élargi (violences verbales, négligences émotionnelles).



Le diagramme illustre la modélisation du Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C) selon la CIM-11 (Modèle 4). Au centre se trouve le 'Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (CIM-11)' avec un coefficient de fiabilité $\alpha = .85$. Ce trouble est lié à 'Signes cliniques d'un TSPT avec altération du fonctionnement' ($\alpha = .85$). Ces signes sont composés de trois sous-catégories : 'Evitement des souvenirs ou des contextes pouvant rappeler l'événement' ($\alpha = .77$), 'Perception de menace constante (hypervigilance, sursaut...)' ($\alpha = .87$), et 'Symptômes d'intrusion (flash-backs, cauchemars...)' ($\alpha = .77$). Le trouble est également lié à 'Perturbations dans l'organisation du soi (POS) avec altérations du fonctionnement' ($\alpha = .84$). Ces perturbations se manifestent par : 'Concept de soi négatifs (impuissance, honte, culpabilité, échec...)' ($\alpha = .95$), 'Perturbations relationnelles (difficultés à être en lien ou se sentir connecté avec les autres)' ($\alpha = .82$), et 'Difficultés dans la régulation des émotions' ($\alpha = .40$).



Principaux résultats

- **AFC** : Comparaison de l'ajustement de plusieurs modèles à la structure factorielle de l'ITQ.
 - **Modèle 4** : Modèle en 6 facteurs de premier ordre et 2 facteurs de second ordre corrélés (TSPT & POS).

Tableau 1. Comparaison des modèles alternatifs du TSPT-C selon la CIM-11

Model	CFI	RMSEA	SRMR	AGFI	BIC
2	.975	.064	.038	.931	25771.8
4*	.971	.064	.043	.932	25750.7

Note : Plus le BIC est bas, meilleur est l'ajustement. Différence >10 significative.

- **Validités convergente et discriminante** (r de Pearson) :
 - **PCL 5** (r=.91), **HADS** (r=.74), **DERS** (r=.32) ; **WHO 5** (r=-.64)
- **Validité test-retest** :
 - **TSPT** : ICC = .767 (p<.01) ◦ **POS** : ICC = >.830 (p<.01)

Discussion

- Les résultats de l'Analyse Factorielle Confirmatoire montrent que la structure factorielle de la version française de l'ITQ est **similaire à la version originale** (Modèle 4).
- La version française de l'ITQ présente une **bonne validité convergente et divergente**, ainsi qu'une **bonne validité test-retest**.
- Cette étude rend disponible, en **France**, le **premier outil d'évaluation du TSPT/TSPT-C** selon les critères de la CIM-11.

Limites

- **Enquête en ligne.**
- Majorité de **femmes avec un haut niveau d'études.**
- **Nécessité de répliquer** en population représentative & population clinique.
- Nécessité d'explorer auprès de **populations vulnérables.**



Figure 1. Modélisation du Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe selon la CIM-11 (Modèle 4).

Annexe 7. Poster affiché lors du congrès des 30 ans de l'IRCCADE (Bordeaux, 12-14 Octobre 2023).



UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Congrès des 30 ans de l'IRCCADE - 12, 13 et 14 Octobre 2023

VALIDATION FRANÇAISE DE

L'INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE

UN AUTO-QUESTIONNAIRE POUR LE REPÉRAGE DU TSPT-C



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

W. PERAUD¹, L. HEBRARD², A. LAVANDIER³, S. BROCKBANCK-CHASEY¹, M.J. BRENNSTUHL³, B.QUINTARD¹

¹ Laboratoire de Psychologie EA4139 - Université de Bordeaux, France
² Inserm, Bordeaux Population Health Research Center, UMR1219 - Université de Bordeaux, France
³ Unité de Recherche 4360 APEMAC, Equipe EPSAM - Université de Lorraine, Metz, France



Contexte

En 2018, la 11ème version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) a intégré un nouveau diagnostic en supplément du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT), celui de Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C). L'International Trauma Questionnaire (ITQ) est un nouvel outil de mesure en 18 items développé pour mesurer ces deux troubles (Cloitre et al., 2018).



Objectifs

Les objectifs de l'étude étaient de (a) proposer une traduction française de l'ITQ, (b) confirmer la structure factorielle de l'outil, (c) vérifier ses validités convergente et divergente, et (d) s'assurer de sa stabilité temporelle.



Méthode

- Traduction par comité (6 personnes bilingues avec la double culture franco-anglaise & experts)
- Enquête en ligne sur deux temps (Janvier-Mars 2022)
- Mesures : PCL-5 (TSPT), HADS (Anxiété & Dépression), DERS (Difficultés de régulation émotionnelle), WHO 5 (qualité de vie)

Description de la population

750 personnes rapportant avoir vécu au moins 1 expérience adverse ont répondu à l'étude. Il s'agissait en majorité de femmes (89%), d'âge moyen de 34 ans (± 12.9), en couple (39%) ou célibataires (30%), avec un haut niveau d'études (55%). En moyenne, notre échantillon rapportait avoir vécu environ 8 expériences adverses au cours de leur vie. Les adversités les plus fréquemment rapportées appartenaient au critère A élargi (violences verbales, négligences émotionnelles).

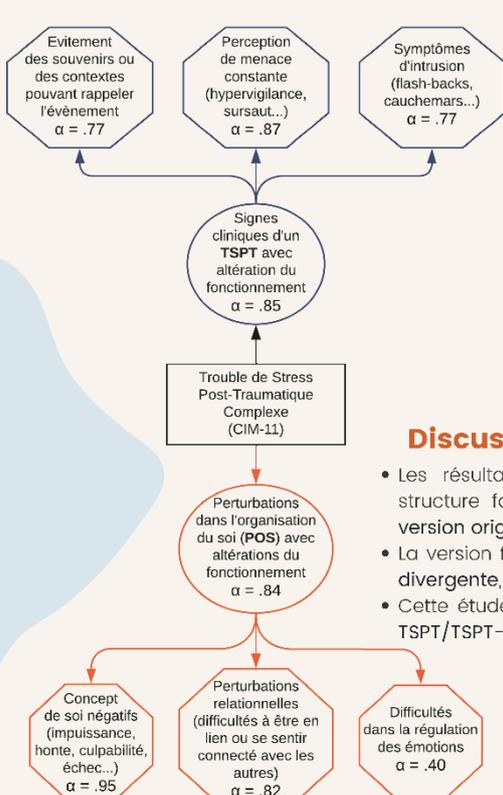


Figure 1. Modélisation du Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe selon la CIM-11 (Modèle 4).



Principaux résultats

- AFC : Comparaison de l'ajustement de plusieurs modèles à la structure factorielle de l'ITQ.
 - **Modèle 4** : Modèle en 6 facteurs de premier ordre et 2 facteurs de second ordre corrélés (TSPT & POS).

Modèle	CFI	RMSEA	SRMR	AGFI	BIC
2	.975	.064	.038	.931	25771.8
4*	.971	.064	.043	.932	25750.7

Note : Plus le BIC est bas, meilleur est l'ajustement. Différence >10 significative.

- Validités convergente et discriminante (r de Pearson) :
 - PCL 5 (r=.91), HADS (r=.74), DERS (r=.32) ; WHO 5 (r=-.64)
- Validité test-retest :
 - TSPT : ICC = .767 (p<.01) ◦ POS : ICC = >.830 (p<.01)

Discussion

- Les résultats de l'Analyse Factorielle Confirmatoire montrent que la structure factorielle de la version française de l'ITQ est similaire à la version originale.
- La version française de l'ITQ présente une bonne validité convergente et divergente, ainsi qu'une bonne validité test-retest.
- Cette étude rend disponible, en France, le premier outil d'évaluation du TSPT/TSPT-C selon les critères de la CIM-11.

Limites

- Enquête en ligne.
- Majorité de femmes avec un haut niveau d'études.
- Nécessité de répliquer en population représentative & population clinique.
- Nécessité d'explorer auprès de populations vulnérables.



Annexe 8. Poster présenté lors de la conférence internationale « Prendre soin des LGBTI+ » organisée par SeSAM LGBTI+ (Paris, 18-19 Janvier 2024).



Conférence SeSAM LGBTI+ : Paris, 18-19 Janvier 2024

PRÉVALENCES ET FACTEURS ASSOCIÉS

AU TSPT CHEZ LES PERSONNES LGBTIQ+

UNE REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

W. PERAUD¹, H. FOURNIER¹, M. HASDENTEUFEL¹, B. QUINTARD¹

¹ Laboratoire de Psychologie UR4139 – Université de Bordeaux, France

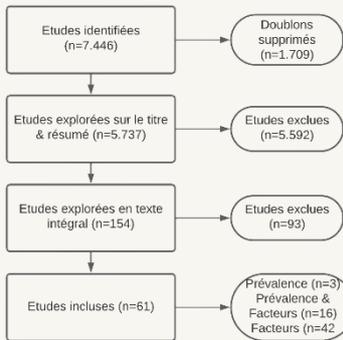


Contexte

Les personnes LGBTIQ+ constituent une population vulnérable en termes de santé mentale. L'exposition chronique à des violences interpersonnelles pouvant parfois impliquer les figures d'attachement constitue un facteur de risque dans le développement d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) ou d'un TSPT-Complexe (TSPT-C; Charak et al., 2023). Objectifs : Explorer la littérature scientifique afin d'identifier (a) les prévalences de TSPT et (b) les facteurs associés aux symptômes de TSPT chez les personnes LGBTIQ+.

Méthode

- Critères d'éligibilité :
 - Méthodologie PRISMA
 - Population : +18ans, LGBTIQ+, exposés ou non à de la violence.
 - Settings : Etudes quantitatives observationnelles, avec ou sans groupe contrôle.
 - Temporalité : Données recueillies après 2010.
- Stratégie de recherche :
 - Bases : PsychInfo, PsychArticle, Psychology & Behavioral Sciences Collection, Embase, LGBTHealth.
 - Mots clés : Relatifs aux concepts de TSPT et LGBTIQ+.
 - Dernière actualisation : 16/01/2023.



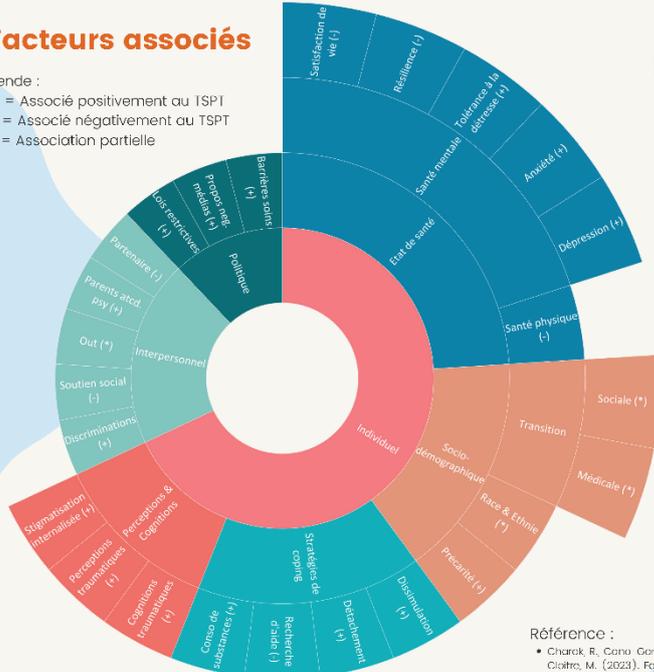
Prévalences de TSPT



Figure 2. Prévalences de TSPT rapportées dans les études selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre

Facteurs associés

Légende :
 (+) = Associé positivement au TSPT
 (-) = Associé négativement au TSPT
 (*) = Association partielle



Discussion

- Les prévalences de TSPT identifiées sont nettement supérieures à celles que l'on observe en population générale.
- Les violences vécues relatives au statut LGBTIQ+ majorent le risque de symptômes de TSPT.
- Certaines variables (e.g. être out, transitionner socialement) majorent le risque de TSPT via la surexposition aux violences.

Limites

- Focale sur l'ensemble de la population LGBTIQ+ pouvant gommer certaines spécificités.
- Diversité des méthodes de recueil de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre.
- Une seule étude évaluant les symptômes de TSPT-C.

Référence :
 • Charak, R., Corso Gonzalez, I., Roszén Tirado, R., Ford, J. D., Bjelland, I., M., Shrivastava, M., ... & Cloitre, M. (2023). Factor structure of the international trauma questionnaire in trauma exposed (LGBTQ+) adults: Role of cumulative traumatic events and minority stress heterosexist experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*



Figure 3. Principaux facteurs associés aux symptômes de TSPT

Annexe 9. Premier dossier soumis au CPP (mai 2023).

Question d'auto-évaluation pour les recherches mentionnées au 3° de l'article L.1121-1 du code de la santé publique ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L.5311-1 du code de la santé publique

La recherche a pour objet le développement des connaissances biologiques ou médicales :

oui non

La recherche est effectuée sous la direction et sous la surveillance d'un médecin ou d'une personne qualifiée justifiant d'une expérience appropriée ¹⁷⁵: **oui** non

La recherche est réalisée dans un lieu disposant des moyens humains, matériels et techniques adaptés à la recherche et compatibles avec les impératifs de sécurité des personnes qui s'y prêtent ¹⁷⁶ : **oui** non

La recherche ne relève pas de la liste mentionnée au 2° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique : **oui** non

La recherche ne porte pas sur un produit mentionné à l'article L.5311-1 du code de la santé publique : **oui** non

Si vous avez répondu non à l'une des questions précédentes votre recherche ne relève pas de la procédure applicable aux recherches non interventionnelles ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L.5311-1 du code de la santé publique. Dans cette hypothèse, nous vous invitons à vous rapprocher d'un centre de ressources dont la liste est disponible sur le site SI-RIPH.

Si vous avez répondu oui à l'ensemble des questions, votre recherche est une recherche non interventionnelle ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L.5311-1 du code de la santé publique.

Sous réserve que vous ayez également réalisé une déclaration de conformité à une méthodologie de référence homologuée par la commission nationale de l'informatique et des libertés conformément à l'article 11 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, votre recherche relève de la procédure mentionnée au II de l'article 17 de l'ordonnance du 22 avril 2020 portant diverses mesures prises pour faire face à l'épidémie de covid-19. A ce titre, vous devez répondre aux questions ci-dessous sur la base de votre protocole de recherche.

¹⁷⁵ Conformément à l'article L1121-3 du Code de la santé publique

¹⁷⁶ Conformément à l'article L1121-13 du Code de la santé publique

Titre de la recherche : Le Trouble de Stress Post-Traumatique / TSPT Complexe chez les minorités sexuelles et de genre.

Acronyme de la recherche : -

Numéro d'enregistrement (ID-RCB) : 2023-A00993-42

Promoteur :

Université de Bordeaux
Dean LEWIS, Président
promotion-recherche@u-bordeaux.fr
35 place Pey Berland, 33000 Bordeaux CEDEX
0540006233

Délégué à la protection des données ¹⁷⁷

dpo@u-bordeaux.fr
43 rue Pierre Noailles, 33405 Talence CEDEX, France.

Responsable scientifique (directeur de thèse ou de mémoire) ¹⁷⁸ :

QUINTARD Bruno, Professeur de Psychologie – Université de Bordeaux
bruno.quintard@u-bordeaux.fr
3ter place de la victoire, 33076 Bordeaux CEDEX
0678063034

Date prévue de soutenance de la thèse / mémoire : Novembre 2024

1) Intérêt et pertinence de la recherche

- Contexte et justification

Les personnes LGBTQI+ (ou minorités sexuelles et de genre) constituent une population vulnérable en termes de santé physique et mentale (Liu et al., 2019 ; Ross et al., 2018 ; Keating et Muller, 2020). En raison de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre, ces personnes peuvent être amenées à faire face à des enjeux spécifiques (stigmatisations, discriminations, violences... ; Newcomb et al., 2019) et ce dans de multiples contextes (famille, scolarité, travail, loisirs...). Ce risque d'exposition à des stressors chroniques, généralement de nature interpersonnelle, représente un facteur de risque important dans le développement d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) ou d'un TSPT Complexe (TSPT-C ; Charak et al., 2023), tels que décrits dans la 11^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11 ; Brewin, 2020).

A ce jour, la littérature sur le TSPT/TSPT-C chez les minorités sexuelles et de genre est relativement pauvre, particulièrement en France. Afin d'améliorer le repérage et la prise en

¹⁷⁷ Conformément aux articles 37 et suivants du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

¹⁷⁸ Pour les travaux des étudiants en santé

charge de ces troubles chez les minorités sexuelles et de genre, il est nécessaire que nous ayons à disposition des données spécifiques à cette population.

- Objectif principal et critère de jugement principal

L'objectif principal de cette recherche est d'obtenir des données sur le TSPT/TSPT-C (CIM-11) chez les minorités sexuelles et de genre en France. Plus particulièrement, les deux principaux objectifs de cette recherche sont (1) de recueillir des données de prévalence du TSPT/TSPT-C chez les minorités sexuelles et de genre en France ; et (2) d'identifier des facteurs de risque et de protection spécifiques à cette population.

- Objectif(s) secondaire(s) et critère(s) de jugement secondaire(s)

- (1) Comparer les données de prévalence et facteurs de risque/protection dans le développement d'un TSPT/TSPT-C entre personnes LGBTQI+ et personnes cisgenres/hétérosexuelles.
- (2) Vérifier les qualités psychométriques de l'International Trauma Questionnaire (auto-questionnaire permettant le repérage du TSPT/TSPT-C selon la CIM-11) auprès d'une population LGBTQI+. A ce jour, la version française de l'ITQ a été validée uniquement en population générale. Il s'agira d'évaluer la structure factorielle (validité de construit) de cet outil en population spécifique LGBTQI+.
- (3) Obtenir des données exploratoires sur la manière dont les minorités sexuelles et de genre font face aux violences auxquelles elles peuvent être exposées. Plus particulièrement, il s'agira, par le biais d'entretiens, de recueillir des informations sur les stratégies d'adaptation qui peuvent être mobilisées par les personnes LGBTQI+. Il s'agira également de recueillir quelles sont les ressources identifiées par ces personnes pour faire face à ces violences, ainsi que leurs besoins.
- (4) Comparer si, selon la symptomatologie traumatique (avec ou sans TSPT/TSPT-C), les stratégies d'adaptation employées, les ressources mobilisées, ainsi que les besoins identifiés diffèrent d'un groupe à l'autre.

2) Qualification des investigateurs et adéquation des moyens

- Investigateur ou, le cas échéant, investigateur coordonnateur :

PERAUD William, Doctorant en Psychologie & Psychologue clinicien.

william.peraud@u-bordeaux.fr

0664201278

- Lieu(x) pressenti(s) de la recherche :

Entretiens menés dans les locaux du laboratoire de Psychologie (UR4139).

3ter place de la victoire, 33076 Bordeaux.

0557571964

3) Organisation de l'étude

- Schéma de l'étude :

Cette recherche est une étude analytique observationnelle ne comportant aucun acte en dehors de questionnaires.

Pour répondre à nos objectifs, cette recherche sera composée de deux volets :

1. Le premier, quantitatif, permettra d'obtenir des données sur (1) le taux d'exposition à des violences dans un échantillon de personnes LGBTQI+ majeures, en France ; (2) le taux de prévalence de TSPT/TSPT-C dans un échantillon de personnes LGBTQI+ majeures, en France ; (3) l'existence de facteurs de risque associés au fait de développer des symptômes de TSPT/TSPT-C ; (4) l'existence de facteurs de protection associés au fait de ne pas développer des symptômes de TSPT/TSPT-C ; (5) Comparer avec une population hétérosexuelle/cisgenre appariée selon des données socio-démographiques.

Il s'agira d'une étude observationnelle et descriptive, les participants seront recrutés en ligne, en population générale, via un échantillon de convenance. De l'aide sera demandée auprès des associations LGBTQI+ pour faciliter l'accès à notre population cible.

2. Le second, qualitatif, est à visée exploratoire. Il permettra, sur la base d'entretiens avec des personnes s'identifiant comme LGBTI+, d'obtenir des informations (1) sur la manière dont ces personnes font face aux potentielles situations de violences ; (2) sur les ressources à disposition et les besoins identifiés pour y faire face ; (3) sur des spécificités dans le vécu des personnes selon leur symptomatologie traumatique. Les participants seront recrutés via un appel à participation diffusé sur les réseaux sociaux et auprès d'associations LGBTQI+. Le recrutement sera distinct et dissocié du volet quantitatif, et aucun recoupement ne sera possible. Une vingtaine de personnes (ou jusqu'à saturation des thèmes) seront recrutées via un second appel à participation diffusé sur les réseaux sociaux et dans quelques associations LGBTQI+ pour un entretien d'une trentaine de minutes. De préférence, les entretiens seront réalisés dans un bureau mis à disposition par le laboratoire de rattachement (Laboratoire de Psychologie EA4139, Université de Bordeaux ; Accréditation Centre d'Evaluation et de Recherche Universitaire en Psychologie, CERUP). Des aménagements pourront être prévus via zoom selon situation et accord de la cellule RGPD de l'Université de Bordeaux. Ces entretiens seront enregistrés (audio uniquement) afin que leurs contenus puissent être retranscrits dans leur intégralité (verbatim). Tous les entretiens suivront une même trame. A la fin de l'entretien, un rapide questionnaire d'évaluation de la symptomatologie traumatique sera administré. Tous les entretiens seront réalisés par l'investigateur principal (William PERAUD, Psychologue clinicien et Doctorant en Psychologie). L'investigateur principal est formé et habitué à la réalisation d'entretiens portant sur ces thématiques.

- Méthodologie :

L'enquête quantitative sera composée :

- D'un questionnaire socio-démographique comprenant :
 - L'âge
 - L'orientation sexuelle
 - L'identité de genre
 - L'intersexuation
 - Niveau d'études

- La catégorie socio-professionnelle
- Le niveau d'études
- La situation économique
- Zone de vie (urbaine, semi-urbaine, rurale)
- Statut familial (seul.e, en concubinage, en couple,...)
- Discriminations perçues (en lien avec âge, genre, état de santé, couleur de peau, origines, poids, orientation sexuelle, religion, tenue vestimentaire).
- De l'International Trauma Exposure Measure (ITEM ; Hyland et al., 2021), traduite en Français (Peraud et al., 2022). **22 items**
- *De l'International Trauma Questionnaire (ITQ ; Cloitre et al., 2018), traduit & validé en Français (Peraud et al., 2022). 18 items Conditionné à l'exposition à au moins un événement potentiellement traumatique.*
- La Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15). Traduite en français pour les besoins de l'étude. **15 items**
- La Dissociative Experience Scale (DES). **28 items, réduite aux 10 items les plus significatifs sur le plan stats.**
- La Brief-COPE (Carver, 1997) traduite & validée en français (Muller et Spitz, 2003). **28 items**
- *La Connectedness to the LGBT Community Scale (Frost et Meyer, 2011). 8 items Conditionné à l'appartenance à la communauté LGBTQI+.*

- **Effectif** (justification, hypothèses, échantillonnage, en fonction de la nature de l'étude) (750 signes environ) :

- **Enquête quantitative** : Notre étude ciblera des personnes LGBTQI+ ainsi que des personnes hétérosexuelles/cisgenres, que nous apparierons selon leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, revenus, niveau d'étude). Il s'agira d'un échantillon de convenance, recruté principalement via les réseaux sociaux et les associations acceptant de diffuser notre recherche. En tenant compte des potentielles difficultés d'accès aux personnes LGBTQI+, et des pertes inhérentes à l'appariement des participants, nous visons 500 participants par groupes (cis/hétéros vs LGBTQI+ ; 1.000 participants au total).
- **Enquête qualitative** : Notre étude ciblera des personnes LGBTQI+ ainsi que des personnes impliquées dans le travail auprès de cette population. Les personnes concernées seront recrutées via les associations intervenant dans la région bordelaise (/ex Le Girofard, Trans 3.0). Nous estimons qu'une vingtaine d'entretiens seront nécessaires, ou jusqu'à saturation des thèmes.

- **Critères d'inclusion** :

- **Enquête quantitative** : Personnes majeures, en capacité de donner leur consentement pour participer à la recherche.
- **Enquête qualitative** :
 - Personnes majeures, en capacité de donner leur consentement pour participer à la recherche.
 - S'identifiant comme appartenant à la communauté LGBTQI+.
 - Consentir à l'enregistrement audio (uniquement) de l'entretien.

- **Critères de non-inclusion** :

- **Enquête quantitative** :

- Personnes ayant une mauvaise compréhension de la langue française, ou domiciliées hors territoire français (indiqué dans le consentement de participation)
- Personnes ayant moins de 18 ans, majeurs protégés (indiqué dans le consentement de participation)
- **Enquête qualitative :**
 - Personnes ayant moins de 18 ans, majeurs protégés.
 - Personnes ne s'identifiant pas comme appartenir à la communauté LGBTQI+.

- Durée prévisionnelle

- de participation par personne :
 - **Enquête quantitative :** 25 Minutes
 - **Enquête qualitative :** 60 minutes
- de la recherche :
 - **Enquête quantitative :** Dès réception d'un avis favorable du CPP jusqu'à recrutement du nombre requis de participants (estimation de 4 mois de recrutement).
 - **Enquête qualitative :** Dès réception d'un avis favorable du CPP jusqu'à recrutement du nombre de participants (estimation de 6 mois de recrutement).

Une collection biologique ou la conservation d'échantillons au-delà de la durée de l'étude est prévue : oui **non**

La recherche est organisée pour répondre aux objectifs fixés : **oui** non

4) Absence de Risques et de contraintes de la recherche ¹⁷⁹

La recherche implique la réalisation d'actes qui relèvent de l'arrêté fixant la liste des recherches mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique oui **non**

Si oui, préciser la nature et les caractéristiques des actes ou procédures impliqués par le protocole de recherche, en plus des soins habituels qui ne doivent pas être décrits (sous la forme d'un texte ou d'un tableau, au choix du promoteur) ¹⁸⁰

Indiquer si la recherche peut comporter un risque psychologique et, dans l'affirmative, les dispositions prises pour en tenir compte.

La présente recherche peut comporter des risques psychologiques.

¹⁷⁹ Critères de qualification de la recherche en catégorie 3 définie par la loi n° 2012-300 dite "loi Jardé"

¹⁸⁰ Le Promoteur s'est assuré que les actes ou procédures envisagés figurent bien dans l'annexe 1 de l'Arrêté du 12 avril 2018 fixant la liste des recherches mentionnées au 3 de l'article L.1121-1 du code de la santé publique. Si les actes ne figurent pas dans cette liste, alors le projet ne peut pas être classé en catégorie 3.

Les participants recrutés en population générale sont des participants tout-venant à qui il sera demandé s'ils ont vécu une ou plusieurs événements potentiellement traumatiques. L'enquête (quantitative & qualitative) en question peut venir réactiver des souvenirs en lien avec cet événement ou conduire à la prise de conscience d'une forme de souffrance liée aux événements cités. Ces risques sont clairement présentés dans la notice d'information avant consentement. Dans le cadre de l'enquête quantitative, les participants pourront quitter à tout moment l'enquête. Dans le cadre de l'enquête qualitative, les participants pourront demander à tout moment de mettre fin à l'entretien. L'investigateur principal, en charge de la réalisation des entretiens, est formé et habitué à la réalisation d'entretiens impliquant personnes ayant vécu des événements traumatiques. Il sera en capacité de d'adapter et/ou de mettre fin à l'entretien s'il constate que l'échange est trop douloureux.

Compte tenu des risques identifiés, les coordonnées du numéro national de prévention du suicide (3114) seront transmises. Les numéros d'urgence seront également indiqués (SAMU, Police). Le numéro de la ligne d'écoute de l'association CONTACT, spécialisée sur les questions d'orientation sexuelle et d'identité de genre, sera transmis. Enfin, un lien vers la carte interactive du Centre National de Ressource et de Résilience (CN2R) sera communiqué, afin de faciliter la prise de contact vers un centre de prise en charge des psycho traumatismes dans toute la France. Durant les entretiens, l'investigateur principal sera à même de communiquer des ressources adaptées aux situations (psychologue en libéral formé à la prise en charge des psycho traumatismes ; orientation vers une structure publique ; association...).

5) Protection des données personnelles

Les données recueillies seront anonymisées, empêchant toute corrélation entre le jeu de données et l'identité des personnes concernées. Cette étude a fait l'objet d'une analyse et d'une étude d'impact par le DPO de l'université de Bordeaux afin d'être « privacy by design » (art. 25 du RGPD).

Liste des données personnelles recueillies (en conformité avec le RGPD) :

- **Enquête quantitative :**
 - Age
 - Genre
 - Orientation sexuelle
 - intersexuation
 - Catégorie socioprofessionnelle
 - Niveau d'études
 - Situation économique
 - Discriminations perçues

- **Enquête qualitative :**
 - Age
 - Genre
 - Orientation sexuelle
 - Adresse mail ou numéro de téléphone pour prise de rendez-vous.

Des données identifiantes (prénom, adresse mail ou numéro de téléphone) seront récoltées, dans le cadre du volet qualitatif, le temps de la planification de l'entretien mais n'apparaîtront pas dans les verbatims.

Joindre le(s) questionnaire(s), si le protocole en comporte, ainsi que les échelles d'évaluation associées le cas échéant.

CF Annexes

Les données collectées sont adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des objectifs de la recherche **oui** non

6) Recrutement et information des personnes

- Modalités de recrutement des participants (procédures, documents, délais de réflexion) : (750 signes environ).

Les participants seront recrutés en population générale via un échantillon de convenance. Une publication sera diffusée sur les réseaux sociaux invitant les personnes répondant aux critères d'inclusion à participer et/ou partager auprès de leurs proches. Le message d'invitation résumera brièvement le contexte et l'objectif de l'étude, et sera accompagné d'une image encore à réaliser qui contiendra les informations principales (nom de l'étude, logo de l'université et du laboratoire de recherche, contact de l'investigateur principal...). Les participants auront la possibilité de ne pas répondre à l'étude, de prendre le temps de la réflexion, de répondre à l'étude, ou de partager la publication à leur entourage.

Dans le cadre de l'enquête qualitative, les professionnels intervenant auprès de personnes LGBTQI+ pourront être sollicités en personne ou via leur boîte mail. Ils auront également la possibilité de ne pas participer à l'étude, de prendre le temps de la réflexion, de participer, ou d'uniquement partager l'appel à participation.

- Information et non-opposition

Les modalités d'information sont conformes aux dispositions de l'article L.1122-1 du code de la santé publique **oui** non

Joindre la (ou les) lettre(s) d'information et préciser les modalités assurant la traçabilité de la non-opposition. **Cf Annexes.**

- Populations particulières

La recherche nécessite l'inclusion de populations particulières : **oui** non

Si oui, justifier : **L'étude porte sur l'exposition aux violences cher les personnes LGBTQI+. De fait, il nous est nécessaire d'inclure des personnes selon leur genre ou leur orientation sexuelle.**

Les conditions de l'article L. 1122-2 du Code de la santé publique sont respectées, dans le cas où la recherche porte sur des mineurs non émancipés, des majeurs protégés ou des majeurs hors d'état d'exprimer leur consentement : non concerné

Les conditions de l'article L.1121-5 du Code de la santé publique sont respectées, dans le cas où la recherche porte sur des femmes enceintes ou allaitantes : non concerné

7) Déclaration du promoteur

Je soussigné(e) **Dean LEWIS**, déclare :

- que l'intérêt de la recherche est sans commune mesure avec le risque prévisible encouru par les personnes qui se prêtent à cette recherche, et
- que le respect de la personne qui se prête à la recherche prime les seuls intérêts de la recherche et de la société.

Les sanctions pénales prévues aux articles L.1126-1 et suivants du code de la santé publique s'appliquent en cas de fausse déclaration ou de non-respect des dispositions prévues aux articles L.1121-1 et suivants du code de la santé publique.

Fait à **BORDEAUX**, le **28/04/2023**

Bibliographie.

- Brewin, C. (2020). Complex post-traumatic stress disorder: A new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, 26(3), 145-152. <https://doi:10.1192/bja.2019.48>
- Charak, R., Cano-Gonzalez, I., Ronzón-Tirado, R., Ford, J. D., Byllesby, B. M., Shevlin, M., Karatzias, T., Hyland, P., & Cloitre, M. (2023). Factor structure of the international trauma questionnaire in trauma exposed LGBTQ+ adults: Role of cumulative traumatic events and minority stress heterosexist experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001440>
- Keating, L., & Muller, R. T. (2020). LGBTQ+ based discrimination is associated with PTSD symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among LGBTQ+ adults who have experienced trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 124-141. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675222>
- Liu, R. T., Sheehan, A. E., Walsh, R. F., Sanzari, C. M., Cheek, S. M., & Hernandez, E. M. (2019). Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 74, 101783. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783>
- Newcomb, M. E., LaSala, M. C., Bouris, A., Mustanski, B., Prado, G., Schragar, S. M., & Huebner, D. M. (2019). The influence of families on LGBTQ youth health: A call to action for innovation in research and intervention development. *LGBT health*, 6(4), 139-145. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0157>

Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W., & Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, 55(4-5), 435-456. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>

Orientations sexuelles, identités de genre et santé mentale.

Coordonnées du Promoteur :

(si RIPH)
Dean LEWIS
Université de Bordeaux
Président
35 place Pey Berland
33000 Bordeaux
promotion-recherche@u-bordeaux.fr

Coordonnées du Responsable scientifique :

William PERAUD
Laboratoire UR4139
William.peraud@u-bordeaux.fr

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données :

Université de Bordeaux
DPO
35 place Pey Berland
33000 Bordeaux
dpo@u-bordeaux.fr

L'Université de Bordeaux vous propose de participer à **[si RIPH + indiquer la catégorie de la recherche]** une recherche clinique dont l'Université de Bordeaux est le promoteur, conformément aux dispositions de l'article L.1121-1 du code de la santé publique **[si RNIPH]** un projet de recherche porté par un laboratoire de l'Université de Bordeaux. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au responsable scientifique de l'étude que vous pouvez joindre aux coordonnées ci-dessus.

Pourquoi cette recherche ?

Cette recherche vise à **développer nos connaissances sur la santé mentale des personnes LGBTQI+ en France**. Ce type de recherche est encore rare en France, et pourtant nécessaire afin de sensibiliser professionnel.les et pouvoirs publics sur les enjeux de santé spécifiques aux personnes LGBTQI+. Cette recherche est réalisée par William PERAUD (Psychologue & Doctorant en Psychologie – Université de Bordeaux) et sous la direction de Bruno QUINTARD (Professeur des Universités, Université de Bordeaux). L'étude est sans bénéfice direct pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'enrichir nos connaissances sur les enjeux de santé mentale chez les personnes LGBTQI+ en France afin de sensibiliser les psychologues et plus largement les professionnel.les gravitant autour du public LGBTQI+.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

Cette étude est composée d'une série de questionnaires qui viseront à collecter des informations sur votre **profil socio-démographiques, les répercussions qu'ont pu avoir certains événements sur votre vie, ainsi que votre manière de gérer vos émotions, vos relations et les situations de manière générale**. Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de cette recherche seront collectées, sur la seule base de vos réponses.

Comment va se dérouler cette recherche

Au cours de cette recherche, vous serez invité.e à répondre à plusieurs questionnaires, d'une durée totale **d'environ 20 minutes**.

Les données recueillies dans cette recherche sont strictement anonymes et confidentielles. Vous êtes libre d'accepter ou non de participer à cette recherche. Vous pourrez également interrompre à tout moment votre participation sans aucune conséquence, ni justification.

Qui peut participer ?

Peuvent participer les personnes majeures (+ de 18 ans), n'étant pas sous statut de majeur protégé (tutelle ou curatelle). Ne sont pas invitées à participer les personnes domiciliées hors du territoire français ou dont la compréhension des questionnaires pourrait être altérée (par exemple par une mauvaise compréhension de la langue française). Vous êtes libres de participer à d'autres études en parallèle de cette recherche.

Quels sont les bénéfices attendus ?

L'étude est sans bénéfices directs pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'enrichir nos connaissances sur la santé mentale des personnes LGBTQI+. Les résultats de cette recherche permettront de sensibiliser les psychologues et professionnel.les gravitant autour du public LGBTQI+, notamment sur les conséquences de l'exposition à des violence pour ces personnes.

Quels sont les inconvénients et risques possibles ?

Au regard de la thématique de la recherche, il est important de noter que cette étude peut comporter des **risques d'ordre psychologique**. Certaines questions pourront vous paraître répétitives, intrusives, dérangeantes ou bouleversantes. Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez à tout moment mettre fin au questionnaire en fermant l'onglet de votre navigateur. En cas de difficulté ou pour tout autre questionnement, vous pouvez prendre contact avec l'investigateur principal de cette recherche par le biais de l'adresse suivante : william.peraud@u-bordeaux.fr. Vous trouverez à la fin de l'étude plusieurs ressources proposant une aide psychologique dans toute la France.

Quels sont vos droits ?

Nous devons vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette étude. Vous avez le droit de décider à tout moment d'interrompre votre participation à l'étude sans aucune conséquence, ni justification. Votre décision de participer, de refuser de participer ou de cesser de participer n'aura aucune conséquence sur votre statut ou relations avec le laboratoire EA4139 ou l'Université de Bordeaux.

Traitement des données personnelles

[La proposition de texte ci-dessous est à adapter en fonction de votre étude.]

Dans le cadre de la recherche clinique à laquelle l'Université de Bordeaux vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté.

Le responsable du traitement des données est :

UNIVERSITE DE BORDEAUX, représenté par son représentant légal en exercice.

35 Place PEY BERLAND

33000 BORDEAUX.

La licéité du traitement de vos données à caractère personnel repose sur la poursuite d'une mission d'intérêt public.

Ces informations seront relatives à votre identité (âge, orientation sexuelle et identité de genre, statut familial, niveau d'étude, situation professionnelle et économique), à votre santé mentale et à certains facteurs associés.

Ces informations sont rapportées sur un fichier propre à l'étude, appelé « cahier d'observation ». L'investigateur de l'étude et les autres personnels autorisés de l'étude recueilleront des informations à votre sujet et après l'obtention de votre consentement. Seules les informations strictement nécessaires à la finalité de la recherche seront recueillies. Le recueil de ces données sera fait à des fins de recherche scientifique et leur traitement aura pour finalité de répondre aux objectifs de ces recherches. Ces données seront conservées pendant la durée de l'étude, soit **7** ans, jusqu'au rapport final ou jusqu'à la dernière publication puis archivées pendant une durée de **XXX** ans suivant la fin de la recherche, conformément à la réglementation.

Ces données seront enregistrées sur des serveurs informatiques sécurisés.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données à caractère personnel) et au Règlement Général sur la Protection des Données (règlement UE 2016/679 – ci-après RGPD), vous avez un droit d'accès et de rectification sur vos informations personnelles. Vous pouvez aussi demander la restriction du traitement de vos informations personnelles, vous opposer au traitement de vos données. Conformément à la loi, certaines données collectées peuvent ne pas être effacées si cette suppression rend impossible ou compromet gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès de l'investigateur de l'étude aux coordonnées indiquées en haut de cette notice, en justifiant de votre identité.

Retenez toutefois que l'exercice du droit à l'effacement (article 17 du RGPD) pourrait être empêché du fait que ce traitement de données poursuit une mission d'intérêt public. Il en va de même pour l'exercice du droit à la portabilité (article 20 du RGPD).

Le Responsable de traitement pourra communiquer des informations personnelles aux agences réglementaires ou à ses partenaires de recherche, en France et dans d'autres pays de l'Espace économique européen (EEE).

Vos informations personnelles codées pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.

Pour toute question au sujet du traitement de vos données à caractère personnel ou de vos droits associés à ces données, vous avez la possibilité de contacter le délégué à la protection des données de l'Université de Bordeaux par email (dpo@u-bordeaux.fr)

Si malgré les mesures mises en place par le Responsable de traitement, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (3, place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex 07).

Résultats de la recherche :

Les résultats de cette étude peuvent faire l'objet de publications scientifiques et / ou de communications lors de congrès ou manifestation scientifiques. Les données présentées dans ce cadre seront anonymes et ne permettront pas votre identification.

Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu porter à ce document d'information.

William Peraud,
Psychologue clinicien
Doctorant en psychologie, UR4139 – Université de Bordeaux

**DECLARATION DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ POUR LA PARTICIPATION A UN
PROJET DE RECHERCHE**

Projet de recherche : XXXX

Promoteur et Responsable du traitement des données : Université de Bordeaux

Responsable du projet / Investigateur principal : Prénom NOM

Participant : Prénom NOM

Veillez lire attentivement ce formulaire.

**N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou
que vous souhaitez avoir des précisions.**

Je déclare avoir été informé(e), par l'investigateur responsable du projet soussigné, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement du projet ainsi que des effets présumés, des avantages, des inconvénients possibles et des risques éventuels.

Je déclare que je ne souffre pas de [insérer critères d'exclusion, notamment pathologies ou vulnérabilités incompatibles avec le déroulement de l'étude.]

Je déclare avoir lu avec attention et compris les informations écrites dans la notice d'information destinée aux participants qui m'a été remise sur le projet précité. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation au projet. Je conserve la feuille d'information et reçois une copie de ma déclaration de consentement écrite.

J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.

Je déclare accepter de participer au projet de recherche.

Lieu, Date :

Signature du participant / de la participante :

Attestation de l'investigateur : Par la présente, j'atteste avoir expliqué au participant / à la participante la nature, l'importance et la portée du projet. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec ce projet. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du projet, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement du participant / de la participante à prendre part au projet, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, Date :

Signature de l'investigateur :

Annexe 10. Avis défavorable émis par le CPP le 05 Juin 2023.

Comité de protection des personnes Est I Avis sur une demande initiale

CPP

Nom du CPP : Comité de protection des personnes Est I
Adresse : Centre hospitalier la Chartreuse - 1 Bld Chanoine Kir, BP 23314 21033
DIJON France
Courriel : cppest1@chlcdijon.fr
Téléphone : 0380425485

Promoteur / Demandeur

Promoteur : Université de Bordeaux
Représentant légal (UE) : -
Mandataire : -

Dossier

Numéro SI : 23.01612.000200
Numéro national : 2023-A00993-42
Référence interne : 2023-0093

Règlementation : Loi Jardé
Qualification : Catégorie 3 questionnaire
Produit ou acte : Hors produits de santé (produits non mentionnés à l'article L.5311-11 du code de la santé publique)

Investigateur : William PERAUD

Titre : [Le Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe chez les minorités sexuelles et de genre](#)

Ce dossier a été étudié en séance le 01/06/2023, l'avis suivant a donc été émis. Cet avis court à compter du changement de statut sur le SI.

Avis défavorable

Conformément aux dispositions de l'article R.1123-25 du code de la santé publique, vous disposez d'un délai d'un mois suivant la notification de cet avis pour demander un réexamen par un autre comité via le SI-RIPH2G.

Sur les motivations suivantes :

Absence d'analyse statistique de la phase quantitative. On ne sait pas comment les résultats des questionnaires seront exploités, et donc comment les objectifs de comparaison seront atteints. Y-a-t-il des calculs de score, permettant des comparaisons ?

La distribution par les réseaux sociaux des questionnaires du volet quantitatif à des personnes inconnues et non accompagnées peut induire des problèmes psychologiques graves. Le début du titre

de l'étude "Le Trouble de Stress Post-Traumatique / TSPT Complexe" est déjà inquiétant pour un lecteur tout-venant.

L'objectif annoncé par la note d'information "collecter des informations sur votre profil socio-démographiques, les répercussions qu'ont pu avoir certains événements sur votre vie, ainsi que votre manière de gérer vos émotions, vos relations et les situations de manière générale" est édulcoré par rapport à l'objectif défini dans le protocole de recherche "Obtenir des données sur le TSPT/TSPT-C (CIM-11)".

Le questionnaire ITEM liste de si nombreuses situations qu'il est probable que la majorité des sujets sont concernés par l'une de ces situations. Ils sont donc amenés à remplir les questionnaires suivants, et de trouver au moins un item qui va les convaincre qu'ils sont atteints de TSPT.

Certes l'investigateur a conscience de ces bouleversements potentiels. Mais il n'a pas de prise sur leurs conséquences

Information/Consentement

On ne comprend pas pourquoi il y a une seule note d'information

Personnes ayant délibéré

Collège	Catégorie	Nom et prénom
Collège I	Qualification RIPH - Biostatistique ou épidémiologie	Anonymisé.
Collège I	Qualification RIPH - Autre	Anonymisé.
Collège I	Pharmacien hospitalier	Anonymisé.
Collège I	Pharmacien hospitalier	Anonymisé.
Collège II	Compétence éthique	Anonymisé.
Collège II	Compétence juridique	Anonymisé.
Collège II	Représentant d'association agréée	Anonymisé.

Documents analysés par le CPP

Catégorie	Intitulé	Date de dépôt
ATT - Attestation	2023-A00993-42_ATTESTATION_V1_20230515_TSPT-LGBT.pdf	22/05/2023
COU - Courrier	2023-A00993-42_COURRIER_V1_20230428_TSPT-LGBT.pdf	10/05/2023
CVI - CV investigateurs	2023-A00993-42_CV_20230428_TSPT-LGBT.pdf	10/05/2023
DEM - Demande autorisation	2023-A00993-42_DEMANDE_V1_20230428_TSPT-LGBT.pdf	10/05/2023
DON - Données : preuve de conformité du traitement des données	2023-A00993-42_DONNEES_20210726_TSPT-LGBT.pdf	10/05/2023
INF - Doc Information	2023-A00993-42_NFIC_V1_20230428_TSPT-LGBT.pdf	10/05/2023
PRO - Protocole	2023-A00993-42_PROTOCOLE_V1_20230428_TSPT-LGBT.pdf	10/05/2023
QUE - Echelles/questionnaires	2023-A00993-42_QUESTIONNAIRES_VOLET	22/05/2023

Annexe 11. Demande d'appel suite à l'avis défavorable le 26 Juin 2023.



Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Version 2 – 20/06/2023

Question d'auto-évaluation pour les recherches mentionnées au 3° de l'article L.1121-1 du code de la santé publique ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L.5311-1 du code de la santé publique

La recherche a pour objet le développement des connaissances biologiques ou médicales :

oui non

La recherche est effectuée sous la direction et sous la surveillance d'un médecin ou d'une personne qualifiée justifiant d'une expérience appropriée ¹: **oui** non

La recherche est réalisée dans un lieu disposant des moyens humains, matériels et techniques adaptés à la recherche et compatibles avec les impératifs de sécurité des personnes qui s'y prêtent ²: **oui** non

La recherche ne relève pas de la liste mentionnée au 2° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique : **oui** non

La recherche ne porte pas sur un produit mentionné à l'article L.5311-1 du code de la santé publique : **oui** non

Si vous avez répondu non à l'une des questions précédentes votre recherche ne relève pas de la procédure applicable aux recherches non interventionnelles ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L.5311-1 du code de la santé publique. Dans cette hypothèse, nous vous invitons à vous rapprocher d'un centre de ressources dont la liste est disponible sur le site SI-RIPH.

Si vous avez répondu oui à l'ensemble des questions, votre recherche est une recherche non interventionnelle ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L.5311-1 du code de la santé publique.

Sous réserve que vous ayez également réalisé une déclaration de conformité à une méthodologie de référence homologuée par la commission nationale de l'informatique et des libertés conformément à l'article 11 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, votre recherche relève de la procédure mentionnée au II de l'article 17 de l'ordonnance du 22 avril 2020 portant diverses mesures prises pour faire face à l'épidémie de covid-19. A ce titre, vous devez répondre aux questions ci-dessous sur la base de votre protocole de recherche.

¹ Conformément à l'article L1121-3 du Code de la santé publique

² Conformément à l'article L1121-13 du Code de la santé publique

Titre de la recherche : Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Acronyme de la recherche : -

Numéro d'enregistrement (ID-RCB) : 2023-A00993-42

Promoteur :

Université de Bordeaux
Dean LEWIS, Président
promotion-recherche@u-bordeaux.fr
35 place Pey Berland, 33000 Bordeaux CEDEX
0540006233

Délégué à la protection des données ³

dpo@u-bordeaux.fr
43 rue Pierre Noailles, 33405 Talence CEDEX, France.

Responsable scientifique (directeur de thèse ou de mémoire) ⁴ :

QUINTARD Bruno, Professeur de Psychologie – Université de Bordeaux
bruno.quintard@u-bordeaux.fr
3ter place de la victoire, 33076 Bordeaux CEDEX
0678063034

Date prévue de soutenance de la thèse / mémoire : Novembre 2024

1) Intérêt et pertinence de la recherche

- Contexte et justification

Les personnes LGBTQI+ (ou minorités sexuelles et de genre) constituent une population vulnérable en termes de santé physique et mentale (Liu et al., 2019 ; Ross et al., 2018 ; Keating et Muller, 2020). En raison de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre, ces personnes peuvent être amenées à faire face à des enjeux spécifiques (stigmatisations, discriminations, violences... ; Newcomb et al., 2019) et ce dans de multiples contextes (famille, scolarité, travail, loisirs...). Ce risque d'exposition à des stressors chroniques, généralement de nature interpersonnelle, représente un facteur de risque important dans le développement d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) ou d'un TSPT Complexe (TSPT-C ; Charak et al., 2023), tels que décrits dans la 11^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11 ; Brewin, 2020).

³ Conformément aux articles 37 et suivants du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

⁴ Pour les travaux des étudiants en santé

Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Version 2 – 20/06/2023

A ce jour, la littérature sur le TSPT/TSPT-C chez les minorités sexuelles et de genre est relativement pauvre, particulièrement en France. Afin d'améliorer le repérage et la prise en charge de ces troubles chez les minorités sexuelles et de genre, il est nécessaire que nous ayons à disposition des données spécifiques à cette population.

- Objectif principal et critère de jugement principal

L'objectif principal de cette recherche est d'obtenir des données sur le TSPT/TSPT-C (CIM-11) chez les minorités sexuelles et de genre en France. Plus particulièrement, les deux principaux objectifs de cette recherche sont (1) de recueillir des données de prévalence du TSPT/TSPT-C chez les minorités sexuelles et de genre en France ; et (2) d'identifier des facteurs de risque et de protection spécifiques à cette population.

- Objectif(s) secondaire(s) et critère(s) de jugement secondaire(s)

- (1) Comparer les données de prévalence et facteurs de risque/protection dans le développement d'un TSPT/TSPT-C entre personnes LGBTQI+ et personnes cisgenres/hétérosexuelles.
- (2) Vérifier les qualités psychométriques de l'International Trauma Questionnaire (auto-questionnaire permettant le repérage du TSPT/TSPT-C selon la CIM-11) auprès d'une population LGBTQI+. A ce jour, la version française de l'ITQ a été validée uniquement en population générale. Il s'agira d'évaluer la structure factorielle (validité de construit) de cet outil en population spécifique LGBTQI+.
- (3) Obtenir des données exploratoires sur la manière dont les minorités sexuelles et de genre font face aux violences auxquelles elles peuvent être exposées. Plus particulièrement, il s'agira, par le biais d'entretiens, de recueillir des informations sur les stratégies d'adaptation qui peuvent être mobilisées par les personnes LGBTQI+. Il s'agira également de recueillir quelles sont les ressources identifiées par ces personnes pour faire face à ces violences, ainsi que leurs besoins.
- (4) Comparer si, selon la symptomatologie traumatique (avec ou sans TSPT/TSPT-C), les stratégies d'adaptation employées, les ressources mobilisées, ainsi que les besoins identifiés diffèrent d'un groupe à l'autre.

2) Qualification des investigateurs et adéquation des moyens

- Investigateur ou, le cas échéant, investigateur coordonnateur :

PERAUD William, Doctorant en Psychologie & Psychologue clinicien.
william.peraud@u-bordeaux.fr
0664201278

- Lieu(x) pressenti(s) de la recherche :

Laboratoire de Psychologie (UR4139).
3ter place de la victoire, 33076 Bordeaux.
0557571964

3) Organisation de l'étude

- Schéma de l'étude :

Cette recherche est une étude analytique observationnelle ne comportant aucun acte en dehors de questionnaires.

Pour répondre à nos objectifs, cette recherche sera composée de deux volets :

1. Le premier, quantitatif, permettra d'obtenir des données sur (1) le taux d'exposition à des violences dans un échantillon de personnes LGBTQI+ majeures, en France ; (2) le taux de prévalence de TSPT/TSPT-C dans un échantillon de personnes LGBTQI+ majeures, en France ; (3) l'existence de facteurs de risque associés au fait de développer des symptômes de TSPT/TSPT-C ; (4) l'existence de facteurs de protection associés au fait de ne pas développer des symptômes de TSPT/TSPT-C ; (5) Comparer avec une population hétérosexuelle/cisgenre appariée selon des données socio-démographiques.

Il s'agira d'une étude observationnelle et descriptive, les participants seront recrutés en ligne, en population générale, via un échantillon de convenance. De l'aide sera demandée auprès des associations LGBTQI+ pour faciliter l'accès à notre population cible.

2. Le second, qualitatif, est à visée exploratoire. Il permettra, sur la base d'entretiens avec des personnes s'identifiant comme LGBTI+, d'obtenir des informations (1) sur la manière dont ces personnes font face aux potentielles situations de violences ; (2) sur les ressources à disposition et les besoins identifiés pour y faire face ; (3) sur des spécificités dans le vécu des personnes selon leur symptomatologie traumatique.

Les participants seront recrutés via un appel à participation diffusé sur les réseaux sociaux et auprès d'associations LGBTQI+. Le recrutement sera distinct et dissocié du volet quantitatif, et aucun recoupement ne sera possible. Une vingtaine de personnes (ou jusqu'à saturation des thèmes) seront recrutées via un second appel à participation diffusé sur les réseaux sociaux et dans quelques associations LGBTQI+ pour un entretien d'une trentaine de minutes. De préférence, les entretiens seront réalisés dans un bureau mis à disposition par le laboratoire de rattachement (Laboratoire de Psychologie EA4139, Université de Bordeaux ; Accréditation Centre d'Evaluation et de Recherche Universitaire en Psychologie, CERUP). Des aménagements pourront être prévus via zoom selon situation et accord de la cellule RGPD de l'Université de Bordeaux. Ces entretiens seront enregistrés (audio uniquement) afin que leurs contenus puissent être retranscrits dans leur intégralité (verbatim). Tous les entretiens suivront une même trame. A la fin de l'entretien, un rapide questionnaire d'évaluation de la symptomatologie traumatique sera administré. Tous les entretiens seront réalisés par l'investigateur principal (William PERAUD, Psychologue clinicien et Doctorant en Psychologie). L'investigateur principal est formé et habitué à la réalisation d'entretiens portant sur ces thématiques.

- **Méthodologie** :

L'enquête quantitative sera composée :

- D'un questionnaire socio-démographique comprenant :
 - L'âge
 - L'orientation sexuelle
 - L'identité de genre
 - L'intersexuation
 - Niveau d'études
 - La catégorie socio-professionnelle
 - Le niveau d'études
 - La situation économique
 - Zone de vie (urbaine, semi-urbaine, rurale)
 - Statut familial (seul.e, en concubinage, en couple,...)
 - Discriminations perçues (en lien avec âge, genre, état de santé, couleur de peau, origines, poids, orientation sexuelle, religion, tenue vestimentaire).
- De l'International Trauma Exposure Measure (ITEM ; Hyland et al., 2021), traduite en Français (Peraud et al., 2022). **22 items**
- De l'International Trauma Questionnaire (ITQ ; Cloitre et al., 2018), traduit & validé en Français (Peraud et al., 2022). **18 items** Conditionné à l'exposition à au moins un événement potentiellement traumatique.
- La Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15). Traduite en français pour les besoins de l'étude. **15 items**
- La Brief version of Dissociative Symptoms Scale (DSS-B ; Macia et al., 2022). Traduite en Français pour les besoins de l'étude. 8 items.
- La Brief-COPE (Carver, 1997) traduite & validée en français (Muller et Spitz, 2003). **28 items**
- *La Connectedness to the LGBT Community Scale (Frost et Meyer, 2011). 8 items* Conditionné à l'appartenance à la communauté LGBTQI+.

L'enquête qualitative sera composée :

- D'une grille de questions à visée sociodémographiques (âge, situation professionnelle, conditions de vie, orientation sexuelle, identité de genre).
- De la grille d'entretien
- De l'International Trauma Questionnaire.

- **Effectif** (justification, hypothèses, échantillonnage, en fonction de la nature de l'étude) (750 signes environ) :

- **Enquête quantitative** : Notre étude ciblera des personnes LGBTQI+ ainsi que des personnes hétérosexuelles/cisgenres, que nous apparierons selon leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, revenus, niveau d'étude). Il s'agira d'un échantillon de convenance, recruté principalement via les réseaux sociaux et les associations acceptant de diffuser notre recherche. En tenant compte des potentielles difficultés d'accès aux

Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Version 2 – 20/06/2023

personnes LGBTQI+, et des pertes inhérentes à l'appariement des participants, nous visons 500 participants par groupes (cis/hétéros vs LGBTQI+ ; 1.000 participants au total).

- **Enquête qualitative :** Notre étude ciblera des personnes LGBTQI+ ainsi que des personnes impliquées dans le travail auprès de cette population. Les personnes concernées seront recrutées via les associations intervenant dans la région bordelaise (/ex Le Girofard, Trans 3.0). Nous estimons qu'une vingtaine d'entretiens seront nécessaires, ou jusqu'à saturation des thèmes.

- *Traitement statistique :*

Pour l'ensemble des tests statistiques, le seuil de significativité devra être inférieur ou égale à .05.

- Recherche quantitative :
 - Traitements préalables : Recodage des variables, vérification des données manquantes et outliers, homogénéité des variables. Appariement de nos deux échantillons (LGBTQI+ vs cisgenre-hétérosexuel) à partir des données socio-démographiques (âge, niveau d'études, situation économique, zone de vie).
 - Description de la population : Statistiques descriptives (% , moyennes, écarts types) et comparaisons de moyennes (t test, Anova).
 - Vérification de la validité des outils :
 - Pour les outils ayant déjà été validés : consistance interne (alpha de Cronbach)
 - Pour les outils nécessitant une validation : Evaluation de la structure latente (Analyse Factorielle Confirmatoire) + relation entre les différents construits inhérents au modèle théorique (corrélations) + validité convergente et divergente (corrélations) + mesure de la consistance interne (alpha de Cronbach).
 - Vérification du modèle statistique (corrélations, régressions, modèles linéaires mixtes).

Le recueil de données se fera grâce au logiciel LimeSurvey, pour lequel le laboratoire de Psychologie UR 4139 de l'Université de Bordeaux dispose d'une licence. La mise en forme des données se fera via le logiciel Excel de la suite Microsoft Office, et le traitement des données se fera avec le logiciel R Studio, par l'investigateur principal au sein du laboratoire de Psychologie UR 4139.

- Recherche qualitative :
 - Retranscription des entretiens
 - Analyse de contenu thématique catégorielle assistée par logiciel (NVivo).

Le recueil de données se fera via enregistrement (voix) lors d'entretiens réalisés au sein du laboratoire de Psychologie UR 4139, par l'investigateur principal, avec du matériel d'enregistrement fourni par le laboratoire. La retranscription des entretiens sera réalisée par l'investigateur principal, sur le logiciel Word de la suite Microsoft Office, au sein du laboratoire de Psychologie UR 4139. L'analyse de contenu thématique catégorielle sera réalisée par l'investigateur principal, assisté par le logiciel NVivo, dont le laboratoire dispose d'une licence.

Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Version 2 – 20/06/2023

- *Critères d'inclusion* :

- **Enquête quantitative** : Personnes majeures, en capacité de donner leur consentement pour participer à la recherche.
- **Enquête qualitative** :
 - Personnes majeures, en capacité de donner leur consentement pour participer à la recherche.
 - S'identifiant comme appartenant à la communauté LGBTQI+.
 - Consentir à l'enregistrement audio (uniquement) de l'entretien.

- *Critères de non-inclusion* :

- **Enquête quantitative** :
 - Personnes ayant une mauvaise compréhension de la langue française, ou domiciliées hors territoire français (indiqué dans le consentement de participation)
 - Personnes ayant moins de 18 ans, majeurs protégés (indiqué dans le consentement de participation)
- **Enquête qualitative** :
 - Personnes ayant moins de 18 ans, majeurs protégés.
 - Personnes ne s'identifiant pas comme appartenir à la communauté LGBTQI+.

- *Durée prévisionnelle*

- de participation par personne :
 - **Enquête quantitative** : 25 Minutes
 - **Enquête qualitative** : 60 minutes
- de la recherche :
 - **Enquête quantitative** : Dès réception d'un avis favorable du CPP jusqu'à recrutement du nombre requis de participants (estimation de 4 mois de recrutement).
 - **Enquête qualitative** : Dès réception d'un avis favorable du CPP jusqu'à recrutement du nombre de participants (estimation de 6 mois de recrutement).

Une collection biologique ou la conservation d'échantillons au-delà de la durée de l'étude est prévue : oui **non**

La recherche est organisée pour répondre aux objectifs fixés : **oui** non

4) Absence de Risques et de contraintes de la recherche⁵

La recherche implique la réalisation d'actes qui relèvent de l'arrêté fixant la liste des recherches mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique oui **non**

⁵ Critères de qualification de la recherche en catégorie 3 définie par la loi n° 2012-300 dite "loi Jardé"

Si oui, préciser la nature et les caractéristiques des actes ou procédures impliqués par le protocole de recherche, en plus des soins habituels qui ne doivent pas être décrits (sous la forme d'un texte ou d'un tableau, au choix du promoteur) ⁶

Indiquer si la recherche peut comporter un risque psychologique et, dans l'affirmative, les dispositions prises pour en tenir compte.

La présente recherche peut comporter des risques psychologiques.

La recherche auprès de personnes potentiellement exposées à des violences amène nécessairement à des réflexions éthiques particulières. Si les pratiques « gold standards » consisteraient en des entretiens face à face, dans des locaux adaptés en termes de condition de passation et de ressources à disposition (*/ex* centre de prise en charge des psychotraumatismes), cela pose plusieurs limites. Organisationnellement d'une part, étant donné que ces conditions de passation nécessitent des ressources techniques, humaines et financières particulièrement importantes. Méthodologiquement d'autre part, puisque les conditions de passation influencent nécessairement la composition de l'échantillon, et donc les résultats possibles.

Le plan de sécurisation que nous prévoyons de mettre en place dans le cadre de cette étude se base sur nos précédentes expériences de recherches, les retours de comités éthiques précédents, de notre propre expérience clinique auprès de publics exposés à des violences, ainsi que des recommandations éthiques développées par d'autres chercheurs travaillant sur l'exposition aux violences (voir par exemple Campbell et al., 2019).

Les participants recrutés en population générale sont des participants tout-venant à qui il sera demandé s'ils ont vécu une ou plusieurs événements potentiellement traumatiques. L'enquête (quantitative & qualitative) en question peut venir réactiver des souvenirs en lien avec cet événement ou conduire à la prise de conscience d'une forme de souffrance liée aux événements cités. Ces risques sont clairement présentés dans la notice d'information avant consentement. Les thématiques sensibles explorées (Orientation sexuelle, Identité de genre, Exposition à des violences d'ordres multiples [y compris physiques, sexuelles]) seront annoncées dès la notice d'information. Dans le cadre de l'enquête quantitative, les participants pourront quitter à tout moment l'enquête. Dans le cadre de l'enquête qualitative, les participants pourront demander à tout moment de mettre fin à l'entretien. L'investigateur principal en charge de la réalisation des entretiens est formé et habitué à la réalisation d'entretiens impliquant personnes ayant vécu des événements traumatiques. Il sera en capacité de d'adapter et/ou de mettre fin à l'entretien s'il l'estime nécessaire.

Compte tenu des risques identifiés, un dernier filet de sécurité est prévu avec des coordonnées de ressources clés. Plusieurs numéros d'écoute seront transmis : les coordonnées du numéro national de prévention du suicide (3114), ainsi que le numéro de la ligne d'écoute de l'association CONTACT, spécialisé sur les questions d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Les écoutants

⁶ Le Promoteur s'est assuré que les actes ou procédures envisagés figurent bien dans l'annexe 1 de l'Arrêté du 12 avril 2018 fixant la liste des recherches mentionnées au 3 de l'article L.1121-1 du code de la santé publique. Si les actes ne figurent pas dans cette liste, alors le projet ne peut pas être classé en catégorie 3.

de la ligne de CONTACT seront eux même en capacité de réorienter vers des lieux physiques (groupes d'écoute et de parole organisés par l'association ; associations LGBTQI+ locales). Un lien vers la carte interactive du Centre National de Ressource et de Résilience (CN2R) sera communiqué afin de faciliter la prise de contact vers un centre de prise en charge des psychotraumatismes dans toute la France. Les numéros d'urgence seront également indiqués (SAMU, Police). Durant les entretiens, l'investigateur principal sera à même de communiquer des ressources adaptées aux situations (psychologue en libéral formé à la prise en charge des psycho traumatismes ; orientation vers une structure publique ; association...).

Plusieurs études se sont intéressées aux enjeux éthiques de la recherche auprès de populations exposées à des violences. Une méta-analyse (Jaffe et al., 2015) conclut que la détresse pouvant être provoquée par ce type de recherche est généralement bénigne et de courte durée pour la plupart des participants, et possiblement contrebalancée par le sentiment d'aider d'autres victimes au travers de la recherche. Par ailleurs, les auteurs soulignent que les protocoles en ligne pourraient être moins perturbants que les interviews pour les personnes exposées à des violences.

5) Protection des données personnelles

Les données recueillies seront anonymisées, empêchant toute corrélation entre le jeu de données et l'identité des personnes concernées. Cette étude a fait l'objet d'une analyse et d'une étude d'impact par le DPO de l'université de Bordeaux afin d'être « privacy by design » (art. 25 du RGPD).

Liste des données personnelles recueillies (en conformité avec le RGPD) :

- **Enquête quantitative :**
 - Age
 - Genre
 - Orientation sexuelle
 - intersexuation
 - Catégorie socioprofessionnelle
 - Niveau d'études
 - Situation économique
 - Discriminations perçues

- **Enquête qualitative :**
 - Age
 - Genre
 - Orientation sexuelle
 - Adresse mail ou numéro de téléphone pour prise de rendez-vous.

Des données identifiantes (prénom, adresse mail ou numéro de téléphone) seront récoltées, dans le cadre du volet qualitatif, le temps de la planification de l'entretien mais n'apparaîtront pas dans les verbatims.

Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Version 2 – 20/06/2023

Joindre le(s) questionnaire(s), si le protocole en comporte, ainsi que les échelles d'évaluation associées le cas échéant.

CF Annexes

Les données collectées sont adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des objectifs de la recherche **oui** non

6) Recrutement et information des personnes

- Modalités de recrutement des participants (procédures, documents, délais de réflexion) : (750 signes environ).

Les participants seront recrutés en population générale via un échantillon de convenance. Une publication sera diffusée sur les réseaux sociaux invitant les personnes répondant aux critères d'inclusion à participer et/ou partager auprès de leurs proches. Le message d'invitation résumera brièvement le contexte et l'objectif de l'étude, et sera accompagné d'une image encore à réaliser qui contiendra les informations principales (nom de l'étude, logo de l'université et du laboratoire de recherche, contact de l'investigateur principal...). Les participants auront la possibilité de ne pas répondre à l'étude, de prendre le temps de la réflexion, de répondre à l'étude, ou de partager la publication à leur entourage.

Dans le cadre de l'enquête qualitative, les professionnels intervenant auprès de personnes LGBTQI+ pourront être sollicités en personne ou via leur boîte mail. Ils auront également la possibilité de ne pas participer à l'étude, de prendre le temps de la réflexion, de participer, ou d'uniquement partager l'appel à participation.

- Information et non-opposition

Les modalités d'information sont conformes aux dispositions de l'article L.1122-1 du code de la santé publique **oui** non

Joindre la (ou les) lettre(s) d'information et préciser les modalités assurant la traçabilité de la non-opposition. **Cf Annexes.**

- Populations particulières

La recherche nécessite l'inclusion de populations particulières : **oui** non

Si oui, justifier : **L'étude porte sur l'exposition aux violences chez les personnes LGBTQI+. De fait, il nous est nécessaire d'inclure des personnes selon leur genre ou leur orientation sexuelle.**

Les conditions de l'article L. 1122-2 du Code de la santé publique sont respectées, dans le cas où la recherche porte sur des mineurs non émancipés, des majeurs protégés ou des majeurs hors d'état d'exprimer leur consentement : non concerné

Les conditions de l'article L.1121-5 du Code de la santé publique sont respectées, dans le cas où la recherche porte sur des femmes enceintes ou allaitantes : non concerné

7) Déclaration du promoteur

Je soussigné(e) *Dean LEWIS*, déclare :

- que l'intérêt de la recherche est sans commune mesure avec le risque prévisible encouru par les personnes qui se prêtent à cette recherche, et
- que le respect de la personne qui se prête à la recherche prime les seuls intérêts de la recherche et de la société.

Les sanctions pénales prévues aux articles L.1126-1 et suivants du code de la santé publique s'appliquent en cas de fausse déclaration ou de non-respect des dispositions prévues aux articles L.1121-1 et suivants du code de la santé publique.

Fait à **BORDEAUX**, le **28/04/2023**

NOTICE D'INFORMATION A DESTINATION DES PARTICIPANTS

Etude « Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale – Volet quantitatif »

Coordonnées du Promoteur :

Dean LEWIS
Université de Bordeaux
Président
35 place Pey Berland
33000 Bordeaux
promotion-recherche@u-bordeaux.fr

Coordonnées de l'investigateur :

William PERAUD
Laboratoire UR4139
william.peraud@u-bordeaux.fr

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données :

Université de Bordeaux
DPO
35 place Pey Berland
33000 Bordeaux
dpo@u-bordeaux.fr

L'Université de Bordeaux vous propose de participer à une recherche clinique dont l'Université de Bordeaux est le promoteur, conformément aux dispositions de l'article L.1121-1 du code de la santé publique. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au responsable scientifique de l'étude que vous pouvez joindre aux coordonnées ci-dessus.

Pourquoi cette recherche ?

Cette recherche vise à **développer nos connaissances sur la santé mentale des personnes LGBTQI+ en France**. Ce type de recherche est encore rare en France, et pourtant nécessaire afin de sensibiliser professionnel.les et pouvoirs publics sur les enjeux de santé spécifiques aux personnes LGBTQI+. Cette recherche est réalisée par William PERAUD (Psychologue & Doctorant en Psychologie – Université de Bordeaux) et sous la direction de Bruno QUINTARD (Professeur des Universités, Université de Bordeaux). L'étude est sans bénéfice direct pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'enrichir nos connaissances sur les enjeux de santé mentale chez les personnes LGBTQI+ en France afin de sensibiliser les psychologues et plus largement les professionnel.les gravitant autour du public LGBTQI+.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

Cette étude est composée d'une série de questionnaires qui viseront à collecter des informations sur votre **profil socio-démographiques, votre manière de gérer vos émotions, vos relations et les situations de manière générale, ainsi que les répercussions (ou non) qu'ont pu avoir certains événements difficiles sur votre vie**. Au cours de ce questionnaire, plusieurs thématiques sensibles seront explorées, liées à votre identité (orientation sexuelle, identité de genre, intersexuation) ou à votre histoire (exposition à des violences psychologiques, physiques et sexuelles). Si vous ne préférez pas aborder ces sujets, vous avez la possibilité de quitter le questionnaire à tout moment, Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de cette recherche seront collectées, sur la seule base de vos réponses.

Comment va se dérouler cette recherche

Au cours de cette recherche, vous serez invité.e à répondre à plusieurs questionnaires, d'une durée totale d'**environ 20 minutes**.

Les données recueillies dans cette recherche sont strictement anonymes et confidentielles. Vous êtes libre d'accepter ou non de participer à cette recherche. Vous pourrez également interrompre à tout moment votre participation sans aucune conséquence, ni justification.

Qui peut participer ?

Peuvent participer les personnes majeures (+ de 18 ans), n'étant pas sous statut de majeur protégé (tutelle ou curatelle). Ne sont pas invitées à participer les personnes domiciliées hors du territoire français ou dont la compréhension des questionnaires pourrait être altérée (par exemple par une mauvaise compréhension de la langue française). Vous êtes libres de participer à d'autres études en parallèle de cette recherche.

Quels sont les bénéfices attendus ?

L'étude est sans bénéfices directs pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'enrichir nos connaissances sur la santé mentale des personnes LGBTQI+. Les résultats de cette recherche permettront de sensibiliser les psychologues et professionnel.les gravitant autour du public LGBTQI+, notamment sur les conséquences de l'exposition à des violence pour ces personnes.

Quels sont les inconvénients et risques possibles ?

Au regard de la thématique de la recherche, il est important de noter que cette étude peut comporter des **risques d'ordre psychologique**. Certaines questions pourront vous paraître répétitives, intrusives, dérangeantes ou bouleversantes. Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez à tout moment mettre fin au questionnaire en fermant l'onglet de votre navigateur. En cas de difficulté ou pour tout autre questionnement, vous pouvez prendre contact avec l'investigateur principal de cette recherche par le biais de l'adresse suivante : william.peraud@u-bordeaux.fr. Vous trouverez à la fin de l'étude plusieurs ressources proposant une aide psychologique dans toute la France.

Quels sont vos droits ?

Nous devons vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette étude. Vous avez le droit de décider à tout moment d'interrompre votre participation à l'étude sans aucune conséquence, ni justification. Votre décision de participer, de refuser de participer ou de cesser de participer n'aura aucune conséquence sur votre statut ou relations avec le laboratoire EA4139 ou l'Université de Bordeaux.

Traitement des données personnelles

Dans le cadre de la recherche clinique à laquelle l'Université de Bordeaux vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté.

Le responsable du traitement des données est :

UNIVERSITE DE BORDEAUX, représenté par son représentant légal en exercice.
35 Place PEY BERLAND
33000 BORDEAUX.

La licéité du traitement de vos données à caractère personnel repose sur la poursuite d'une mission d'intérêt public.

Ces informations seront relatives à votre identité (âge, orientation sexuelle et identité de genre, statut familial, niveau d'étude, situation professionnelle et économique), à votre santé mentale et à certains facteurs associés. Ces informations sont rapportées sur un fichier propre à l'étude, appelé « cahier d'observation ». L'investigateur de l'étude et les autres personnels autorisés de l'étude recueilleront des informations à votre sujet et après l'obtention de votre consentement. Seules les informations strictement nécessaires à la finalité de la recherche seront recueillies. Le recueil de ces données sera fait à des fins de recherche scientifique et leur traitement aura pour finalité de répondre aux objectifs de ces recherches. Ces données seront conservées pendant la durée de l'étude, soit 7 ans, jusqu'au rapport final ou jusqu'à la dernière publication puis archivées pendant une durée de 15 ans suivant la fin de la recherche, conformément à la réglementation.

Ces données seront enregistrées sur des serveurs informatiques sécurisés.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données à caractère personnel) et au Règlement Général sur la Protection des Données (règlement UE 2016/679 – ci-après RGPD), vous avez un droit d'accès et de rectification sur vos informations personnelles. Vous pouvez aussi demander la restriction du traitement de vos informations personnelles, vous opposer au traitement de vos données. Conformément à la loi, certaines données collectées peuvent ne pas être effacées si cette suppression rend impossible ou compromet gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès de l'investigateur de l'étude aux coordonnées indiquées en haut de cette notice, en justifiant de votre identité.

Retenez toutefois que l'exercice du droit à l'effacement (article 17 du RGPD) pourrait être empêché du fait que ce traitement de données poursuit une mission d'intérêt public. Il en va de même pour l'exercice du droit à la portabilité (article 20 du RGPD).

Le Responsable de traitement pourra communiquer des informations personnelles aux agences réglementaires ou à ses partenaires de recherche, en France et dans d'autres pays de l'Espace économique européen (EEE).

Vos informations personnelles codées pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.

Pour toute question au sujet du traitement de vos données à caractère personnel ou de vos droits associés à ces données, vous avez la possibilité de contacter le délégué à la protection des données de l'Université de Bordeaux par email (dpo@u-bordeaux.fr)

Si malgré les mesures mises en place par le Responsable de traitement, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (3, place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex 07).

Résultats de la recherche :

Les résultats de cette étude peuvent faire l'objet de publications scientifiques et / ou de communications lors de congrès ou manifestation scientifiques. Les données présentées dans ce cadre seront anonymes et ne permettront pas votre identification.

Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu porter à ce document d'information.

William Peraud,
Psychologue clinicien
Doctorant en psychologie, UR4139 – Université de Bordeaux

NOTICE D'INFORMATION A DESTINATION DES PARTICIPANTS

Etude « Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale – Volet qualitatif »

<u>Coordonnées du Promoteur :</u>	<u>Coordonnées de l'investigateur:</u>	<u>Coordonnées du Délégué à la Protection des Données :</u>
Dean LEWIS Université de Bordeaux Président 35 place Pey Berland 33000 Bordeaux promotion-recherche@u-bordeaux.fr	William PERAUD Laboratoire UR4139 william.peraud@u-bordeaux.fr	Université de Bordeaux DPO 35 place Pey Berland 33000 Bordeaux dpo@u-bordeaux.fr

L'Université de Bordeaux vous propose de participer à une recherche clinique dont l'Université de Bordeaux est le promoteur, conformément aux dispositions de l'article L.1121-1 du code de la santé. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au responsable scientifique de l'étude que vous pouvez joindre aux coordonnées ci-dessus.

Pourquoi cette recherche ?

Cette recherche vise à développer nos connaissances sur la manière dont les personnes LGBTQI+ font face aux violences auxquelles elles peuvent être exposées. Ce type de recherche est encore rare en France, et pourtant nécessaire afin de sensibiliser professionnel.les et pouvoirs publics sur les enjeux de santé spécifiques aux personnes LGBTQI+. Cette recherche est réalisée par William PERAUD (Psychologue & Doctorant en Psychologie – Université de Bordeaux) et sous la direction de Bruno QUINTARD (Professeur des Universités, Université de Bordeaux). L'étude est sans bénéfice direct pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'enrichir nos connaissances sur les stratégies développées par les personnes LGBTQI+ pour faire face aux violences auxquelles elles peuvent être exposées, et identifier de potentiels besoins pour les accompagner. A terme, cette étude permettra de sensibiliser les psychologues et plus largement professionnel.les et pouvoirs publics sur cette thématique.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

Cette étude, qui prendra la forme d'un **entretien**, est composée d'une série de sujets que nous souhaitons aborder avec vous. Au cours de cet entretien, nous collecterons **quelques informations vous concernant** (âge, orientation sexuelle, identité de genre, cadre de vie) puis échangerons autour des **conditions de vie des personnes LGBTQI+ en France, des violences envers la communauté LGBTQI+, et des besoins pour faire face à ces situations**. Des questions relations à **votre possible vécu de ces situations de violences** seront également abordées au cours de l'entretien.

Seules les informations strictement nécessaires à la réalisation de cette recherche seront collectées, sur la seule base de vos réponses.

Comment va se dérouler cette recherche

Au cours de cette recherche, vous serez invité.e à participer à un entretien se déroulant dans les locaux de l'Université de Bordeaux (Place de la Victoire, 33000 Bordeaux). Cette entretien durera environ 45 minutes sera enregistré (audio uniquement). L'entretien sera dirigé par William PERAUD (Psychologue clinicien et Doctorant à l'Université de Bordeaux), habitué à la réalisation d'entretiens portant sur ces thématiques.

Dans le cadre de cette recherche, certaines données identifiantes pourront être récoltées le temps de la planification de l'entretien (adresse mail et/ou numéro de téléphone) ou au cours de l'entretien. Ces données

sont strictement confidentielles et seront détruites après l'entretien et anonymisées lors de la retranscription de l'enregistrement. Un rappel sur l'anonymat sera fait avant de débiter l'entretien afin de limiter au maximum les données identifiantes durant l'enregistrement audio.

Vous êtes libre d'accepter ou non de participer à cette recherche. Au cours de l'entretien, vous pourrez également interrompre à tout moment votre participation sans aucune conséquence, ni justification.

Qui peut participer ?

Peuvent participer les personnes majeures (+ de 18 ans), n'étant pas sous statut de majeur protégé (tutelle ou curatelle), s'identifiant à la communauté LGBTQI+. Ne sont pas invitées à participer les personnes domiciliées hors du territoire français. Vous êtes libres de participer à d'autres études en parallèle de cette recherche.

Quels sont les bénéfices attendus ?

L'étude est sans bénéfices directs pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'enrichir nos connaissances sur la santé mentale des personnes LGBTQI+. Les résultats de cette recherche permettront de sensibiliser les psychologues et professionnel.les gravitant autour du public LGBTQI+, notamment sur les conséquences de l'exposition à des violence pour ces personnes.

Quels sont les inconvénients et risques possibles ?

Au regard de la thématique de la recherche, il est important de noter que cette étude peut comporter des **risques d'ordre psychologique**. Les sujets abordés au cours de l'entretien pourront aborder des événements de vie douloureux qui peuvent parfois générer une détresse émotionnelle importante. La personne en charge de l'entretien portera une vigilance particulière à cet aspect, mais votre attention est également importante.

Si cela s'avère nécessaire, la personne en charge de l'entretien s'accorde le droit de mettre un terme à l'entretien de recherche si elle estime que l'échange génère une détresse trop importante. Une orientation vers des professionnel.les de santé pourra être proposée au besoin. En cas de difficulté ou pour tout autre questionnement, vous pouvez prendre contact avec l'investigateur principal de cette recherche par le biais de l'adresse suivante : william.peraud@u-bordeaux.fr.

Quels sont vos droits ?

Nous devons vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette étude. Vous avez le droit de décider à tout moment d'interrompre votre participation à l'étude sans aucune conséquence, ni justification. Votre décision de participer, de refuser de participer ou de cesser de participer n'aura aucune conséquence sur votre statut ou relations avec le laboratoire EA4139 ou l'Université de Bordeaux.

Traitement des données personnelles

Dans le cadre de la recherche clinique à laquelle l'Université de Bordeaux vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté.

Le responsable du traitement des données est :

UNIVERSITE DE BORDEAUX, représenté par son représentant légal en exercice.

35 Place PEY BERLAND

33000 BORDEAUX.

La licéité du traitement de vos données à caractère personnel repose sur la poursuite d'une mission d'intérêt public.

Ces informations seront relatives à votre identité (âge, orientation sexuelle et identité de genre, statut familial, niveau d'étude, situation professionnelle et économique), à votre santé mentale et à certains facteurs associés.

Ces informations sont rapportées sur un fichier propre à l'étude, appelé « cahier d'observation ». L'investigateur de l'étude et les autres personnels autorisés de l'étude recueilleront des informations à votre sujet et après l'obtention de votre consentement. Seules les informations strictement nécessaires à la finalité de la recherche seront recueillies. Le recueil de ces données sera fait à des fins de recherche scientifique et leur traitement aura pour finalité de répondre aux objectifs de ces recherches. Ces données seront conservées pendant la durée de l'étude, soit 7 ans, jusqu'au rapport final ou jusqu'à la dernière publication puis archivées pendant une durée de 15 ans suivant la fin de la recherche, conformément à la réglementation. Les enregistrements audio seront conservés le temps de la retranscription (maximum 1 an après réalisation de l'entretien) sur un disque dur sécurisé par mot de passe, conservé dans un coffre-fort du laboratoire de recherche de l'investigateur principal.

Ces données seront enregistrées sur des serveurs informatiques sécurisés.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données à caractère personnel) et au Règlement Général sur la Protection des Données (règlement UE 2016/679 – ci-après RGPD), vous avez un droit d'accès et de rectification sur vos informations personnelles. Vous pouvez aussi demander la restriction du traitement de vos informations personnelles, vous opposer au traitement de vos données. Conformément à la loi, certaines données collectées peuvent ne pas être effacées si cette suppression rend impossible ou compromet gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès de l'investigateur de l'étude aux coordonnées indiquées en haut de cette notice, en justifiant de votre identité.

Retenez toutefois que l'exercice du droit à l'effacement (article 17 du RGPD) pourrait être empêché du fait que ce traitement de données poursuit une mission d'intérêt public. Il en va de même pour l'exercice du droit à la portabilité (article 20 du RGPD).

Le Responsable de traitement pourra communiquer des informations personnelles aux agences réglementaires ou à ses partenaires de recherche, en France et dans d'autres pays de l'Espace économique européen (EEE).

Vos informations personnelles codées pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.

Pour toute question au sujet du traitement de vos données à caractère personnel ou de vos droits associés à ces données, vous avez la possibilité de contacter le délégué à la protection des données de l'Université de Bordeaux par email (dpo@u-bordeaux.fr)

Si malgré les mesures mises en place par le Responsable de traitement, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (3, place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex 07).

Résultats de la recherche :

Les résultats de cette étude peuvent faire l'objet de publications scientifiques et / ou de communications lors de congrès ou manifestation scientifiques. Les données présentées dans ce cadre seront anonymes et ne permettront pas votre identification.

Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu porter à ce document d'information.

**William PERAUD,
Psychologue Clinicien,
Doctorant en Psychologie, UR4139 – Université de Bordeaux**

DECLARATION DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ POUR LA PARTICIPATION A UN PROJET DE RECHERCHE

Projet de recherche : Les stratégies d'adaptations déployées par les personnes LGBTQI+ pour faire face aux violences.

Promoteur et Responsable du traitement des données : Université de Bordeaux

Responsable du projet / Investigateur principal : William PERAUD, Psychologue & Doctorant en Psychologie

Participant : Prénom NOM

Veillez lire attentivement ce formulaire.

N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous souhaitez avoir des précisions.

Je déclare avoir été informé(e), par l'investigateur responsable du projet soussigné, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement du projet ainsi que des effets présumés, des avantages, des inconvénients possibles et des risques éventuels.

Je déclare avoir été informé que ma participation à l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio.

Je déclare avoir lu avec attention et compris les informations écrites dans la notice d'information destinée aux participants qui m'a été remise sur le projet précité. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation au projet. Je conserve la feuille d'information et reçois une copie de ma déclaration de consentement écrite.

J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.

Je déclare accepter de participer au projet de recherche.

Lieu, Date :

Signature du participant / de la participante :

Attestation de l'investigateur : Par la présente, j'atteste avoir expliqué au participant / à la participante la nature, l'importance et la portée du projet. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec ce projet. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du projet, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement du participant / de la participante à prendre part au projet, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, Date :

Signature de l'investigateur :

Bibliographie.

- Brewin, C. (2020). Complex post-traumatic stress disorder: A new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, 26(3), 145-152. <https://doi:10.1192/bja.2019.48>
- Campbell, R., Goodman-Williams, R., & Javorka, M. (2019). A trauma-informed approach to sexual violence research ethics and open science. *Journal of interpersonal violence*, 34(23-24), 4765-4793. <https://doi.org/10.1177/0886260519871530>
- Charak, R., Cano-Gonzalez, I., Ronzón-Tirado, R., Ford, J. D., Byllesby, B. M., Shevlin, M., Karatzias, T., Hyland, P., & Cloitre, M. (2023). Factor structure of the international trauma questionnaire in trauma exposed LGBTQ+ adults: Role of cumulative traumatic events and minority stress heterosexist experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001440>
- Jaffe, A. E., Dilillo, D., Hoffman, L., Haikalis, M., & Dykstra, R. E. (2015). Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical Psychology Review*, 40, 40-56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.004>
- Keating, L., & Muller, R. T. (2020). LGBTQ+ based discrimination is associated with ptsd symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among LGBTQ+ adults who have experienced trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 124-141. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675222>
- Liu, R. T., Sheehan, A. E., Walsh, R. F., Sanzari, C. M., Cheek, S. M., & Hernandez, E. M. (2019). Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 74, 101783. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783>
- Macia, K. S., Carlson, E. B., Palmieri, P. A., Smith, S. R., Anglin, D. M., Ghosh Ippen, C., ... & Waelde, L. C. (2022). Development of a Brief Version of the Dissociative Symptoms Scale and the Reliability and Validity of DSS-B Scores in Diverse Clinical and Community Samples. *Assessment*, <https://doi.org/10.1177/10731911221133317>.

Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Version 2 – 20/06/2023

Newcomb, M. E., LaSala, M. C., Bouris, A., Mustanski, B., Prado, G., Schrager, S. M., & Huebner, D. M. (2019). The influence of families on LGBTQ youth health: A call to action for innovation in research and intervention development. *LGBT health, 6*(4), 139-145.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0157>

Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W., & Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research, 55*(4-5), 435-456.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>

NOTICE D'INFORMATION A DESTINATION DES PARTICIPANTS

Etude « Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale – Volet quantitatif »

Coordonnées du Promoteur :

Dean LEWIS
Université de Bordeaux
Président
35 place Pey Berland
33000 Bordeaux
promotion-recherche@u-bordeaux.fr

Coordonnées de l'investigateur :

William PERAUD
Laboratoire UR4139
william.peraud@u-bordeaux.fr

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données :

Université de Bordeaux
DPO
35 place Pey Berland
33000 Bordeaux
dpo@u-bordeaux.fr

L'Université de Bordeaux vous propose de participer à une recherche clinique dont l'Université de Bordeaux est le promoteur, conformément aux dispositions de l'article L.1121-1 du code de la santé publique. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au responsable scientifique de l'étude que vous pouvez joindre aux coordonnées ci-dessus.

Pourquoi cette recherche ?

Cette recherche vise à **développer nos connaissances sur la santé mentale des personnes LGBTQI+ en France**. Ce type de recherche est encore rare en France, et pourtant nécessaire afin de sensibiliser professionnel.les et pouvoirs publics sur les enjeux de santé spécifiques aux personnes LGBTQI+. Cette recherche est réalisée par William PERAUD (Psychologue & Doctorant en Psychologie – Université de Bordeaux) et sous la direction de Bruno QUINTARD (Professeur des Universités, Université de Bordeaux). L'étude est sans bénéfice direct pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'enrichir nos connaissances sur les enjeux de santé mentale chez les personnes LGBTQI+ en France afin de sensibiliser les psychologues et plus largement les professionnel.les gravitant autour du public LGBTQI+.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

Cette étude est composée d'une série de questionnaires qui viseront à collecter des informations sur votre **profil socio-démographiques, votre manière de gérer vos émotions, vos relations et les situations de manière générale, ainsi que les répercussions (ou non) qu'ont pu avoir certains événements difficiles sur votre vie**. Au cours de ce questionnaire, plusieurs thématiques sensibles seront explorées, liées à votre identité (orientation sexuelle, identité de genre, intersexuation) ou à votre histoire (exposition à des violences psychologiques, physiques et sexuelles). Si vous ne préférez pas aborder ces sujets, vous avez la possibilité de quitter le questionnaire à tout moment, Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de cette recherche seront collectées, sur la seule base de vos réponses.

Comment va se dérouler cette recherche

Au cours de cette recherche, vous serez invité.e à répondre à plusieurs questionnaires, d'une durée totale d'**environ 20 minutes**.

Les données recueillies dans cette recherche sont strictement anonymes et confidentielles. Vous êtes libre d'accepter ou non de participer à cette recherche. Vous pourrez également interrompre à tout moment votre participation sans aucune conséquence, ni justification.

Qui peut participer ?

Peuvent participer les personnes majeures (+ de 18 ans), n'étant pas sous statut de majeur protégé (tutelle ou curatelle). Ne sont pas invitées à participer les personnes domiciliées hors du territoire français ou dont la compréhension des questionnaires pourrait être altérée (par exemple par une mauvaise compréhension de la langue française). Vous êtes libres de participer à d'autres études en parallèle de cette recherche.

Quels sont les bénéfices attendus ?

L'étude est sans bénéfices directs pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'enrichir nos connaissances sur la santé mentale des personnes LGBTQI+. Les résultats de cette recherche permettront de sensibiliser les psychologues et professionnel.les gravitant autour du public LGBTQI+, notamment sur les conséquences de l'exposition à des violence pour ces personnes.

Quels sont les inconvénients et risques possibles ?

Au regard de la thématique de la recherche, il est important de noter que cette étude peut comporter des **risques d'ordre psychologique**. Certaines questions pourront vous paraître répétitives, intrusives, dérangeantes ou bouleversantes. Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez à tout moment mettre fin au questionnaire en fermant l'onglet de votre navigateur. En cas de difficulté ou pour tout autre questionnement, vous pouvez prendre contact avec l'investigateur principal de cette recherche par le biais de l'adresse suivante : william.peraud@u-bordeaux.fr. Vous trouverez à la fin de l'étude plusieurs ressources proposant une aide psychologique dans toute la France.

Quels sont vos droits ?

Nous devons vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette étude. Vous avez le droit de décider à tout moment d'interrompre votre participation à l'étude sans aucune conséquence, ni justification. Votre décision de participer, de refuser de participer ou de cesser de participer n'aura aucune conséquence sur votre statut ou relations avec le laboratoire EA4139 ou l'Université de Bordeaux.

Traitement des données personnelles

Dans le cadre de la recherche clinique à laquelle l'Université de Bordeaux vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté.

Le responsable du traitement des données est :

UNIVERSITE DE BORDEAUX, représenté par son représentant légal en exercice.
35 Place PEY BERLAND
33000 BORDEAUX.

La licéité du traitement de vos données à caractère personnel repose sur la poursuite d'une mission d'intérêt public.

Ces informations seront relatives à votre identité (âge, orientation sexuelle et identité de genre, statut familial, niveau d'étude, situation professionnelle et économique), à votre santé mentale et à certains facteurs associés. Ces informations sont rapportées sur un fichier propre à l'étude, appelé « cahier d'observation ». L'investigateur de l'étude et les autres personnels autorisés de l'étude recueilleront des informations à votre sujet et après l'obtention de votre consentement. Seules les informations strictement nécessaires à la finalité de la recherche seront recueillies. Le recueil de ces données sera fait à des fins de recherche scientifique et leur traitement aura pour finalité de répondre aux objectifs de ces recherches. Ces données seront conservées pendant la durée de l'étude, soit 7 ans, jusqu'au rapport final ou jusqu'à la dernière publication puis archivées pendant une durée de 15 ans suivant la fin de la recherche, conformément à la réglementation.

Ces données seront enregistrées sur des serveurs informatiques sécurisés.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données à caractère personnel) et au Règlement Général sur la Protection des Données (règlement UE 2016/679 – ci-après RGPD), vous avez un droit d'accès et de rectification sur vos informations personnelles. Vous pouvez aussi demander la restriction du traitement de vos informations personnelles, vous opposer au traitement de vos données. Conformément à la loi, certaines données collectées peuvent ne pas être effacées si cette suppression rend impossible ou compromet gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès de l'investigateur de l'étude aux coordonnées indiquées en haut de cette notice, en justifiant de votre identité.

Retenez toutefois que l'exercice du droit à l'effacement (article 17 du RGPD) pourrait être empêché du fait que ce traitement de données poursuit une mission d'intérêt public. Il en va de même pour l'exercice du droit à la portabilité (article 20 du RGPD).

Le Responsable de traitement pourra communiquer des informations personnelles aux agences réglementaires ou à ses partenaires de recherche, en France et dans d'autres pays de l'Espace économique européen (EEE).

Vos informations personnelles codées pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.

Pour toute question au sujet du traitement de vos données à caractère personnel ou de vos droits associés à ces données, vous avez la possibilité de contacter le délégué à la protection des données de l'Université de Bordeaux par email (dpo@u-bordeaux.fr)

Si malgré les mesures mises en place par le Responsable de traitement, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (3, place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex 07).

Résultats de la recherche :

Les résultats de cette étude peuvent faire l'objet de publications scientifiques et / ou de communications lors de congrès ou manifestation scientifiques. Les données présentées dans ce cadre seront anonymes et ne permettront pas votre identification.

Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu porter à ce document d'information.

William Peraud,
Psychologue clinicien
Doctorant en psychologie, UR4139 – Université de Bordeaux

NOTICE D'INFORMATION A DESTINATION DES PARTICIPANTS

Etude « Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale – Volet qualitatif »

<u>Coordonnées du Promoteur :</u>	<u>Coordonnées de l'investigateur:</u>	<u>Coordonnées du Délégué à la Protection des Données :</u>
Dean LEWIS Université de Bordeaux Président 35 place Pey Berland 33000 Bordeaux promotion-recherche@u-bordeaux.fr	William PERAUD Laboratoire UR4139 william.peraud@u-bordeaux.fr	Université de Bordeaux DPO 35 place Pey Berland 33000 Bordeaux dpo@u-bordeaux.fr

L'Université de Bordeaux vous propose de participer à une recherche clinique dont l'Université de Bordeaux est le promoteur, conformément aux dispositions de l'article L.1121-1 du code de la santé. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au responsable scientifique de l'étude que vous pouvez joindre aux coordonnées ci-dessus.

Pourquoi cette recherche ?

Cette recherche vise à développer nos connaissances sur la manière dont les personnes LGBTQI+ font face aux violences auxquelles elles peuvent être exposées. Ce type de recherche est encore rare en France, et pourtant nécessaire afin de sensibiliser professionnel.les et pouvoirs publics sur les enjeux de santé spécifiques aux personnes LGBTQI+. Cette recherche est réalisée par William PERAUD (Psychologue & Doctorant en Psychologie – Université de Bordeaux) et sous la direction de Bruno QUINTARD (Professeur des Universités, Université de Bordeaux). L'étude est sans bénéfice direct pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'enrichir nos connaissances sur les stratégies développées par les personnes LGBTQI+ pour faire face aux violences auxquelles elles peuvent être exposées, et identifier de potentiels besoins pour les accompagner. A terme, cette étude permettra de sensibiliser les psychologues et plus largement professionnel.les et pouvoirs publics sur cette thématique.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

Cette étude, qui prendra la forme d'un **entretien**, est composée d'une série de sujets que nous souhaitons aborder avec vous. Au cours de cet entretien, nous collecterons **quelques informations vous concernant** (âge, orientation sexuelle, identité de genre, cadre de vie) puis échangerons autour des **conditions de vie des personnes LGBTQI+ en France**, des **violences envers la communauté LGBTQI+**, et des **besoins pour faire face à ces situations**. Des questions relations à **votre possible vécu de ces situations de violences** seront également abordées au cours de l'entretien.

Seules les informations strictement nécessaires à la réalisation de cette recherche seront collectées, sur la seule base de vos réponses.

Comment va se dérouler cette recherche

Au cours de cette recherche, vous serez invité.e à participer à un entretien se déroulant dans les locaux de l'Université de Bordeaux (Place de la Victoire, 33000 Bordeaux). Cette entretien durera environ 45 minutes sera enregistré (audio uniquement). L'entretien sera dirigé par William PERAUD (Psychologue clinicien et Doctorant à l'Université de Bordeaux), habitué à la réalisation d'entretiens portant sur ces thématiques.

Dans le cadre de cette recherche, certaines données identifiantes pourront être récoltées le temps de la planification de l'entretien (adresse mail et/ou numéro de téléphone) ou au cours de l'entretien. Ces données

sont strictement confidentielles et seront détruites après l'entretien et anonymisées lors de la retranscription de l'enregistrement. Un rappel sur l'anonymat sera fait avant de débiter l'entretien afin de limiter au maximum les données identifiantes durant l'enregistrement audio.

Vous êtes libre d'accepter ou non de participer à cette recherche. Au cours de l'entretien, vous pourrez également interrompre à tout moment votre participation sans aucune conséquence, ni justification.

Qui peut participer ?

Peuvent participer les personnes majeures (+ de 18 ans), n'étant pas sous statut de majeur protégé (tutelle ou curatelle), s'identifiant à la communauté LGBTQI+. Ne sont pas invitées à participer les personnes domiciliées hors du territoire français. Vous êtes libres de participer à d'autres études en parallèle de cette recherche.

Quels sont les bénéfices attendus ?

L'étude est sans bénéfices directs pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'enrichir nos connaissances sur la santé mentale des personnes LGBTQI+. Les résultats de cette recherche permettront de sensibiliser les psychologues et professionnel.les gravitant autour du public LGBTQI+, notamment sur les conséquences de l'exposition à des violence pour ces personnes.

Quels sont les inconvénients et risques possibles ?

Au regard de la thématique de la recherche, il est important de noter que cette étude peut comporter des **risques d'ordre psychologique**. Les sujets abordés au cours de l'entretien pourront aborder des événements de vie douloureux qui peuvent parfois générer une détresse émotionnelle importante. La personne en charge de l'entretien portera une vigilance particulière à cet aspect, mais votre attention est également importante.

Si cela s'avère nécessaire, la personne en charge de l'entretien s'accorde le droit de mettre un terme à l'entretien de recherche si elle estime que l'échange génère une détresse trop importante. Une orientation vers des professionnel.les de santé pourra être proposée au besoin. En cas de difficulté ou pour tout autre questionnement, vous pouvez prendre contact avec l'investigateur principal de cette recherche par le biais de l'adresse suivante : william.peraud@u-bordeaux.fr.

Quels sont vos droits ?

Nous devons vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette étude. Vous avez le droit de décider à tout moment d'interrompre votre participation à l'étude sans aucune conséquence, ni justification. Votre décision de participer, de refuser de participer ou de cesser de participer n'aura aucune conséquence sur votre statut ou relations avec le laboratoire EA4139 ou l'Université de Bordeaux.

Traitement des données personnelles

Dans le cadre de la recherche clinique à laquelle l'Université de Bordeaux vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté.

Le responsable du traitement des données est :

UNIVERSITE DE BORDEAUX, représenté par son représentant légal en exercice.

35 Place PEY BERLAND

33000 BORDEAUX.

La licéité du traitement de vos données à caractère personnel repose sur la poursuite d'une mission d'intérêt public.

Ces informations seront relatives à votre identité (âge, orientation sexuelle et identité de genre, statut familial, niveau d'étude, situation professionnelle et économique), à votre santé mentale et à certains facteurs associés.

Ces informations sont rapportées sur un fichier propre à l'étude, appelé « cahier d'observation ». L'investigateur de l'étude et les autres personnels autorisés de l'étude recueilleront des informations à votre sujet et après l'obtention de votre consentement. Seules les informations strictement nécessaires à la finalité de la recherche seront recueillies. Le recueil de ces données sera fait à des fins de recherche scientifique et leur traitement aura pour finalité de répondre aux objectifs de ces recherches. Ces données seront conservées pendant la durée de l'étude, soit 7 ans, jusqu'au rapport final ou jusqu'à la dernière publication puis archivées pendant une durée de 15 ans suivant la fin de la recherche, conformément à la réglementation. Les enregistrements audio seront conservés le temps de la retranscription (maximum 1 an après réalisation de l'entretien) sur un disque dur sécurisé par mot de passe, conservé dans un coffre-fort du laboratoire de recherche de l'investigateur principal.

Ces données seront enregistrées sur des serveurs informatiques sécurisés.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données à caractère personnel) et au Règlement Général sur la Protection des Données (règlement UE 2016/679 – ci-après RGPD), vous avez un droit d'accès et de rectification sur vos informations personnelles. Vous pouvez aussi demander la restriction du traitement de vos informations personnelles, vous opposer au traitement de vos données. Conformément à la loi, certaines données collectées peuvent ne pas être effacées si cette suppression rend impossible ou compromet gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès de l'investigateur de l'étude aux coordonnées indiquées en haut de cette notice, en justifiant de votre identité.

Retenez toutefois que l'exercice du droit à l'effacement (article 17 du RGPD) pourrait être empêché du fait que ce traitement de données poursuit une mission d'intérêt public. Il en va de même pour l'exercice du droit à la portabilité (article 20 du RGPD).

Le Responsable de traitement pourra communiquer des informations personnelles aux agences réglementaires ou à ses partenaires de recherche, en France et dans d'autres pays de l'Espace économique européen (EEE).

Vos informations personnelles codées pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.

Pour toute question au sujet du traitement de vos données à caractère personnel ou de vos droits associés à ces données, vous avez la possibilité de contacter le délégué à la protection des données de l'Université de Bordeaux par email (dpo@u-bordeaux.fr)

Si malgré les mesures mises en place par le Responsable de traitement, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (3, place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex 07).

Résultats de la recherche :

Les résultats de cette étude peuvent faire l'objet de publications scientifiques et / ou de communications lors de congrès ou manifestation scientifiques. Les données présentées dans ce cadre seront anonymes et ne permettront pas votre identification.

Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu porter à ce document d'information.

**William PERAUD,
Psychologue Clinicien,
Doctorant en Psychologie, UR4139 – Université de Bordeaux**

DECLARATION DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ POUR LA PARTICIPATION A UN PROJET DE RECHERCHE

Projet de recherche : Les stratégies d'adaptations déployées par les personnes LGBTQI+ pour faire face aux violences.

Promoteur et Responsable du traitement des données : Université de Bordeaux

Responsable du projet / Investigateur principal : William PERAUD, Psychologue & Doctorant en Psychologie

Participant : Prénom NOM

Veillez lire attentivement ce formulaire.

N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous souhaitez avoir des précisions.

Je déclare avoir été informé(e), par l'investigateur responsable du projet soussigné, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement du projet ainsi que des effets présumés, des avantages, des inconvénients possibles et des risques éventuels.

Je déclare avoir été informé que ma participation à l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio.

Je déclare avoir lu avec attention et compris les informations écrites dans la notice d'information destinée aux participants qui m'a été remise sur le projet précité. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation au projet. Je conserve la feuille d'information et reçois une copie de ma déclaration de consentement écrite.

J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.

Je déclare accepter de participer au projet de recherche.

Lieu, Date :

Signature du participant / de la participante :

Attestation de l'investigateur : Par la présente, j'atteste avoir expliqué au participant / à la participante la nature, l'importance et la portée du projet. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec ce projet. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du projet, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement du participant / de la participante à prendre part au projet, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, Date :

Signature de l'investigateur :

Annexe 12. Avis défavorable après appel émit par le CPP le 03 Août 2023.

Comité de protection des personnes Sud-Méditerranée V Avis sur une demande initiale

CPP

Nom du CPP : Comité de protection des personnes Sud-Méditerranée V
Adresse : CHU - Hôpital de Cimiez CS 91179 06003 NICE CEDEX 1 France
Courriel : cppsudmediterraneev@chu-nice.fr

Promoteur / Demandeur

Promoteur : Université de Bordeaux
Représentant légal (UE) : -
Mandataire : -

Dossier

Numéro SI : 23.01612.000200#1
Numéro national : 2023-A00993-42
Référence interne : 2023-0093

Règlementation : Loi Jardé
Qualification : Catégorie 3 questionnaire
Produit ou acte : Hors produits de santé (produits non mentionnés à l'article L.5311-11 du code de la santé publique)

Investigateur : William PERAUD

Titre : [Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale](#)

Ce dossier a été étudié en séance le 25/07/2023 dans le cadre d'une procédure d'appel. Après discussion, les membres présents, qui ont déclaré n'avoir aucun lien direct ou indirect, avec le promoteur ou l'investigateur coordonnateur au sens de l'article L.1123-3, ont participé à la délibération sur la demande d'avis, et ont arrêté, à l'unanimité, la délibération motivée suivante

Avis défavorable

Conformément aux dispositions de l'article R.1123-25 du code de la santé publique après ce deuxième avis défavorable vous avez épuisé vos droits de soumission ultérieure de ce dossier.

Sur les motivations suivantes :

Cette demande de recours propose un nouveau dossier avec un nouveau titre différent du premier. L'ancien titre : « *Le Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe chez les minorités sexuelles et de genre* » est remplacé par « *Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale - volet quantitatif* ».

A la lecture du dossier soumis, le comité a relevé les principaux points bloquants suivants :

- La notion de stress post-traumatique n'est plus mentionnée dans le titre mais la lecture du projet montre qu'elle est au premier plan des objectifs de l'étude. De plus, ce qui est sous-entendu ici par « santé mentale » n'est pas précisé. Au total, le manque de précision dans la description du rationnel de l'étude, des objectifs et des critères d'évaluation ainsi que dans celle de la population recrutée (des professionnels sont également mentionnés), ne permettent pas de comprendre les nouvelles connaissances médicales que cette recherche apportera ;
- La précision « volet quantitatif » apparaît maintenant dans le titre ce qui semble limiter l'étude à ce volet (donc questionnaire uniquement) alors qu'un volet qualitatif est également décrit, basé sur un entretien. On dispose en effet de 2 notes d'information, un pour des questionnaires et un pour l'entretien du volet qualitatif. Page 4 du protocole V2 l'affirmation que « *Cette recherche est une étude analytique observationnelle ne comportant aucun acte en dehors de questionnaires* » apparaît donc erronée. De plus, veuillez noter que l'utilisation d'entretiens ne correspond pas à un dossier déposé en tant que « Cat 3 questionnaire » et que la présence d'un risque psychologique bien mentionné dans le protocole et dans la note d'information, place cette recherche en RIPH de catégorie 2 ;
- Le dépôt du questionnaire d'une étude sur les réseaux sociaux n'est pas autorisé. De plus, puisque des risques psychologiques sont envisagés, la passation du questionnaire devrait avoir lieu en présentiel, la sécurité des personnes qui se prêtent à la recherche devant être assurée par le promoteur de l'étude ;
- Protection des données personnelles, RGPD : l'affirmation que les données sont anonymisées est contradictoire avec l'attestation d'engagement à la MR003 fournie et aux droits des participants (accès, rectification etc.). Veuillez noter que des données strictement anonymisées n'entrent pas dans le cadre du RGPD. A fortiori l'utilisation d'entretiens enregistrés est incompatible avec une anonymisation. Dans ce cadre, les informations fournies sur la pseudonymisation et la table de correspondance ne sont pas suffisantes. Les « autres personnels autorisés de l'étude » ne sont pas précisés. La sécurisation des données personnelles en cas de transfert des données hors de l'EEE (cf. note d'information), n'est pas décrite. Les objectifs de la réutilisation des données, réutilisation mentionnée dans la note d'information, ne sont pas décrits et la possibilité d'opposition non prévue.

AUTRES REMARQUES :

Remarques sur les documents « signés » :

Les CV du Pr Bruno QUINTARD, de William PERAUD, l'attestation du président de l'université de Bordeaux, ainsi que le protocole V2, comportent des signatures collées. Ceci n'est pas conforme.

Remarque plus générale :

Le fait d'étudier la santé mentale des personnes LGBTQI+, comme indiqué dans le titre de l'étude, n'est-il pas une certaine forme de discrimination en considérant ces personnes comme potentiellement mentalement malades ?

Annexe 13. Avis favorable du CLE pour la recherche qualitative auprès des psychologues le 16 Octobre 2023.



Comité Local d’Ethique (CLÉ) du Laboratoire de psychologie EA4139

FICHE D’AVIS DU CLÉ

Numéro d’avis : 2023.10.CLE011

Investigateur principal :

Bruno Quintard
William Peraud (doctorant)

En date du 20 mars 2023, conformément aux dispositions du Code de déontologie des psychologues (Mars 1996, actualisé en Février 2012 et Septembre 2021) et du Code éthique de la recherche SFP, le Comité Local d’Ethique du laboratoire de psychologie, EA4139 de l’Université de Bordeaux a examiné le projet de recherche impliquant des personnes intitulé : Freins et leviers dans l’accompagnement des personnes LGBTQI+ par les psychologues spécialisé.es dans la prise en charge des psychotraumatismes.

Sur la base des informations fournies par l’investigateur principal, le comité formule :

- Un avis de conformité au Code de déontologie des psychologues (Mars 1996, actualisé en Février 2012 et Septembre 2021) et au Code éthique de la recherche SFP
- Un avis de non conformité au Code de déontologie des psychologues (Mars 1996, actualisé en Février 2012 et Septembre 2021) et au Code éthique de la recherche SFP

Date : 25 octobre 2023

Christelle Robert, pour le CLE

Annexe 14. Troisième dossier soumis au CPP pour le volet quantitatif le 20 Octobre 2023.

NOTICE D'INFORMATION A DESTINATION DES PARTICIPANTS

Etude « Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale »

Coordonnées du Promoteur :

Dean LEWIS
Université de Bordeaux
Président
35 place Pey Berland
33000 Bordeaux
promotion-recherche@u-bordeaux.fr

Coordonnées de l'investigateur :

William PERAUD
Laboratoire UR4139
william.peraud@u-bordeaux.fr

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données :

Université de Bordeaux
DPO
35 place Pey Berland
33000 Bordeaux
dpo@u-bordeaux.fr

L'Université de Bordeaux vous propose de participer à une recherche clinique dont l'Université de Bordeaux est le promoteur, conformément aux dispositions de l'article L.1121-1 du code de la santé publique. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au responsable scientifique de l'étude que vous pouvez joindre aux coordonnées ci-dessus.

Pourquoi cette recherche ?

Cette recherche vise à **développer nos connaissances sur les enjeux liés à l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre et la santé mentale**. Ce type de recherche est encore rare en France, et pourtant nécessaire afin de sensibiliser professionnel.les et pouvoirs publics sur les enjeux de santé spécifiques aux personnes LGBTQI+. Cette recherche est réalisée par William PERAUD (Psychologue & Doctorant en Psychologie – Université de Bordeaux) et sous la direction de Bruno QUINTARD (Professeur des Universités, Université de Bordeaux). L'étude est sans bénéfice direct pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'enrichir nos connaissances sur les enjeux de santé mentale chez les personnes LGBTQI+ en France afin de sensibiliser les psychologues et plus largement les professionnel.les gravitant autour du public LGBTQI+.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

Cette étude est composée d'une série de questionnaires anonymes qui viseront à collecter des informations sur votre **profil socio-démographiques, votre manière de gérer vos émotions, vos relations et les situations de manière générale, ainsi que les répercussions (ou non) qu'ont pu avoir certains événements difficiles sur votre vie**. Au cours de ce questionnaire, plusieurs thématiques sensibles seront explorées, liées à votre identité (orientation sexuelle, identité de genre, intersexuation) ou à votre histoire (exposition à des violences psychologiques, physiques et sexuelles). Si vous ne préférez pas aborder ces sujets, vous avez la possibilité de quitter le questionnaire à tout moment. Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de cette recherche seront collectées, sur la seule base de vos réponses.

Comment va se dérouler cette recherche

Au cours de cette recherche, vous serez invité.e à répondre à plusieurs questionnaires, d'une durée totale d'**environ 20 minutes**.

Les **données recueillies dans cette recherche sont strictement anonymes et confidentielles**. Vous êtes libre d'accepter ou non de participer à cette recherche. Vous pourrez également interrompre à tout moment votre participation sans aucune conséquence, ni justification.

Qui peut participer ?

Peuvent participer les personnes majeures (+ de 18 ans), n'étant pas sous statut de majeur protégé (tutelle ou curatelle). Ne sont pas invitées à participer les personnes domiciliées hors du territoire français ou dont la compréhension des questionnaires pourrait être altérée (par exemple par une mauvaise compréhension de la langue française). En dehors de ces critères, **toute personne peut participer à cette étude indépendamment de son orientation sexuelle ou de son identité de genre**. Vous êtes libres de participer à d'autres études en parallèle de cette recherche.

Quels sont les bénéfices attendus ?

L'étude est sans bénéfices directs pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'enrichir nos connaissances sur la santé mentale des personnes LGBTQI+. Les résultats de cette recherche permettront de sensibiliser les psychologues et professionnels gravitant autour du public LGBTQI+, notamment sur les conséquences de l'exposition à des violences pour ces personnes.

Quels sont les inconvénients et risques possibles ?

Au regard de la thématique de la recherche, il est important de noter que cette étude peut comporter des **risques d'ordre psychologique**. Certaines questions pourront vous paraître répétitives, intrusives, dérangeantes ou bouleversantes. Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez à tout moment mettre fin au questionnaire en fermant l'onglet de votre navigateur. En cas de difficulté ou pour tout autre questionnement, vous pouvez prendre contact avec l'investigateur principal de cette recherche par le biais de l'adresse suivante : william.peraud@u-bordeaux.fr. Vous trouverez à la fin de l'étude plusieurs ressources proposant une aide psychologique dans toute la France.

Quels sont vos droits ?

Nous devons vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette étude. Vous avez le droit de décider à tout moment d'interrompre votre participation à l'étude sans aucune conséquence, ni justification. Votre décision de participer, de refuser de participer ou de cesser de participer n'aura aucune conséquence sur votre statut ou relations avec le laboratoire EA4139 ou l'Université de Bordeaux.

Traitement des données personnelles

Dans le cadre de la recherche clinique à laquelle l'Université de Bordeaux vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté.

Le responsable du traitement des données est :

UNIVERSITE DE BORDEAUX, représenté par son représentant légal en exercice.

35 Place PEY BERLAND

33000 BORDEAUX.

La licéité du traitement de vos données à caractère personnel repose sur la poursuite d'une mission d'intérêt public.

Ces informations seront relatives à votre identité (âge, orientation sexuelle et identité de genre, statut familial, niveau d'étude, situation professionnelle et économique), à votre santé mentale et à certains facteurs associés. Ces informations sont rapportées sur un fichier propre à l'étude, appelé « cahier d'observation ». L'investigateur de l'étude et les autres personnels autorisés de l'étude recueilleront des informations à votre sujet et après l'obtention de votre consentement. Seules les informations strictement nécessaires à la finalité de la recherche seront recueillies. Le recueil de ces données sera fait à des fins de recherche scientifique et leur traitement aura pour finalité de répondre aux objectifs de ces recherches. Ces données seront conservées

pendant la durée de l'étude, soit 7 ans, jusqu'au rapport final ou jusqu'à la dernière publication puis archivées pendant une durée de 15 ans suivant la fin de la recherche, conformément à la réglementation.

Ces données seront enregistrées sur des serveurs informatiques sécurisés.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données à caractère personnel) et au Règlement Général sur la Protection des Données (règlement UE 2016/679 – ci-après RGPD), vous avez un droit d'accès et de rectification sur vos informations personnelles. Vous pouvez aussi demander la restriction du traitement de vos informations personnelles, vous opposer au traitement de vos données. Conformément à la loi, certaines données collectées peuvent ne pas être effacées si cette suppression rend impossible ou compromet gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès de l'investigateur de l'étude aux coordonnées indiquées en haut de cette notice, en justifiant de votre identité.

Retenez toutefois que l'exercice du droit à l'effacement (article 17 du RGPD) pourrait être empêché du fait que ce traitement de données poursuit une mission d'intérêt public. Il en va de même pour l'exercice du droit à la portabilité (article 20 du RGPD).

Le Responsable de traitement pourra communiquer des informations personnelles aux agences réglementaires ou à ses partenaires de recherche, en France et dans d'autres pays de l'Espace économique européen (EEE).

Vos informations personnelles codées pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.

Pour toute question au sujet du traitement de vos données à caractère personnel ou de vos droits associés à ces données, vous avez la possibilité de contacter le délégué à la protection des données de l'Université de Bordeaux par email (dpo@u-bordeaux.fr)

Si malgré les mesures mises en place par le Responsable de traitement, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (3, place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex 07).

Résultats de la recherche :

Les résultats de cette étude peuvent faire l'objet de publications scientifiques et / ou de communications lors de congrès ou manifestation scientifiques. Les données présentées dans ce cadre seront anonymes et ne permettront pas votre identification.

Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu porter à ce document d'information.

William Peraud,
Psychologue clinicien
Doctorant en psychologie, UR4139 – Université de Bordeaux

Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Version 1 – 04/09/2023

Question d'auto-évaluation pour les recherches mentionnées au 3° de l'article L.1121-1 du code de la santé publique ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L.5311-1 du code de la santé publique

La recherche a pour objet le développement des connaissances biologiques ou médicales :

oui non

La recherche est effectuée sous la direction et sous la surveillance d'un médecin ou d'une personne qualifiée justifiant d'une expérience appropriée ¹: **oui** non

La recherche est réalisée dans un lieu disposant des moyens humains, matériels et techniques adaptés à la recherche et compatibles avec les impératifs de sécurité des personnes qui s'y prêtent ²: **oui** non

La recherche ne relève pas de la liste mentionnée au 2° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique : **oui** non

La recherche ne porte pas sur un produit mentionné à l'article L.5311-1 du code de la santé publique : **oui** non

Si vous avez répondu non à l'une des questions précédentes votre recherche ne relève pas de la procédure applicable aux recherches non interventionnelles ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L.5311-1 du code de la santé publique. Dans cette hypothèse, nous vous invitons à vous rapprocher d'un centre de ressources dont la liste est disponible sur le site SI-RIPH.

Si vous avez répondu oui à l'ensemble des questions, votre recherche est une recherche non interventionnelle ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L.5311-1 du code de la santé publique.

Sous réserve que vous ayez également réalisé une déclaration de conformité à une méthodologie de référence homologuée par la commission nationale de l'informatique et des libertés conformément à l'article 11 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, votre recherche relève de la procédure mentionnée au II de l'article 17 de l'ordonnance du 22 avril 2020 portant diverses mesures prises pour faire face à l'épidémie de covid-19. A ce titre, vous devez répondre aux questions ci-dessous sur la base de votre protocole de recherche.

¹ Conformément à l'article L1121-3 du Code de la santé publique

² Conformément à l'article L1121-13 du Code de la santé publique

Titre de la recherche : Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Acronyme de la recherche : -

Numéro d'enregistrement (ID-RCB) : 2023-A00993-42

Promoteur :

Université de Bordeaux
Dean LEWIS, Président
promotion-recherche@u-bordeaux.fr
35 place Pey Berland, 33000 Bordeaux CEDEX
0540006233

Délégué à la protection des données ³

dpo@u-bordeaux.fr
43 rue Pierre Noailles, 33405 Talence CEDEX, France.

Responsable scientifique (directeur de thèse ou de mémoire) ⁴ :

QUINTARD Bruno, Professeur de Psychologie – Université de Bordeaux
bruno.quintard@u-bordeaux.fr
3ter place de la victoire, 33076 Bordeaux CEDEX
0678063034

Date prévue de soutenance de la thèse / mémoire : Décembre 2024

1) Intérêt et pertinence de la recherche

- Contexte et justification

Les personnes LGBTQI+ (ou minorités sexuelles et de genre) constituent une population vulnérable en termes de santé physique et mentale (Liu et al., 2019 ; Ross et al., 2018 ; Keating et Muller, 2020). En raison de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre, ces personnes peuvent être amenées à faire face à des enjeux spécifiques (stigmatisations, discriminations, violences... ; Newcomb et al., 2019) et ce dans de multiples contextes (famille, scolarité, travail, loisirs...). Ce risque d'exposition à des stressors chroniques, généralement de nature interpersonnelle, représente un facteur de risque important dans le développement d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) ou d'un TSPT Complexe (TSPT-C ; Charak et al., 2023), tels que décrits dans la 11^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11 ; Brewin, 2020).

³ Conformément aux articles 37 et suivants du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

⁴ Pour les travaux des étudiants en santé

Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Version 1 – 04/09/2023

A ce jour, la littérature sur le TSPT/TSPT-C chez les minorités sexuelles et de genre est relativement pauvre, particulièrement en France. Afin d'améliorer le repérage et la prise en charge de ces troubles chez les minorités sexuelles et de genre, il est nécessaire que nous ayons à disposition des données spécifiques à cette population.

- Objectif principal et critère de jugement principal

L'objectif principal de cette recherche est d'obtenir des données sur le TSPT/TSPT-C (CIM-11) chez les minorités sexuelles et de genre en France. Plus particulièrement, les deux principaux objectifs de cette recherche sont (1) de recueillir des données de prévalence du TSPT/TSPT-C chez les minorités sexuelles et de genre en France ; et (2) d'identifier des facteurs de risque et de protection spécifiques à cette population.

- Objectif(s) secondaire(s) et critère(s) de jugement secondaire(s)

- (1) Comparer les données de prévalence et facteurs de risque/protection dans le développement d'un TSPT/TSPT-C entre personnes LGBTQI+ et personnes cisgenres/hétérosexuelles.
- (2) Investiguer les facteurs de risques et de protection associés à la présence de symptômes de TSPT/TSPT-C chez les personnes LGBTQI+.
- (3) Vérifier les qualités psychométriques de l'International Trauma Questionnaire (auto-questionnaire permettant le repérage du TSPT/TSPT-C selon la CIM-11) auprès d'une population LGBTQI+. A ce jour, la version française de l'ITQ a été validée uniquement en population générale. Il s'agira d'évaluer la structure factorielle (validité de construit) de cet outil en population spécifique LGBTQI+.
- (4) Valider en langue française un outil d'auto-évaluation du fonctionnement familial (SCORE-15). Toute validation transculturelle repose sur différents critères d'évaluation (Vallerand, 1989), dont l'exploration de la structure factorielle de l'outil (validité de construit), sa consistance interne, sa validité convergente et divergente. Ces éléments sont essentiels si l'on veut rendre compte des qualités psychométriques de l'outil considéré.
- (5) Valider en langue française un outil d'auto-évaluation des symptômes dissociatifs (DSS-B).

2) Qualification des investigateurs et adéquation des moyens

- Investigateur ou, le cas échéant, investigateur coordonnateur :

PERAUD William, Doctorant en Psychologie & Psychologue clinicien.
william.peraud@u-bordeaux.fr
0664201278

- Lieu(x) pressenti(s) de la recherche :

Laboratoire de Psychologie (UR4139).
3ter place de la victoire, 33076 Bordeaux.
0557571964

3) Organisation de l'étude

- Schéma de l'étude :

Cette recherche est une étude analytique observationnelle ne comportant aucun acte en dehors de questionnaires.

Pour répondre à nos objectifs, des personnes majeures seront sollicitées afin de compléter un questionnaire en ligne via LimeSurvey. Il s'agira d'une étude observationnelle et descriptive. Les participants seront recrutés en population générale via un échantillon de convenance. Les personnes LGBTQI+ étant identifiées comme une population difficile d'accès dans la recherche, certaines structures clés seront mobilisées afin de faciliter l'accès (associations LGBTQI+ locales, fédérations, personnes ressources...). L'investigateur principal est déjà inséré associativement parlant et est en lien avec plusieurs structures disposées à faciliter le recrutement (association CONTACT France, Le Girofard à Bordeaux, Espace Santé Trans...).

Cette étude quantitative permettra d'obtenir des données sur (1) le taux d'exposition à des violences dans un échantillon de personnes cisgenres/hétérosexuelles et LGBTQI+ majeures en France ; (2) le taux de prévalence de TSPT/TSPT-C dans un échantillon de personnes cisgenres/hétérosexuelles et LGBTQI+ majeures en France ; (3) Les facteurs de risque associés au fait de développer des symptômes de TSPT/TSPT-C ; (4) Les facteurs de protection associés au fait de ne pas développer des symptômes de TSPT/TSPT-C ; (5) L'influence de ces facteurs selon l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre.

- Méthodologie :

Le protocole sera composé :

- D'un questionnaire socio-démographique comprenant :
 - L'âge
 - L'orientation sexuelle
 - L'identité de genre
 - L'intersexuation
 - Le niveau d'études
 - La catégorie socio-professionnelle
 - Le niveau d'études
 - La situation économique
 - Zone de vie (urbaine, semi-urbaine, rurale)
 - Statut familial (seul.e, en concubinage, en couple,...)
 - Discriminations perçues (en lien avec âge, genre, état de santé, couleur de peau, origines, poids, orientation sexuelle, religion, tenue vestimentaire).
- De l'International Trauma Exposure Measure (ITEM ; Hyland et al., 2021), traduite en Français (Peraud et al., 2022). **22 items**
- De l'International Trauma Questionnaire (ITQ ; Cloitre et al., 2018), traduit & validé en Français (Peraud et al., 2022). **18 items** Conditionné à l'exposition à au moins un événement potentiellement traumatique.

Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Version 1 – 04/09/2023

- La Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15). Traduite en français pour les besoins de l'étude. **15 items**
- La Brief version of Dissociative Symptoms Scale (DSS-B ; Macia et al., 2022). Traduite en Français pour les besoins de l'étude. 8 items.
- La Brief-COPE (Carver, 1997) traduite & validée en français (Muller et Spitz, 2003). **28 items**
- *La Connectedness to the LGBT Community Scale (Frost et Meyer, 2011). 8 items Conditionné à l'appartenance à la communauté LGBTQI+.*

- **Effectif** (justification, hypothèses, échantillonnage, en fonction de la nature de l'étude) (750 signes environ) :

Notre étude ciblera des personnes LGBTQI+ ainsi que des personnes hétérosexuelles/cisgenres, que nous appairerons selon leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, revenus, niveau d'étude). Il s'agira d'un échantillon de convenance, recruté en ligne. En tenant compte des potentielles difficultés d'accès aux personnes LGBTQI+, et des pertes inhérentes à l'appariement des participants, nous visons 500 participants par groupes (cis/hétéros / LGBTQI+ ; 1.000 participants au total). Des calculs de puissance a priori ont été réalisés, et un minimum de 300 participants par groupe serait suffisant pour répondre aux principaux objectifs de cette étude.

- **Traitement statistique :**

Pour l'ensemble des tests statistiques, le seuil de significativité devra être inférieur ou égal à .05.

- Recherche quantitative :
 - Traitements préalables : Recodage des variables ; vérification des données manquantes et outliers, homogénéité des variables (r studio). Appariement de nos deux échantillons (LGBTQI+ vs cisgenre-hétérosexuel) à partir des données socio-démographiques (âge, niveau d'études, situation économique, zone de vie).
 - Description de la population : Statistiques descriptives (% , moyennes, écarts types) et comparaisons de moyennes (t test, Anova).
 - Vérification de la validité des outils :
 - Pour les outils ayant déjà été validés : consistance interne (alpha de Cronbach).
 - Pour les outils nécessitant une validation : Evaluation de la structure latente (Analyse Factorielle Confirmatoire) + relation entre les différents construits inhérents au modèle théorique (corrélations) + validité convergente et divergente (corrélations) + mesure de la consistance interne (alpha de Cronbach).
 - Vérification du modèle statistique (corrélations, régressions, modèles linéaires mixtes).

Le recueil de données se fera grâce au logiciel LimeSurvey, pour lequel le laboratoire de Psychologie UR 4139 de l'Université de Bordeaux dispose d'une licence. La mise en forme des données se fera via le logiciel Excel de la suite Microsoft Office, et le traitement des données se fera avec le logiciel R Studio, par l'investigateur principal au sein du laboratoire de Psychologie UR 4139.

Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Version 1 – 04/09/2023

- Critères d'inclusion :

- Personnes majeures, en capacité de donner leur consentement pour participer à la recherche.

- Critères de non-inclusion :

- Personnes ayant une mauvaise compréhension de la langue française, ou domiciliées hors territoire français (indiqué dans le consentement de participation)
- Personnes ayant moins de 18 ans, majeurs protégés (indiqué dans le consentement de participation)

- Durée prévisionnelle

- de participation par personne : 25 minutes
- de l'étude: Dès réception d'un avis favorable du CPP jusqu'à recrutement du nombre requis de participants (estimation de 4 mois de recrutement).

Une collection biologique ou la conservation d'échantillons au-delà de la durée de l'étude est prévue : oui **non**

La recherche est organisée pour répondre aux objectifs fixés : **oui** non

4) Absence de Risques et de contraintes de la recherche ⁵

La recherche implique la réalisation d'actes qui relèvent de l'arrêté fixant la liste des recherches mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique oui **non**

Si oui, préciser la nature et les caractéristiques des actes ou procédures impliqués par le protocole de recherche, en plus des soins habituels qui ne doivent pas être décrits (sous la forme d'un texte ou d'un tableau, au choix du promoteur) ⁶

Indiquer si la recherche peut comporter un risque psychologique et, dans l'affirmative, les dispositions prises pour en tenir compte.

La présente recherche peut comporter des risques psychologiques.

La recherche auprès de personnes potentiellement exposées à des violences amène nécessairement à des réflexions éthiques particulières. Si les pratiques « gold standards » consisteraient en des entretiens face à face, dans des locaux adaptés en termes de condition de passation et de ressources à disposition (/ex centre de prise en charge des psychotraumatismes), cela pose plusieurs limites. Organisationnellement d'une part, étant donné que ces conditions de passation nécessitent des ressources techniques, humaines et financières particulièrement importantes.

⁵ Critères de qualification de la recherche en catégorie 3 définie par la loi n° 2012-300 dite "loi Jardé"

⁶ Le Promoteur s'est assuré que les actes ou procédures envisagés figurent bien dans l'annexe 1 de l'Arrêté du 12 avril 2018 fixant la liste des recherches mentionnées au 3 de l'article L.1121-1 du code de la santé publique. Si les actes ne figurent pas dans cette liste, alors le projet ne peut pas être classé en catégorie 3.

Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Version 1 – 04/09/2023

Méthodologiquement d'autre part, puisque les conditions de passation influencent nécessairement la composition de l'échantillon, et donc les résultats possibles.

Le plan de sécurisation que nous prévoyons de mettre en place dans le cadre de cette étude se base sur nos précédentes expériences de recherches, les retours de comités éthiques précédents, de notre propre expérience clinique auprès de publics exposés à des violences, ainsi que des recommandations éthiques développées par d'autres chercheurs travaillant sur l'exposition aux violences (voir par exemple Campbell et al., 2019).

Les participants recrutés en population générale sont des participants tout-venant à qui il sera demandé s'ils ont vécu une ou plusieurs événements potentiellement traumatiques. L'enquête (quantitative & qualitative) en question peut venir réactiver des souvenirs en lien avec cet événement ou conduire à la prise de conscience d'une forme de souffrance liée aux événements cités. Ces risques sont clairement présentés dans la notice d'information avant consentement. Les thématiques sensibles explorées (Orientation sexuelle, Identité de genre, Exposition à des violences d'ordres multiples [y compris physiques, sexuelles]) seront annoncées dès la notice d'information. Les participants peuvent quitter le questionnaire à tout moment.

Compte tenu des risques identifiés, un filet de sécurité est prévu avec les coordonnées de ressources clés. Plusieurs numéros d'écoute seront transmis : les coordonnées du numéro national de prévention du suicide (3114), ainsi que le numéro de la ligne d'écoute de l'association CONTACT, spécialisé sur les questions d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Les écoutants de la ligne de CONTACT seront eux même en capacité de réorienter vers des lieux physiques (groupes d'écoute et de parole organisés par l'association ; associations LGBTQI+ locales). Un lien vers la carte interactive du Centre National de Ressource et de Résilience (CN2R) sera communiqué afin de faciliter la prise de contact vers un centre de prise en charge des psychotraumatismes dans toute la France. Afin d'éviter les délais des structures publiques, un annuaire de psychologues libéraux formés à la prise en charge des psychotraumatismes sera également donné (association EMDR France). Les numéros d'urgence seront également indiqués (SAMU, Police). Durant les entretiens, l'investigateur principal sera à même de communiquer des ressources adaptées aux situations (psychologue en libéral formé à la prise en charge des psycho-traumatismes ; orientation vers une structure publique ; association...).

Plusieurs études se sont intéressées aux enjeux éthiques de la recherche auprès de populations exposées à des violences. Une méta-analyse (Jaffe et al., 2015) conclut que la détresse pouvant être provoquée par ce type de recherche est généralement bénigne et de courte durée pour la plupart des participants, et possiblement contrebalancée par le sentiment d'aider d'autres victimes au travers de la recherche. Par ailleurs, les auteurs soulignent que les protocoles en ligne pourraient être moins perturbants que les interviews pour les personnes exposées à des violences.

5) Protection des données personnelles

Les données recueillies seront anonymes. Cette étude a fait l'objet d'une analyse et d'une étude d'impact par le DPO de l'université de Bordeaux afin d'être « privacy by design » (art. 25 du RGPD).

Liste des données personnelles recueillies (en conformité avec le RGPD) :

Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Version 1 – 04/09/2023

- Age
- Genre
- Orientation sexuelle
- intersexuation
- Catégorie socioprofessionnelle
- Niveau d'études
- Situation économique
- Discriminations perçues

Joindre le(s) questionnaire(s), si le protocole en comporte, ainsi que les échelles d'évaluation associées le cas échéant.

CF Annexes

Les données collectées sont adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des objectifs de la recherche **oui** non

6) Recrutement et information des personnes

- Modalités de recrutement des participants (procédures, documents, délais de réflexion) : (750 signes environ).

Les participants seront recrutés en population générale via un échantillon de convenance. Une publication sera diffusée en ligne invitant les personnes répondant aux critères d'inclusion à participer et/ou partager auprès de leurs proches. Le message d'invitation résumera brièvement le contexte et l'objectif de l'étude, et sera accompagné d'une infographie qui contiendra les informations principales (nom de l'étude, logo de l'université et du laboratoire de recherche, contact de l'investigateur principal...). Les participants auront la possibilité répondre ou non à l'étude, de prendre le temps de la réflexion, de partager ou non la publication à leur entourage.

- Information et non-opposition

Les modalités d'information sont conformes aux dispositions de l'article L.1122-1 du code de la santé publique **oui** non

Joindre la (ou les) lettre(s) d'information et préciser les modalités assurant la traçabilité de la non-opposition. **Cf Annexes.**

- Populations particulières

La recherche nécessite l'inclusion de populations particulières : **oui** non

Si oui, justifier : **Les objectifs de l'étude nécessitent de connaître l'orientation sexuelle et l'identité de genre des personnes participant.**

Les conditions de l'article L. 1122-2 du Code de la santé publique sont respectées, dans le cas où la recherche porte sur des mineurs non émancipés, des majeurs protégés ou des majeurs hors d'état d'exprimer leur consentement : non concerné

Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Version 1 – 04/09/2023

Les conditions de l'article L.1121-5 du Code de la santé publique sont respectées, dans le cas où la recherche porte sur des femmes enceintes ou allaitantes : non concerné

7) Déclaration du promoteur

Je soussigné(e) *Dean LEWIS*, déclare :

- que l'intérêt de la recherche est sans commune mesure avec le risque prévisible encouru par les personnes qui se prêtent à cette recherche, et
- que le respect de la personne qui se prête à la recherche prime les seuls intérêts de la recherche et de la société.

Les sanctions pénales prévues aux articles L.1126-1 et suivants du code de la santé publique s'appliquent en cas de fausse déclaration ou de non-respect des dispositions prévues aux articles L.1121-1 et suivants du code de la santé publique.

Fait à **BORDEAUX** , le **DATE**

Bibliographie.

- Brewin, C. (2020). Complex post-traumatic stress disorder: A new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, 26(3), 145-152. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.48>
- Campbell, R., Goodman-Williams, R., & Javorka, M. (2019). A trauma-informed approach to sexual violence research ethics and open science. *Journal of interpersonal violence*, 34(23-24), 4765-4793. <https://doi.org/10.1177/0886260519871530>
- Charak, R., Cano-Gonzalez, I., Ronzón-Tirado, R., Ford, J. D., Byllesby, B. M., Shevlin, M., Karatzias, T., Hyland, P., & Cloitre, M. (2023). Factor structure of the international trauma questionnaire in trauma exposed LGBTQ+ adults: Role of cumulative traumatic events and minority stress heterosexist experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001440>
- Jaffe, A. E., Dillillo, D., Hoffman, L., Haikalis, M., & Dykstra, R. E. (2015). Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical Psychology Review*, 40, 40-56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.004>
- Keating, L., & Muller, R. T. (2020). LGBTQ+ based discrimination is associated with ptsd symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among LGBTQ+ adults who have experienced trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 124-141. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675222>
- Liu, R. T., Sheehan, A. E., Walsh, R. F., Sanzari, C. M., Cheek, S. M., & Hernandez, E. M. (2019). Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 74, 101783. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783>
- Macia, K. S., Carlson, E. B., Palmieri, P. A., Smith, S. R., Anglin, D. M., Ghosh Ippen, C., ... & Waelde, L. C. (2022). Development of a Brief Version of the Dissociative Symptoms Scale and the Reliability and Validity of DSS-B Scores in Diverse Clinical and Community Samples. *Assessment*, <https://doi.org/10.1177/10731911221133317>.

Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Version 1 – 04/09/2023

Newcomb, M. E., LaSala, M. C., Bouris, A., Mustanski, B., Prado, G., Schrage, S. M., & Huebner, D. M. (2019). The influence of families on LGBTQ youth health: A call to action for innovation in research and intervention development. *LGBT health, 6*(4), 139-145.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0157>

Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W., & Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research, 55*(4-5), 435-456.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>

Annexe 15. Avis favorable du CPP pour l'étude quantitative le 07 Décembre 2023.

Comité de protection des personnes Ile de France VI Avis sur une demande initiale

CPP

Nom du CPP : Comité de protection des personnes Ile-de-France VI
Adresse : Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière - 4 bâtiment de la Force
47, boulevard de l'Hôpital - 75013 PARIS France
Courriel : cpidf6.salpetriere@yahoo.fr

Promoteur / Demandeur

Promoteur : Université de Bordeaux

Dossier

Numéro SI : 23.03723.000244
Numéro national : 2023-A02222-43
Référence interne : -

Règlementation : Loi Jardé
Qualification : Catégorie 3 questionnaire

Produit ou acte : Hors produits de santé (produits non mentionnés à l'article L.5311-11 du code de la santé publique)

Investigateur : William PERAUD

Titre : Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Ce dossier a été étudié en séance le 22/11/2023. L'avis court à compter du changement de statut sur le SI. Le comité a adopté la délibération suivante :

Avis favorable

Cet avis est valable deux ans. Conformément à l'article L.1123-11 du code de la santé publique, le promoteur doit déclarer au CPP le début de la recherche. Cette déclaration se fait directement sur le SIRIPH2G (bouton "démarrer l'étude").

Si vous n'avez pas été en mesure d'inclure un premier participant à la recherche dans ce délai, vous pouvez demander au CPP une prorogation de cet avis avant la fin de validité de ce dernier (article R.1123-26 du code de la santé publique).

Annexe 16. Protocole de l'étude quantitative

20/06/2023 11:53

PsySurvey - Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

NOTICE D'INFORMATION A DESTINATION DES PARTICIPANTES

Etude « Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale »

<u>Coordonnées du Promoteur :</u>	<u>Coordonnées de l'investigateur :</u>	<u>Coordonnées du Délégué à la Protection des Données :</u>
Dean LEWIS Université de Bordeaux Président 35 place Pey Berland 33000 Bordeaux promotion-recherche@u-bordeaux.fr (mailto:promotion-recherche@u-bordeaux.fr)	William PERAUD, Docteur en Psychologie, Laboratoire UR4139 william.peraud@u-bordeaux.fr	Université de Bordeaux DPO 35 place Pey Berland 33000 Bordeaux dpo@u-bordeaux.fr (mailto:dpo@u-bordeaux.fr)

L'Université de Bordeaux vous propose de participer à une recherche clinique dont l'Université de Bordeaux est le promoteur, conformément aux dispositions de l'article L.1121-1 du code de la santé publique. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au responsable scientifique de l'étude que vous pouvez joindre aux coordonnées ci-dessus.

Pourquoi cette recherche ?

Cette recherche vise à **développer nos connaissances sur la santé mentale des personnes LGBTQI+ en France**. Ce type de recherche est encore rare en France, et pourtant nécessaire afin de sensibiliser professionnel.les et pouvoirs publics sur les enjeux de santé spécifiques aux personnes LGBTQI+. Cette recherche est réalisée par William PERAUD (Psychologue & Docteur en Psychologie – Université de Bordeaux) et sous la direction de Bruno QUINTARD (Professeur des Universités, Université de Bordeaux). L'étude est sans bénéfice direct pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'enrichir nos connaissances sur les enjeux de santé mentale chez les personnes LGBTQI+ en France afin de sensibiliser les psychologues et plus largement les professionnel.les gravitant autour du public LGBTQI+.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

Cette étude est composée d'une série de questionnaires qui viseront à collecter des informations sur votre **profil socio-démographiques, votre manière de gérer vos émotions, vos relations et les situations de manière générale, ainsi que les répercussions (ou non) qu'ont pu avoir certains événements difficiles sur votre vie**. Au cours de ce questionnaire, plusieurs thématiques sensibles seront explorées, liées à votre identité (orientation sexuelle, identité de genre, intersexuation) ou à votre histoire (exposition à des violences psychologiques, physiques et sexuelles). Si vous ne préférez pas aborder ces sujets, vous avez la possibilité de quitter le questionnaire à tout moment. Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de cette recherche seront collectées, sur la seule base de vos réponses.

Comment va se dérouler cette recherche

Au cours de cette recherche, vous serez invité.e à répondre à plusieurs questionnaires, d'une durée totale d'**environ 20 minutes**.

Les données recueillies dans cette recherche sont strictement anonymes et confidentielles. Vous êtes libre d'accepter ou non de participer à cette recherche. Vous pouvez également interrompre à tout moment votre participation sans aucune conséquence, ni justification.

Qui peut participer ?

Peuvent participer les personnes majeures (+ de 18 ans), n'étant pas sous statut de majeur protégé (tutelle ou curatelle). Toute personne est libre de participer à cette recherche, indépendamment de son orientation sexuelle et/ou de son identité de genre. Ne sont pas invitées à participer les personnes domiciliées hors du territoire français ou dont la compréhension des questionnaires pourrait être altérée (par exemple par une mauvaise compréhension de la langue française). Vous êtes libres de participer à d'autres études en parallèle de cette recherche.

Quels sont les bénéfices attendus ?

L'étude est sans bénéfices directs pour vous mais permettra, grâce à vos réponses, d'enrichir nos connaissances sur la santé mentale des personnes LGBTQI+. Les résultats de cette recherche permettront de sensibiliser les psychologues et professionnel.les gravitant autour du public LGBTQI+, notamment sur les conséquences de l'exposition à des violence pour ces personnes.

Quels sont les inconvénients et risques possibles ?

Au regard de la thématique de la recherche, il est important de noter que cette étude peut comporter des **risques d'ordre psychologique**. **Certaines questions pourront vous paraître répétitives, intrusives, dérangent ou bouleversantes**. Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez à tout moment mettre fin au questionnaire en fermant l'onglet de votre navigateur. En cas de difficulté ou pour tout autre questionnement, vous pouvez prendre contact avec l'investigateur principal de cette recherche par le biais de l'adresse suivante : william.peraud@u-bordeaux.fr (<mailto:william.peraud@u-bordeaux.fr>). Vous trouverez à la fin de l'étude plusieurs ressources proposant une aide psychologique dans toute la France.

Quels sont vos droits ?

Nous devons vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette étude. Vous avez le droit de décider à tout moment d'interrompre votre participation à l'étude sans aucune conséquence, ni justification. Votre décision de participer, de refuser de participer ou de cesser de participer n'aura aucune conséquence sur votre statut ou relations avec le laboratoire de Psychologue UR 4139 ou l'Université de Bordeaux.

Traitement des données personnelles

Dans le cadre de la recherche clinique à laquelle l'Université de Bordeaux vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté.

<https://psysurvey.u-bordeaux.fr/limesurvey/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/166652>

1/17

Le responsable du traitement des données est :

UNIVERSITE DE BORDEAUX, représenté par son représentant légal en exercice.
35 Place PEY BERLAND
33000 BORDEAUX.

La licéité du traitement de vos données à caractère personnel repose sur la poursuite d'une mission d'intérêt public.

Ces informations seront relatives à votre identité (âge, orientation sexuelle et identité de genre, statut familial, niveau d'étude, situation professionnelle et économique), à votre santé mentale et à certains facteurs associés.

Ces informations sont rapportées sur un fichier propre à l'étude, appelé « cahier d'observation ». L'investigateur de l'étude et les autres personnels autorisés de l'étude recueilleront des informations à votre sujet et après l'obtention de votre consentement. Seules les informations strictement nécessaires à la finalité de la recherche seront recueillies. Le recueil de ces données sera fait à des fins de recherche scientifique et leur traitement aura pour finalité de répondre aux objectifs de ces recherches. Ces données seront conservées pendant la durée de l'étude, soit 7 ans, jusqu'au rapport final ou jusqu'à la dernière publication puis archivées pendant une durée de 15 ans suivant la fin de la recherche, conformément à la réglementation.

Ces données seront enregistrées sur des serveurs informatiques sécurisés.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données à caractère personnel) et au Règlement Général sur la Protection des Données (règlement UE 2016/679 – ci-après RGPD), vous avez un droit d'accès et de rectification sur vos informations personnelles. Vous pouvez aussi demander la restriction du traitement de vos informations personnelles, vous opposer au traitement de vos données. Conformément à la loi, certaines données collectées peuvent ne pas être effacées si cette suppression rend impossible ou compromet gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès de l'investigateur de l'étude aux coordonnées indiquées en haut de cette notice, en justifiant de votre identité.

Retenez toutefois que l'exercice du droit à l'effacement (article 17 du RGPD) pourrait être empêché du fait que ce traitement de données poursuit une mission d'intérêt public. Il en va de même pour l'exercice du droit à la portabilité (article 20 du RGPD).

Le Responsable de traitement pourra communiquer des informations personnelles aux agences réglementaires ou à ses partenaires de recherche, en France et dans d'autres pays de l'Espace économique européen (EEE).

Vos informations personnelles codées pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.

Pour toute question au sujet du traitement de vos données à caractère personnel ou de vos droits associés à ces données, vous avez la possibilité de contacter le délégué à la protection des données de l'Université de Bordeaux par email (dpo@u-bordeaux.fr (<mailto:dpo@u-bordeaux.fr>))

Si malgré les mesures mises en place par le Responsable de traitement, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (3, place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex 07).

Résultats de la recherche :

Les résultats de cette étude peuvent faire l'objet de publications scientifiques et / ou de communications lors de congrès ou manifestation scientifiques. Les données présentées dans ce cadre seront anonymes et ne permettront pas votre identification.

Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu porter à ce document d'information.

William Peraud,
Psychologue clinicien,
Docteurant en psychologie, UR4139 – Université de Bordeaux

Il y a 33 questions dans ce questionnaire.

Consentement de participation

En continuant, vous confirmez :

Avoir lu et donné votre accord pour participer à cette recherche. *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Avoir plus de 18 ans et ne pas bénéficier d'un statut de majeur protégé. *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Un majeur protégé est une personne sous protection juridique (e.g. tutelle, curatelle).

Lire et écrire couramment le français. *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

A propos de vous**Quel est votre âge ? ***

Veuillez écrire votre réponse ici :

(En nombre d'années)

Quel est le plus haut diplôme que vous ayez obtenu ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Diplôme de 3ème cycle universitaire, niveau BAC +8 (Doctorat, Grande école, Ingénieur)
- Diplôme de 2ème cycle universitaire, niveau BAC +5
- Diplôme de 1er cycle universitaire, niveau BAC +2 (BTS, DUT ou équivalent)
- Baccalauréat général, technologique, professionnel ou équivalent
- CAP, BEP ou équivalent
- Brevet des collèges, BEPC
- Certificat d'études primaire
- Aucun diplôme

Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Agriculteur.ice exploitant.e
- Artisan.e, commerçant.e, chef.fe d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Employé.e
- Etudiant.e
- Ouvrier.e
- Profession intermédiaire
- Retraité.e
- Sans activité professionnelle
- Autre

En considérant vos propres revenus (et les revenus de n'importe quelle autre personne vous aidant financièrement), comment décririez-vous votre situation financière ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Je vis confortablement.
- J'ai de quoi répondre à mes besoins.
- J'ai juste assez pour répondre à mes besoins de première nécessité.
- Je n'ai pas assez pour répondre à mes besoins de première nécessité.

Vous vivez en zone... *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Urbaine
 Semi-urbaine
 Rurale

Vous êtes : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Célibataire
 En relation libre
 En couple
 En concubinage
 Marié.e ou pacsé.e
 veuf ou veuve
 Autre

Sans nécessairement tenir compte de vos expériences sexuelles actuelles ou passées, quelle est votre orientation sexuelle ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Hétérosexuel.le
 Homosexuel.le
 Bisexuel.le
 En questionnement
 Autre

Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Masculin
 Féminin

Il s'agit du sexe assigné à votre naissance en fonction de vos organes génitaux. En l'absence de changements administratifs, il s'agit de celui indiqué sur vos papiers d'identité.

Quelle est votre identité de genre ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Femme
 Homme
 Non binaire
 En questionnement
 Autre

Êtes-vous né.e avec une variation des caractéristiques sexuelles (on parle parfois d'intersexualité) ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non
 Ne sait pas

L'intersexuation humaine consiste à présenter une ou plusieurs caractéristiques biologiques sexuelles innées, qui ne sont pas considérées comme "typiquement masculines" ou "typiquement féminines". Il peut s'agir de variations anatomiques (organes génitaux internes ou externes), chromosomiques, et/ou hormonales. L'intersexuation peut être observée à la naissance, à la puberté ou plus tard dans la vie. Il ne s'agit pas de transidentité.

A propos de vous (2)

Au cours des 5 dernières années, pensez-vous avoir subi des traitements inégaux ou des discriminations ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Souvent
 Parfois
 Jamais

A propos de vous (3)

D'après vous, était-ce plutôt à cause... *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Souvent' ou 'Parfois' à la question '14 [discrimination] (Au cours des 5 dernières années, pensez-vous avoir subi des traitements inégaux ou des discriminations ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- De votre âge
 De votre genre
 De votre état de santé ou de votre handicap (physique et/ou psychologique)
 De votre couleur de peau
 De vos origines ou de votre nationalité
 De votre poids
 De votre orientation sexuelle
 De votre religion
 De votre façon de vous habiller

Autre:

Concernant votre orientation sexuelle

Dans quelle mesure êtes-vous ouvert.e au sujet de votre orientation sexuelle avec les personnes listées ci-dessous ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Autre' ou 'En questionnement' ou 'Bisexuel.le' ou 'Homosexuel.le' à la question '10 [orientation]' (Sans nécessairement tenir compte de vos expériences sexuelles actuelles ou passées, quelle est votre orientation sexuelle ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	N'est pas au courant de votre orientation sexuelle	Est probablement au courant, mais vous n'en avez jamais parlé	Est au courant, mais vous en parlez difficilement	Est au courant, et vous en parlez ouvertement	Non applicable
Mère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Père	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fratrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amis proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collègues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionnel.les de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Concernant votre identité de genre

Dans quelle mesure être vous ouvert.e au sujet de votre identité de genre avec les personnes listées ci-dessous ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Masculin' à la question '11 [assigne]' (Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ?) et La réponse était 'Autre' ou 'En questionnement' ou 'Non binaire' ou 'Femme' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Féminin' à la question '11 [assigne]' (Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ?) et La réponse était 'Homme' ou 'Autre' ou 'En questionnement' ou 'Non binaire' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	N'est pas au courant de votre identité de genre	Est probablement au courant, mais vous n'en avez jamais parlé	Est au courant, mais vous en parlez difficilement	Est au courant, et vous en parlez ouvertement	Pas applicable
Mère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Père	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fratrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amis proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collègues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionnel.les de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Masculin' à la question '11 [assigne]' (Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ?) et La réponse était 'Autre' ou 'Non binaire' ou 'Femme' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Féminin' à la question '11 [assigne]' (Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ?) et La réponse était 'Autre' ou 'Non binaire' ou 'Homme' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps
A quelle fréquence vous arrive-t-il que des personnes comprennent que par elles mêmes que vous n'êtes pas cisgenre ?	<input type="radio"/>				

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'En questionnement' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps	Non applicable
A quelle fréquence vous arrive-t-il que des personnes comprennent que par elles mêmes que vous n'êtes pas cisgenre ?	<input type="radio"/>					

Certaines personnes réalisent parfois une transition médicale (ex : hormones, opérations chirurgicales). Quelle est la situation qui vous correspond le mieux ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Masculin' à la question '11 [assigne]' (Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ?) et La réponse était 'Autre' ou 'En questionnement' ou 'Non binaire' ou 'Femme' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Féminin' à la question '11 [assigne]' (Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ?) et La réponse était 'Homme' ou 'Non binaire' ou 'En questionnement' ou 'Autre' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Je n'ai pas réalisé de transition médicale et je n'en ressens pas le besoin.
- Je n'ai pas réalisé de transition médicale mais j'en ressens le besoin.
- J'ai commencé à réaliser une transition médicale et les choses sont en cours de route (ex : d'autres interventions à venir, apparition des effets hormonaux).
- J'ai réalisé une transition médicale et les choses me conviennent comme elles sont aujourd'hui (ex : objectifs personnels atteints).
- J'ai eu recours à une transition médicale et les choses ne me conviennent pas comme elles sont aujourd'hui (ex : regrets, complications médicales...).

Certaines personnes réalisent parfois une transition administrative (/ex : état civil, documents administratifs...). Quelle est la situation qui vous correspond le mieux ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Masculin' à la question '11 [assigne]' (Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ?) et La réponse était 'En questionnement' ou 'Non binaire' ou 'Autre' ou 'Femme' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Féminin' à la question '11 [assigne]' (Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ?) et La réponse était 'Homme' ou 'Non binaire' ou 'En questionnement' ou 'Autre' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Je n'ai pas réalisé de transition administrative et je n'en ressens pas le besoin.
- Je n'ai pas réalisé de transition administrative mais j'en ressens le besoin.
- J'ai commencé à réaliser une transition administrative et les choses sont en cours de route (/ex : démarches en cours).
- J'ai réalisé une transition administrative et les choses me conviennent comme elles sont aujourd'hui.
- J'ai réalisé une transition administrative et les choses ne me conviennent pas comme elles sont aujourd'hui (/ex : regrets, souhait d'un nouveau changement d'état civil).

Certaines personnes réalisent parfois une transition sociale (/ex : prénom, pronoms, style vestimentaire...). Quelle est la situation qui vous correspond le mieux ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Masculin' à la question '11 [assigne]' (Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ?) et La réponse était 'Non binaire' ou 'En questionnement' ou 'Autre' ou 'Femme' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Féminin' à la question '11 [assigne]' (Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ?) et La réponse était 'Homme' ou 'Non binaire' ou 'En questionnement' ou 'Autre' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Je n'ai pas réalisé de transition sociale et je n'en ressens pas le besoin.
- Je n'ai pas réalisé de transition sociale mais j'en ressens le besoin.
- J'ai commencé à réaliser une transition sociale et les choses sont en cours de route (/ex : les gens de mon entourage apprennent à me genrer correctement).
- J'ai réalisé une transition sociale et les choses me conviennent comme elles sont aujourd'hui.
- J'ai réalisé une transition sociale et les choses ne me conviennent pas comme elles sont aujourd'hui (/ex : regrets, difficultés d'acceptation).

Concernant votre histoire.

Nous aimerions savoir si vous avez vécu un ou plusieurs des événements de vie difficiles ci-dessous au cours de différentes périodes de votre vie. Merci de lire la description de chaque événement et d'indiquer si vous l'avez vécu dans votre enfance, adolescence et/ou à l'âge adulte.

Si vous n'avez vécu aucun des événements listés ci-dessous, merci de ne rien cocher.

	Avant ou pendant votre scolarité à l'école primaire (ou jusqu'à 10/11 ans)	Pendant vos études secondaires : collège/lycée (ou entre 11 ans et 18 ans)	Après vos études secondaires (ou après l'âge de 18 ans)
On vous a diagnostiqué une maladie grave (potentiellement mortelle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'un de vos proches est décédé de façon tragique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'un de vos proches a reçu un diagnostic de maladie potentiellement mortelle ou a vécu un accident potentiellement mortel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelqu'un a menacé votre vie avec une arme (couteau, fusil, bombe, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été agressé-e physiquement (coup de poing, de pied, gifle, vol avec violence, etc...) par un parent ou tuteur légal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été agressé-e (coup de poing, de pied, gifle, vol avec violence, etc...) par une personne autre que votre parent ou tuteur légal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été agressé-e sexuellement (pénétration anale, vaginale ou orale, ou tout contact avec des parties intimes) par un parent ou tuteur légal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été agressé-e sexuellement (pénétration anale, vaginale ou orale, ou tout autre contact avec des parties intimes) par une personne autre que votre parent ou tuteur légal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été harcelé-e sexuellement (commentaires ou comportements sexuels non consentis).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été exposé-e à un contexte de guerre ou de combat (en tant que militaire ou civil).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été retenu-e captif-ve et/ou avez été torturé-e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez provoqué une souffrance extrême ou la mort de quelqu'un.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été témoin de la souffrance extrême ou de la mort de quelqu'un.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été impliqué-e dans un accident (par exemple de transport, de travail, domestique, de loisirs) qui a mis votre vie en danger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été exposé-e à une catastrophe naturelle (par exemple : ouragan, tsunami, tremblement de terre) qui a mis votre vie en danger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été exposé-e à une catastrophe d'origine humaine (par exemple : attentat terroriste, accident chimique, fusillade) qui a mis votre vie en danger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une personne vous a traqué-e avec insistance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été harcelé-e de manière répétée (sur internet ou d'une autre manière).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Avant ou pendant votre scolarité à l'école primaire (ou jusqu'à 10/11 ans)	Pendant vos études secondaires : collège/lycée (ou entre 11 ans et 18 ans)	Après vos études secondaires (ou après l'âge de 18 ans)
Vous avez été humilié-e, rabaissé-e ou insulté-e par une autre personne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une ou des personnes vous ont fait sentir que vous n'étiez pas aimable, pas désirable ou sans valeur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez été négligé-e, ignoré-e, rejeté-e ou mis-e à l'écart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessus ?

*Nos excuses pour la question redondante, elle nous permet d'adapter la suite du questionnaire en fonction de votre réponse. **

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Concernant votre histoire (suite).

Est-ce que un ou plusieurs de ces événements est en lien avec votre orientation sexuelle et/ou votre identité de genre ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Oui' à la question '24 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessus ? Nos excuses pour la question redondante, elle nous permet d'adapter la suite du questionnaire en fonction de votre réponse.) et La réponse était 'Homosexuel.le' ou 'Bisexuel.le' ou 'En questionnement' ou 'Autre' à la question '10 [orientation]' (Sans nécessairement tenir compte de vos expériences sexuelles actuelles ou passées, quelle est votre orientation sexuelle ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Oui' à la question '24 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessus ? Nos excuses pour la question redondante, elle nous permet d'adapter la suite du questionnaire en fonction de votre réponse.) et La réponse était 'Masculin' à la question '11 [assigne]' (Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ?) et La réponse était 'Non binaire' ou 'En questionnement' ou 'Autre' ou 'Femme' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

----- ou Scenario 3 -----

La réponse était 'Oui' à la question '24 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessus ? Nos excuses pour la question redondante, elle nous permet d'adapter la suite du questionnaire en fonction de votre réponse.) et La réponse était 'Féminin' à la question '11 [assigne]' (Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ?) et La réponse était 'Homme' ou 'En questionnement' ou 'Non binaire' ou 'Autre' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

----- ou Scenario 4 -----

La réponse était 'Oui' à la question '24 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessus ? Nos excuses pour la question redondante, elle nous permet d'adapter la suite du questionnaire en fonction de votre réponse.) et La réponse était 'Oui' à la question '13 [intersex]' (Êtes-vous né.e avec une variation des caractéristiques sexuelles (on parle parfois d'intersexualité) ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

Quel impact peut avoir cet/ces événement.s aujourd'hui ?

Vous trouverez ci-dessous plusieurs problèmes que les personnes rapportent parfois en réponse à des événements de vie difficiles ou stressants. Merci de lire attentivement chaque proposition, puis d'indiquer à quel point ce problème vous a dérangé au cours du dernier mois.

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '24 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessus ? Nos excuses pour la question redondante, elle nous permet d'adapter la suite du questionnaire en fonction de votre réponse.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Avoir des rêves perturbants qui font revivre une partie de l'événement ou qui y sont clairement liés.	<input type="radio"/>				
Avoir des images ou des souvenirs forts qui envahissent parfois votre esprit et donnent la sensation de revivre l'événement ici et maintenant.	<input type="radio"/>				
Eviter de se rappeler à soi-même l'événement (par exemple par des pensées, sentiments ou sensations physiques).	<input type="radio"/>				
Eviter certains contextes qui vous rappellent l'événement (par exemple des personnes, lieux, conversations, objets, activités ou situations).	<input type="radio"/>				
Etre sur le qui-vive, vigilant-e ou sur vos gardes.	<input type="radio"/>				
Se sentir nerveux-se ou facilement effrayé-e.	<input type="radio"/>				

Au cours du dernier mois, les problèmes ci-dessus ont-ils... *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '24 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessus ? Nos excuses pour la question redondante, elle nous permet d'adapter la suite du questionnaire en fonction de votre réponse.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Affecté vos relations ou votre vie sociale ?	<input type="radio"/>				
Affecté votre activité professionnelle ou votre capacité à travailler ?	<input type="radio"/>				
Affecté toute autre partie importante de votre vie telle que votre rôle de parent, votre travail scolaire ou universitaire, ou d'autres activités importantes ?	<input type="radio"/>				

Quel impact peut avoir cet/ces événement.s (suite)

Vous trouverez ci-dessous des problèmes auxquels les personnes qui ont vécu des événements de vie difficiles ou stressants sont parfois confrontées. Les questions font référence à ce que vous ressentez **habituellement**, à ce que vous pensez **généralement** de vous-même et aux relations que vous entretenez **en général** avec les autres.

Répondez aux questions suivantes en réfléchissant à quel point chaque proposition est vraie pour vous.

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '24 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessus ? Nos excuses pour la question redondante, elle nous permet d'adapter la suite du questionnaire en fonction de votre réponse.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Quand je suis contrarié-e, il me faut beaucoup de temps pour me calmer.	<input type="radio"/>				
Je me sens insensible ou émotionnellement vide.	<input type="radio"/>				
Je me sens comme un-e raté-e.	<input type="radio"/>				
J'ai l'impression que je ne vauds rien.	<input type="radio"/>				
Je me sens distant-e ou déconnecté-e des autres.	<input type="radio"/>				
Je trouve qu'il est difficile pour moi de rester émotionnellement proche des autres.	<input type="radio"/>				

Au cours du dernier mois, les problèmes ci-dessus relatifs à vos émotions, aux croyances sur vous et même et dans les relations ont-ils...

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '24 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné-e par un ou plusieurs événements listés ci-dessus ? Nos excuses pour la question redondante, elle nous permet d'adapter la suite du questionnaire en fonction de votre réponse.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Généré des préoccupations ou de la détresse dans vos relations ou votre vie sociale ?	<input type="radio"/>				
Affecté votre activité professionnelle ou votre capacité à travailler ?	<input type="radio"/>				
Affecté toute autre partie importante de votre vie telle que votre rôle de parent, votre travail scolaire ou universitaire, ou d'autres activités importantes ?	<input type="radio"/>				

Concernant votre famille

Nous aimerions que vous nous parliez de la façon dont vous percevez votre famille en ce moment. En général, "votre famille" peut faire référence à des personnes différentes selon les gens. Ici, "**votre famille**" fait référence à votre famille d'origine (parents, frères et sœurs, grands parents, tuteurs légaux...), que vous soyez encore ou non en contact avec celle-ci.

Ne réfléchissez pas trop longtemps ; pour chaque phrase, cochez la case qui vous correspond le mieux.

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Correspond très bien	Correspond bien	Correspond moyennement	Ne correspond pas bien	Ne correspond pas du tout
Dans ma famille, nous parlons ensemble des choses qui comptent pour nous.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les gens ne se disent pas souvent la vérité dans ma famille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans ma famille, chacun de nous est écouté.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans ma famille, il peut être risqué de ne pas être d'accord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans ma famille, nous trouvons difficile de gérer les problèmes de la vie de tous les jours.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans ma famille, nous nous faisons confiance.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On se sent malheureux dans ma famille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsque les gens s'énervent dans ma famille, ils font exprès de s'ignorer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans ma famille, on dirait que nous allons de crise en crise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans ma famille, lorsque l'un.e de nous est contrarié.e, on prend soin de lui/d'elle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les choses ont toujours l'air de mal se passer dans ma famille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans ma famille, les gens sont méchants les uns envers les autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans ma famille, les gens se mêlent trop de la vie des uns et des autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans ma famille, nous nous accusons les uns les autres lorsque les choses se passent mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans ma famille, nous sommes capables de trouver de nouvelles façons de faire face aux choses difficiles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Concernant le monde qui vous entoure

Pour chaque énoncé ci-dessous, cochez une case pour indiquer combien de fois les choses suivantes vous sont arrivées au cours de la semaine dernière. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Une fois ou deux	Presque tous les jours	Environ une fois par jour	Plus d'une fois par jour
Les choses autour de moi semblaient étranges ou irréelles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a eu des moments où j'ai perdu le contrôle et où j'ai agi comme si je revivais une période bouleversante de mon passé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai entendu quelque chose qui, je le sais, n'était pas réellement là.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'avais l'impression d'être comme dans un film, comme si rien de ce qui se passait n'était réel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai vu quelque chose qui semblait réel, mais qui ne l'était pas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis soudain rendu compte que je n'avais pas fait attention à ce qui se passait autour de moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai réagi aux personnes ou aux situations comme si je revivais une période bouleversante de mon passé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'étais tellement absorbé par quelque chose qui me tournait dans la tête que j'ai perdu le fil de ce qui se passait autour de moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Concernant votre manière de gérer les choses

Nous nous intéressons ici à la façon dont les personnes répondent lorsqu'elles sont confrontées à des événements difficiles ou stressants dans leur vie. Il y a beaucoup de manières d'essayer de faire face au stress. Ce questionnaire vous demande d'indiquer ce que vous faites ou ressentez **habituellement** lors d'un événement stressant.

Généralement, lorsque je vis quelque chose de stressant...

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	De temps en temps	Souvent	Toujours
Je me tourne vers d'autres activités pour me changer les idées.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je détermine une ligne d'action et je la suis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me dis que ce n'est pas réel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je cherche un soutien émotionnel de la part des autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je renonce à essayer de résoudre la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'essaie de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'accepte la réalité de ma nouvelle situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évacue mes sentiments déplaisants en en parlant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je cherche de l'aide et le conseil d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'essaie de voir la situation sous un jour plus positif.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me critique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je cherche le soutien et la compréhension de quelqu'un.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'abandonne l'espoir de faire face.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prends la situation avec humour.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je fais quelque chose pour moins y penser (comme regarder la TV, lire, rêver éveillé, dormir, faire les magasins...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'exprime mes sentiments négatifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faudrait faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je concentre mes efforts pour résoudre la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je refuse de croire que cela m'arrive.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je consomme de l'alcool ou d'autre substances pour m'aider à traverser la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'apprends à vivre avec ma nouvelle situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout	De temps en temps	Souvent	Toujours
Je planifie les étapes à suivre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me reproche les choses qui m'arrivent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je cherche les aspects positifs dans ce qu'il m'arrive.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prie ou médite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'amuse de la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Concernant votre lien à la communauté LGBTQI+

Pour chaque phrase, cochez la case qui vous correspond le mieux de manière générale. *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Oui' à la question '24 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné·e par un ou plusieurs événements listés ci-dessus ? Nos excuses pour la question redondante, elle nous permet d'adapter la suite du questionnaire en fonction de votre réponse.) et La réponse était 'Homosexuel.le' ou 'Bisexuel.le' ou 'En questionnement' ou 'Autre' à la question '10 [orientation]' (Sans nécessairement tenir compte de vos expériences sexuelles actuelles ou passées, quelle est votre orientation sexuelle ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Oui' à la question '24 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné·e par un ou plusieurs événements listés ci-dessus ? Nos excuses pour la question redondante, elle nous permet d'adapter la suite du questionnaire en fonction de votre réponse.) et La réponse était 'Masculin' à la question '11 [assigne]' (Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ?) et La réponse était 'Femme' ou 'Non binaire' ou 'En questionnement' ou 'Autre' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

----- ou Scenario 3 -----

La réponse était 'Oui' à la question '24 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné·e par un ou plusieurs événements listés ci-dessus ? Nos excuses pour la question redondante, elle nous permet d'adapter la suite du questionnaire en fonction de votre réponse.) et La réponse était 'Féminin' à la question '11 [assigne]' (Quel sexe vous a été assigné à votre naissance ?) et La réponse était 'Homme' ou 'Non binaire' ou 'En questionnement' ou 'Autre' à la question '12 [Genre]' (Quelle est votre identité de genre ?)

----- ou Scenario 4 -----

La réponse était 'Oui' à la question '24 [ItemConf]' (Avez-vous été concerné·e par un ou plusieurs événements listés ci-dessus ? Nos excuses pour la question redondante, elle nous permet d'adapter la suite du questionnaire en fonction de votre réponse.) et La réponse était 'Oui' à la question '13 [intersex]' (Êtes-vous né·e avec une variation des caractéristiques sexuelles (on parle parfois d'intersexualité) ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Vous avez le sentiment de faire partie de la communauté LGBTQI+.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participer à la communauté LGBTQI+ est une chose positive pour vous.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous ressentez un lien avec la communauté LGBTQI+.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous êtes fier de la communauté LGBTQI+.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il est important pour vous d'être politiquement actif.ve au sein de la communauté LGBTQI+.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En travaillant ensemble, les personnes LGBTQI+ peuvent résoudre les problèmes de notre communauté.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous avez vraiment le sentiment que tous les problèmes rencontrés par la communauté LGBTQI+ sont aussi vos problèmes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Un grand merci pour votre aide précieuse.

Si vous en ressentez le besoin, pour vous ou un proche, voici plusieurs ressources pouvant vous aider :

- Numéro national de prévention du suicide (24h/24, 7j/7) : 3134
- Ligne d'écoute de l'association CONTACT, numéro vert destiné à celles et ceux qui s'interrogent sur l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre. Lundi au Jeudi : 17h-21h; Vendredi : 18h-20h; Samedi : 13h30-15h30. 0 805 69 64 64

20/06/2023 11:53

PsySurvey - Orientation sexuelle, identité de genre et santé mentale

- Centres régionaux de prise en charge des psychotraumatismes : <https://cn2r.fr/jai-besoin-daide/localiser-les-structures-de-soin/> (<https://cn2r.fr/jai-besoin-daide/localiser-les-structures-de-soin/>)
- Numéro d'urgences (dont urgences psychologique) : **15**

Pour tout autre demande, vous pouvez contacter l'investigateur principal de cette recherche à cette adresse : william.peraud@u-bordeaux.fr
(<mailto:william.peraud@u-bordeaux.fr>)

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 17. Avis favorable émis par le CLE pour la recherche qualitative auprès des personnes LGBTQIA+ le 18 Décembre 2023.



Comité Local d’Ethique (CLÉ) du Laboratoire de psychologie UR4139

FICHE D’AVIS DU CLÉ

Numéro d’avis : 2023.12.CLE015

Investigateur principal :

Bruno Quintard
William Peraud (doctorant)

En date du 20 mars 2023, conformément aux dispositions du Code de déontologie des psychologues (Mars 1996, actualisé en Février 2012 et Septembre 2021) et du Code éthique de la recherche SFP, le Comité Local d’Ethique du laboratoire de psychologie, UR4139 de l’Université de Bordeaux a examiné le projet de recherche impliquant des personnes intitulé : Orientation sexuelle, identité de genre et stratégies d’adaptation face aux violences.

Sur la base des informations fournies par l’investigateur principal, le comité formule :

- Un avis de conformité au Code de déontologie des psychologues (Mars 1996, actualisé en Février 2012 et Septembre 2021) et au Code éthique de la recherche SFP
- Un avis de non conformité au Code de déontologie des psychologues (Mars 1996, actualisé en Février 2012 et Septembre 2021) et au Code éthique de la recherche SFP

Date : 18 décembre 2023

Christelle Robert, pour le CLE

Annexe 18. Portfolio du candidat

Portfolio du candidat

PERAUD BERTHELOT William

04/11/1997

william.peraud@u-bordeaux.fr / william.peraud@gmail.com

FORMATIONS UNIVERSITAIRES

**2020 – Aujourd’hui | Université de Bordeaux, Laboratoire de psychologie (LABPSY)
EA4139**

Doctorant en Psychologie, sous la direction du Pr. des Universités Bruno QUINTARD.

2018 – 2020 | Université de Bordeaux

Master 2 Psychologie Clinique de la Santé | *Mention bien.*

2015 – 2018 | Université de Bordeaux

Licence de Psychologie.

2015 | Lycée Grand Air (Arcachon)

Baccalauréat Général série Economique et Social | *Mention bien.*

FORMATIONS DOCTORALES

« **Ethique de la recherche** » (15h)

FUN MOOC, Bordeaux, Février 2024.

« **Journée de l’Ecole Doctorale** » (4h)

EDSP2, Bordeaux, 17/05/2023.

« **Journée de l’Ecole Doctorale** » (4h)

EDSP2, Bordeaux, 17/05/2022.

« **Violences conjugales et féminicides : la justice est-elle adaptée ?** » (4h)

EDSP2, Bordeaux, 11/04/2022.

« **Analyses de données quantitatives – développement d'échelles de mesure** » (4h)

EDSP2, Bordeaux, 25/05/2022.

« **Intervenir en terrains sensibles – faire face aux situations de violence** » (6h)

EDSP2, Bordeaux, 30/09/2021.

« **Intégrité scientifique dans les métiers de la recherche** » (15h)

FUN MOOC, Bordeaux, Février-Mars 2021.

« **1^{ère} Matinale interdisciplinaire – Le temps de réfléchir** » (3h)

EDSP2, Bordeaux, 24/03/2021.

« **Séminaire thématique : Les méthodes en sciences sociales** » (4h)

EDSP2, Bordeaux, 18/01/2021.

FORMATIONS CLINIQUES

« **Psychothérapie des personnes intersexes, besoins et recommandations** » (7h)

Animé par Mathilde LOAREC et Thomas-Lou MIGNOT, Collectif Intersexe Activiste – OII France, visioconférence, 26/10/2024 & 18/01/2025.

« **Formation à l'accueil et l'accompagnement des personnes transgenres – Niveau 1** » (8h)

Animé par Vincent WARNERY, PRISME, visioconférence, 04/06/2024.

« **Trauma complexe et l'absence de sécurité** » (8h)

Animé par Dr Anandi JANNER STEFFAN, TIFT, visioconférence, 2024.

« **Formation avancée à la systémie : Raconter son histoire pour mieux identifier ses résonances – Année 4** » (70h)

Animé par Corinne MERY et Cédric LETONDEUR, CTFL, Abzac, 2024.

« **Formation avancée à la systémie : pratique et supervision – Année 3** » (70h)

Animé par Corinne MERY et Cédric LETONDEUR, CTFL, Abzac, 2023.

« **Formation avancée à la systémie : aux sources de la systémie, pierre angulaire des thérapies intégratives – Années 1 & 2** » (156h)

Animé par Corinne MERY et Cédric LETONDEUR, CTFL, Abzac, 2021-2022.

« **Pratique des Interventions Orientées Solutions** » (28h)

Animé par Béatrice PEREZ DANDIEU, CEFTI, Bègles, 07-08/07/2022 & 26-27/09/2022.

« **Intégration Cycle de Vie – Niveau 2** » (14h)

Animé par Laure MANN, Double Hélice, Paris, 13-14/09/2021.

« **Accompagner le Développement de la Résilience** » (14h)

Animé par Béatrice PEREZ DANDIEU et Géraldine TAPIA, CEFTI, Villenave d'Ornon, 25-26/02/2021.

« **Attachement désorganisé et trouble réactionnel de l'attachement** » (7h)

Animé par Dr Juliane TORTES SAINT-JAMMES, CAMEA, Léognan, 20/02/2021.

« **Pratique de la thérapie des schémas – Niveau 1** » (28h)

Animé par Béatrice PEREZ DANDIEU et Géraldine TAPIA, CEFTI, Hendaye, Octobre 2021.

« **Intégration Cycle de Vie – Niveau 1** » (14h)

Animé par Joanna SMITH, Double Hélice, Paris, 07-08/12/2020.

« **Concepts et pratique en éducation thérapeutique** »

Animé par Pr. Michèle KOLECK, Université de Bordeaux, 2020.

« **Formation TIM-E – Niveau 1 & 2** » (54h)

Animé par Dr. Erwan DIEU, ARCA, 2020.

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

2021 – Aujourd'hui | **Psychologue clinicien (statut Entreprise Individuelle)** | Cabinet de Santé Pey Berland.

Chaque Jeudi – 16 Place Pey Berland, 33000 Bordeaux. <https://williamperaud.com>

2020 – Aujourd'hui | **Psychologue clinicien (statut Entreprise Individuelle)** | Centre Thérapeutique et de Formation du Libournais (CTFL).

*Chaque Vendredi et Samedi – 20 Les Hillaires, 33230 Abzac <https://williamperaud.com/>
<https://ctfl.fr>*

2019 – 2020 | **Stage en Psychologie (500h)** | Centre d'Accueil Spécialisé dans le Repérage et le Traitement des Traumatismes psychiques (CASPERTT), Lormont (33310), CH Cadillac.

Tutrice de stage : Audrey TOTO, psychologue.

2019 – 2020 | **Stage en Psychologie (80)** | Equipe de recherche SEPIA, INSERM BPH U1219.

Tutrice de stage : Pr. Nicole RASCLE.

2018 – 2019 | **Stage en Psychologie (200h)** | Foyer de vie Marc Bœuf, Saint Médard en Jalles (33160), APAJH 33.

Tutrice de stage : Sylvie HUMANN, psychologue.

Juillet – Août 2018 | **Animateur de colonie de vacances** | Vacances pour tous - La Ligue de L'enseignement, Gourette (64440).

Juin 2018 | **Stage en Psychologie (105h)** | EHPAD Villa PIA, Bordeaux 33000, Fondation COS.

Tutrice de stage : Danièle KLEIN-LAHARIE, psychologue.

Janvier - Février 2018 | **Stage Ressources Humaines (100h)** | La Communauté d'Agglomération du Libournais, Libourne (33500).

Tutrice de stage : Lauriane LINARES, Directrice adjointe des ressources humaines.

Mai – Juin 2017 | **Stage Ressources Humaines (168h)** | Association pour le Développement, l'Insertion et l'Accompagnement des Personnes Handicapées (ADIAPH), Bordeaux.

Tutrice de stage : Amandine ALLARD, Responsable des ressources humaines.

EXPERIENCES BENEVOLES & ASSOCIATIVES

2020-2024 | **Bénévole sur la ligne d'écoute** | Association CONTACT France, Antenne Nouvelle-Aquitaine.

2021 - 2022 | **Psychologue bénévole** | Association C'est pas mon genre, Lille (59000).

2019 – 2021 | **Co-Président de l'EPSAB** | Etudiants en Psychologie de la Santé Association de Bordeaux, Bordeaux (33000).

Mars - Août 2019 | **Membre Actif – Psychologues du Monde** | PdM Nouvelle-Aquitaine.

Juillet 2019 | **Bénévole sur le Dispositif Mobile de Soutien aux Exilés** | Croix Rouge Française, Hauts de France.

ACTIVITES D'ENSEIGNEMENT

2021 – Aujourd'hui | **Chargé de TD** | Université de Bordeaux

2022 – Aujourd'hui : *UE Outils en Psychologie, L2, Semestre 1 (42h).*

2022 : *UE Actualités en Psychopathologie, M2, Semestre 2 (3h).*

2021-2022 : *UE Méthodes en Psychologie, L1, Semestre 1-2 (24h).*

2023 – 2024 | **Vacataire d'enseignement** | ADES Formations

2024 : *Jury oraux blancs mémoires, 3ème année de formation d'éducteur spécialisé (19h).*

2023 – 2024 : *Guidant mémoire, 3ème année de formation d'éducateur spécialisé (29h).*

2023 : *Séminaire Transmissions entre Recherches Académiques et Métiers du Social (TRAMES; 3,5h).*

ACTIVITES DE RECHERCHE

- **Mémoires d'études.**

2019 – 2020 | Travail d'Etude et de Recherche (M2) | Université de Bordeaux

Covid-19 et santé mentale : Comment les français ont-ils vécu les premiers mois de la crise sanitaire ? (recherche mixte). Sous la direction du Pr. Bruno QUINTARD.

2018 – 2019 | Travail d'Etude et de Recherche (M1) | Université de Bordeaux

Taille de l'entreprise, empowerment et coping collectif : Quels effets sur la santé psychologique des salariés ? (Recherche quantitative). Sous la direction du Pr. Nicole RASCLE.

2017 – 2018 | Travail d'Etude (L3) | Université de Bordeaux

Discrimination religieuse sur le lieu de travail et management de la diversité. Co-rédigé avec Cindy VALEINE. Sous la direction du Dr. Sonia LABERON (MCF).

- **Productions scientifiques.**

Articles à comité de lecture publiés dans des revues indexées de rayonnement international en langue étrangère.

N = 6 : 2 en 1^{er} auteur ; 4 dans un autre rang

1. Karimov-Zwienenberg, M., Symphor, W., **Peraud, W.**, & Décamps, G. (2024). Childhood trauma, PTSD/CPTSD and chronic pain : A systematic review. *PloS one*, 19(8), e0309332. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309332>. **SCIMAGO Q1**
2. **Peraud, W.**, Hebrard, L., Lavandier, A., Brockbanck-Chasey, S., Brennstuhl, M., & Quintard, B. (2022). French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample. *European journal of psychotraumatology*, 13(2), 2152109. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2152109>. **SCIMAGO Q1**
3. **Peraud, W.**, Quintard, B., & Constant, A. (2021). Factors associated with violence against women following the COVID-19 lockdown in France : Results from a prospective online survey. *PLoS one*, 16(9), e0257193. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257193>. **SCIMAGO Q1**
4. Szczuka, Z., Siwa, M., Abraham, C., Baban, A., Brooks, S., Cipolletta, S., Danso, E., Dombrowski, S.U., Gan, Y., Gaspar, T., Gaspar de Matos, M., Griva, K., Jongenelis, M., Keller, J., Knoll, N., Ma, J., Abdul Awal Miah, M., Morgan, K., **Peraud, W.**, Quintard, B., Shah, V., Schenkel, K., Scholz, U., Schwarzer, R., Siwa, M., Szymanski, K., Taut, D., Tomaino, S.C.M., Vilchinsky, N., Wolf, H. & Luszczynska, A. (2023). Handwashing adherence during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study based on protection motivation theory. *Social Science & Medicine*. 317, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115569>. **[all co-last authors] SCIMAGO Q1**
5. Luszczynska, A., Szczuka, Z., Abraham, C., Baban, A., Brooks, S., Cipolletta, S., Danso, E., Dombrowski, S.U., Gan, Y., Gaspar, T., Gaspar de Matos, M., Griva, K., Jongenelis, M., Keller, J., Knoll, N., Ma, J., Abdul Awal Miah, M., Morgan, K., **Peraud, W.**, Quintard, B., Shah, V., Schenkel, K., Scholz, U., Schwarzer, R., Siwa, M., Szymanski, K., Taut, D., Tomaino, S.C.M., Vilchinsky, N., & Wolf, H. (2022). The Interplay Between Strictness of Policies and Individuals' Self-Regulatory Efforts: Associations with Handwashing During the COVID-19 Pandemic. *Annals of Behavioral Medicine*. 56(4), 368–380. <https://doi.org/10.1093/abm/kaab102>. **SCIMAGO Q1**

6. Szczuka, Z., Abraham, C., Baban, A., Brooks, S., Cipolletta, S., Danso, E., Dombrowski, S.U., Gan, Y., Gaspar, T., Gaspar de Matos, M., Griva, K., Jongenelis, M., Keller, J., Knoll, N., Ma, J., Abdul Awal Miah, M., Morgan, K., **Peraud, W.**, Quintard, B., Shah, V., Schenkel, K., Scholz, U., Schwarzer, R., Siwa, M., Szymanski, K., Taut, D., Tomaino, S.C.M., Vilchinsky, N., Wolf, H., & Luszczynska, A. (2021). The Trajectory of COVID-19 Pandemic and Handwashing Adherence: Findings from 14 Countries. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11822-5>. *SCIMAGO Q1*

Articles à comité de lecture soumis dans des revues indexées de rayonnement international en langue étrangère.

N = 2 : 1 en 1er auteur ; 1 dans un autre rang

1. **Peraud, W.**, Fournier, H., Hasdenteufel, M., Quintard, B. (Article en révision). Prevalence and associated factors of Post-Traumatic Stress Disorders among LGBTQI+ adults: A systematic literature review. *BMC Public Health*.
2. Lavandier, A., **Peraud, W.**, Hebrard, L., Tortes Saint-Jammes, J., Tarquinio, C., Brennstuhl, M.J. (Article en révision). Complex Post-Traumatic Stress Disorder: definition and conceptual interrogation – a scoping review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.

Articles à comité de lecture en préparation dans des revues indexées de rayonnement international en langue étrangère.

N = 3 : 2 en 1er auteur ; 1 dans un autre rang

1. **Peraud, W.**, Hebrard, L., Echegaray, F., Alvarez, V., Quintard, B. (Article en préparation). Rates of trauma exposure, discrimination and PTSD/C-PTSD among French LGBTQIA+ and cisgender heterosexuals.
2. **Peraud, W.**, Hebrard, L., Echegaray, F., Alvarez, V., Quintard, B. (Article en préparation). Predictive factors of PTSD and C-PTSD among French LGBTQIA+ and cisgender heterosexuals.
3. Brusky, B., **Peraud, W.**, Hebard, L., Tapia, G., Quintard, B. (Article en préparation). French cross-cultural adaptation and validation of the Dissociative Symptoms Scale-Brief (DSS-B) in a French community sample.

- **Communications orales et affichées.**

Communications dans des congrès internationaux (N = 1).

Peraud, W., Fournier H., Hasdenteufel, M., Quintard, B. (2024, 18-19 Janvier). *Prévalences et facteurs associés au TSPT chez les personnes LGBTQI+ : Une revue systématique de la littérature*. [Communication par affiche]. Conférence internationale SeSAM LGBTI+, Paris. <https://www.conference-santelgbt.fr/>

Communications dans des congrès nationaux (N = 3).

1. **Peraud, W.**, Hebard, L., Lavandier, A., Brockbanck-Chasey, S., Brennstuhl, M.J., Quintard, B. (2023, 12-14 Octobre). *Traduction et validation française de l'International Trauma Questionnaire (ITQ)* [Communication par affiche]. Congrès des 30 ans de l'IRCCADE, Bordeaux. <https://www.irccade.com/conf%C3%A9rences-ateliers/congr%C3%A8s-2023/>
2. **Peraud, W.**, Hebard, L., Lavandier, A., Brockbanck-Chasey, S., Brennstuhl, M.J., Quintard, B. (2022, 17-18 Novembre). *Traduction et validation française de l'International Trauma Questionnaire (ITQ)* [Communication par affiche]. Congrès de PsychoTraumatologie de Poitiers. <https://ch-laborit.fr/evenement/congres-psychotraumatologie-therapie-de-la-reconsolidation/>
3. **Peraud, W.**, Quintard, B., Constant, A. (2021, 8-10 Décembre). *Facteurs associés aux violences faites aux femmes durant le 1er confinement en France* [Communication par affiche]. 61ème Congrès de la Société Française de Psychologie, Tours. <https://pav.univ-tours.fr/version-francaise/actualites/colloque-journee-detude/colloque- vieillissement-tours-contours-et-perspectives>

Communications invitées (N = 11).

1. Garcia, P., Gizard, H., **Peraud, W.** (2024, 27 Juin). *Table ronde sur la santé mentale des personnes trans* [Communication orale]. Colloque "Parcours de santé des personnes trans", COREVIH, Bordeaux.
2. **Peraud, W.** (2024, 13 Mai). *Le TSPT(-C) chez les personnes LGBTQIA+ : Etat des lieux de la littérature et des pratiques* [Communication orale]. Association Française du Psychotraumatisme et de la Résilience, en distanciel.
3. **Peraud, W.** (2024, 4-5 Avril). *Le temps dans l'accompagnement des personnes LGBTQIA+* [Communication orale]. Colloque "Le temps dans la relation d'aide", Centre Thérapeutique & de Formation du Libournais, Saint Emilion.

4. **Peraud, W.** (2024, 22 Février). *Les Troubles de Stress Post-Traumatiques chez les personnes LGBTQI+ : Une revue systématique de la littérature* [Communication orale]. Grand séminaire du laboratoire de psychologie, Université de Bordeaux.
5. **Peraud, W.** (2023, 12 Septembre). *Les troubles de stress post-traumatiques chez les personnes LGBTQI+ : prévalences, facteurs associés et enjeux méthodologiques* [Communication orale]. Séminaires TRAMES, ADES Formations, Marmande.
6. **Peraud, W.** (2023, 01 Juin). *Les troubles de stress post-traumatiques chez les personnes LGBTQI+* [Communication orale]. "Tease ta thèse", Festival des fiertés 2023. Association Le Girofard.
7. **Peraud, W.** (2023, 30 Mars). *Le Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe chez les minorités sexuelles et de genre, résultats préliminaires d'une revue systématique de la littérature* [Communication orale]. Journée d'étude du CEFTI, 2ème édition, Bègles.
8. **Peraud, W.** (2023, 13 Mars). *Bonnes pratiques dans l'accompagnement des personnes LGBTQI+ en psychothérapie* [Communication orale]. Les RDV de l'EPSAB, Bordeaux.
9. **Peraud, W.** (2023, 14 Janvier). *Le Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe chez les minorités sexuelles et de genre* [Communication orale]. Colloque : Identités, violences et trauma – Association Clinamen, Talence.
10. **Peraud, W.**, Hebrard, L. (2022, 24 Mai). *Le(s) Trouble(s) de Stress Post-Traumatique : Du repérage à la prise en charge* [Communication orale]. Les RDV de l'EPSAB, Bordeaux.
11. **Peraud, W.**, Alessandrin, A., Hamel, C. (2021, 03 Mai). *Minorités sexuelles et de genre et enjeux de santé* [Communication orale]. Soirée d'étude de l'EPSAB, Bordeaux.

PRIX DE RECHERCHE

Prix « Pierre Janet » 2020 du meilleur poster jeune chercheur attribué par la Société Française de Psychologie (SFP). **Peraud, W.**, Quintard, B., Constant, A. (2021, 8-10 Décembre). *Facteurs associés aux violences faites aux femmes durant le 1er confinement en France* [Communication par affiche]. 61ème Congrès de la Société Française de Psychologie, Tours. <https://pav.univ-tours.fr/version-francaise/actualites/colloque-journee-detude/colloque-veillessement-tours-contours-et-perspectives>